

kovidal" Schilling'a), Stahl (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 141) сравнивает эту пробу с функциональной пробой печени по Faltz (определение в моче уробилина и уробилиногена после назначения больному per os натошак 3,0 fel. tauri deprugati) и приходит к следующим выводам: проба Faltz, весьма легко проводимая у постели больного и не представляющая никаких затруднений ни для больного, ни для врача, дает положительный результат в 87% заболеваний печени и в 80% отрицательный результат там, где нельзя заподозрить заболевания этого органа; по своим результатам эта проба совпадает с функциональной пробой печени Strauss'a (исследование мочи после назначения левулезы); функциональная проба Vidal'я, поставленная в 50 случаях, давала положительный результат там, где не было никаких оснований предполагать заболевания печени; она не идет параллельно с тяжестью случая и с очевидными органическими изменениями в печени и находится в большой зависимости от целого ряда причин, лежащих вне печени и не имеющих никакого отношения к ее функции. В виду всего этого Stahl приходит к заключению, что в каждом отдельном случае к результатам Vidal'евской пробы печени следует относиться с большой осторожностью.

Р. Лурия.

Новое средство против тяжелых запоров и явлений непроходимости рекомендует Küttner (Centr. f. Chir., 1923, № 7; по реф. Münch. med. Woch., 1923, № 9), в виде смеси из $\frac{2}{3}$ литра нагретого до 38° молока и $\frac{1}{2}$ литра обыкновенного сахарного сиропа. Для удаления хлопьев необходимо процедить смесь через сито. Успех основан на осмотическом действии полисахаридов. И. Ц.

в) Хирургия.

Подкожные камни. Шамоу (В. Хир. и Погр. Обл., т. II) подробно описывает чрезвычайно редкое и малоизвестное заболевание, заключающееся в отложении в подкожной клетчатке конкрементов, которые состоят из солей фосфорнокислой и углекислой извести (подкожные камни, calcinosis universalis interstitialis). В одном случае, наблюдавшемся автором, камни эти были расположены на левой стороне лица, шеи и в обоих локтевых сгибах. В литературе Ш-ву удалось собрать лишь 36 сл. этого заболевания, из числа которых 3 были опубликованы в русской печати. В. Боголюбов.

О нагноении операционных ран. Заркевич (В. Хир. и Погр. Обл., т. II) задался целью проследить на материале Акад. Хир. Клиники В. Мед. Ак. за 1918—22 гг., насколько годы эти отразились на течении операционных ран в смысле осложнения их инфекцией. Выводы: 1) впечатление что % нагноений за последние годы вообще увеличивается, на основании материала Акад. Хир. Ккл. не оправдывается; 2) употребление резиновых перчаток уменьшает число нагноений на 26%; 3) допущение в хирургическое отделение большого числа неопытных врачей в качестве активных работников увеличивает % нагноений; 4) опытность хирурга имеет большое значение в деле уменьшения нагноений; 5) % нагноений при полостных операциях в среднем меньше, чем при непустых операциях; 6) большое количество операций в один день в одной и

той же операционной увеличивает процент нагноений; 7) продолжительность операций на % нагноений влияния не оказывает; 8) поверхностные нагноения наблюдаются по отношению к глубоким в пропорции 3:2; 9) продолжительность гнойного периода параллельна глубине нагноения и выражается при поверхностном нагноении — в 12 днях, а при глубоким — в 32 днях; 10) соответствия между длительностью нагноения и временем начала его после операции не наблюдается; 11) чаще всего нагноение обуславливается загрязнением швов, затем — гематомами, потом — загрязнением краев раны и, наконец, тампонами; 12) смертность от нагноения в чистых операционных ранах равна 3,4%, смертность в зависимости от оперативного вмешательства — 5,4%, смертность в клинике вообще — 7,7%.

Лечение аневризм аорты введением инородных тел. Лечение это имеет свою ближайшую цель достигнуть запустения полости аневризматического мешка заполнением его тромботическими массами с последующей их организацией. Впервые предложенный Moore'ом в 1864 г., способ этот впоследствии был подробно разработан Lusk'ом, применявшим следующую методику: в полость аневризмы сначала вводится полая золотая игла тонкого калибра, покрытая слоем изолирующего вещества; затем через эту иглу в аневризму вводится до 4 метров тонкой проволоки из сплава золота, серебра, платины и меди, торчащий из иглы конец проволоки соединяется с отрицательным полюсом батареи, положительный полюс которой соединен с широкой каучуковой пластинкой, помещаемой на область аневризмы, насколько возможно, против введенной иглы, и чрез аневризму в течение 1 часа пропускается ток силою от 35 до 100 МА; после окончания сеанса осторожно извлекают иглу и ножницами перерезают проволоку вплотную у стенки аневризмы. Данный метод до 1914 г. был применен приблизительно в 120 случ., причем смерти во время операции не было ни одной, в первую же неделю после операции смерть наступила в 16%, а самый продолжительный период жизни после операции был 11½ лет (Rosenstirn). Бок (В. Хир. и Погр. Обл., т. II) приводит 3 сл. подобного же лечения аневризм аорты, примененного проф. Оппелем. В 2 сл. операция состояла в том, что после небольшого разреза на выпуклой стороне аневризмы в полость ее вводился троакар, после извлечения иглы которого в отверстие троакара вставлялась особая трубка с заключенным в ней пучком проволочек; пучок этот проталкивался в полость аневризмы и там оставлялся. В 3-м случае в полость аневризмы была введена часовая пружинка. Все 3 больных перенесли операцию без осложнений, но в дальнейшем один больной погиб на 11-й день р.о., а 2 других — через 3 мес. В. Боголюбов.

Язвы duodeni. По Финкельштейну (Нов. Хир. Арх., 1922, № 7) число язв 12-перстной кишки прогрессивно растет, и, если раньше эта болезнь была редкой, то только потому, что методы распознавания ее были недостаточны. Вместо недавних 25% теперь язвы duodeni составляют 50% общего количества всех язв, приходящихся на долю желудка и duodeni. Хотя анамнез этого заболевания характерен, но он еще не патогномоничен; из объективных методов исследования гастро-дуоденоскопия и рентгеноскопия значительно облег-