

дов и кислотность после кофеинового завтрака, сравнительно с водяной пробой, бывают или увеличены, или уменьшены, что говорит за повышенную или пониженную реактивную способность желудочных желез; гиперацидные желудки после кофеинового завтрака дают, в сравнении с водяной пробой, более низкие цифры количества хлоридов и кислотности, что заставляет думать о плохой работе железистого аппарата у гиперацидиков. Вышеописанный метод позволяет различать тонкие нюансы работы желудочных желез. Как стандартные цифры, Holler и Vösch предлагают брать цифры после водяной пробы. *А. Миркин.*

570. *Своеобразная болезнь печени.* Edelman (Wiener kl. Woch., 1926, № 43) наблюдал целый ряд случаев, где имел место своеобразный симптомокомплекс, слагавшийся из желтой окраски кожи (xanthomatosis cutis), резко выраженной гиперхолестеринемии при отсутствии содержания билирубина, отчетливой гипертонии, увеличения и болезненности печени, расстройств пищеварения, болей в суставах, общей слабости и нейрастенических явлений. Автор полагает, что имел здесь дело со специфическим заболеванием печени. Наблюдалось оно преимущественно у мужчин в 35—35 лет, но встречалось и у женщин. *В. С.*

### г) Хирургия.

571. *Новое средство для ускорения образования костной мозоли при вяло заживающих переломах.* Таковым является ossophyt (Na glykokolphosphoricum), изготовляемый фирмой Boehringer в Мангейме. Düker (Zent. f. Chir., 1926, № 36) сообщает о двух случаях перелома нижних конечностей, где после 8-ми и 4-недельного безуспешного лечения гипсовой повязкой очень быстро помогли инъекции 4% водного раствора ossophyta в окружность перелома, производившиеся в количестве 10,0 раствора в неделю (в 1 или 2 приема). *М. Фридланд.*

572. *Жировая эмболия,* на основании обзора этого вопроса с современной точки зрения, по Landois (Deut. med. Woch., 1926, № 7), чаще всего наблюдается в возрасте 20—50 лет, вследствие обилия в этом возрасте в костном мозгу жидких жирных кислот. Достаочно 30—40 грамм жира, чтобы наступила смертельная эмболия. Задержавшись более или менее долгое время в капиллярах легкого, жидкий жир (если больной переживает острый период эмболии) распространяется большим кругом кровообращения по всем органам, вызывая в них иногда тяжелые поражения, напр., кровоизлияния и размягчение в мозгу. Диагностически особенно показательно констатирование жира в моче. Главнейшими причинными моментами жировой эмболии являются костные переломы, ортопедические операции, подкожные и, в особенности, внутривенные инъекции с терапевтической целью различных масел (эвкалиптового, камфарного и т. п.). Лучшим лечебным мероприятием при эмболии является обильное кровопускание из плечевой вены с последующим введением под кожу 2 литров физиологического раствора. *М. Фридланд.*

573. *Хирургическое лечение инвагинаций* у детей в возрасте от 2 мес до 2 лет произвел с 1908 по 1926 г. в 40 случаях Suermondt (Nederl. Tijdschrift v. Geneesk., I, 15, 1926; по реф. в Zent. f. Chir. 1926, № 37). Общая смертность 37,5%, 16 случаев было оперировано в течение первых 24 часов, причем смертность была равна 6,3%; 10 случаев—позже 24 часов, смертность 20%; 2 случая—через 36 часов, смертность 50%; 7 случаев—через 48 часов, смертность 86%; 5 случаев—через 3 суток, смертность 100%. Вывод ясен: необходимо самое раннее оперирование. При ileocecal'ных инвагинациях показана дезинвагинация с аппендикоексией, при ileoileal'ных или colonocolon-инвагинациях показана одна дезинвагинация. *М. Фридланд.*

574. *Мышечно-фасциальный шов при оперативном лечении грыж.* Коонтц (Surg., гун. a. obst., 1926, № 2) произвел гистологическое исследование тех слоев, которые соединяются обычно при оперативном лечении паховых и бедренных грыж, т. е. апоневротического и мышечного. Исследование это убедило его, что в соединении мышц с фасцией главную роль играют фиброзные составные части первой, т. е. эпимизий, перимизий и эндомизий: именно от интимности контакта этих частей с фасцией и зависит прочность сращения мышц и фасций. Поэтому перед сшиванием их необходимо позаботиться, чтобы те и другие были предварительно очищены от ареолярной ткани. *М. Чалусов.*