

415. *Пепсин в желудочном соке.* Исходя из того положения, что содержание пепсина в желудочном соке соответствует кислотности последнего, клиницисты обыкновенно не исследуют пепсина, а довольствуются лишь определением кислотности сока. Между тем исследования убедили Delhoughne'a (Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 157, N. 5—6), что между содержанием пепсина и кислоты в соке прямой пропорциональности нет. Обычно количество пепсина зависит от характера пищи; в частности, оно повышается при чисто-белковой пище. Гистамин, вызывающий повышение секреции кислоты, ведет к повышению концентрации и пепсина. При язвах содержание пепсина в соке бывает также повышенено, притом при *ulcus ventriculi* сильнее, чем при *ulcus duodeni*; за *ulcus duodeni* говорят и значительные колебания концентрации пепсина во время периода секреции. Между распространностью и степенью заболевания слизистой оболочки желудка и концентрацией пепсина существует полный параллелизм, причем чем резче выражены дегенеративные процессы в желудочной мукозе, тем ниже концентрация пепсина.

416. *Частота малокровия от широкого лентеца.* G. Rosenow (Ztschr. f. klin. Med., Bd. 106, № 1—2) на основании многочисленных наблюдений решительно отвергает распространенный взгляд, будто частота эта незначительна.

е) Хирургия.

417. *Хронический стафилококковый остеомиэлит позвоночника,* по Еленкоу (Орт. и травм., 1928, кн. 5—6), — редкое заболевание. Заболевают им лица, подвергшиеся травме позвоночника при одновременном наличии стафилококкового очага в виде фурункула, абсцесса, панариция и т. п. Поражаются обычно при этом I и II поясничные позвонки, где образуется незначительный кифоз, или только сглаживается поясничный лордоз. Процесс начинается с периоста и оттуда распространяется на тело позвонков. Заболевание не производит впечатления тяжелого: общее состояние больных хорошее, они обычно жалуются на неопределенные легкие боли в области позвоночника и стреляющие боли в нижних конечностях, причем иногда жалоб на позвоночник не бывает, и заболевание сходит за ревматизм, *ischias* и т. п.; при надавливании на позвоночник ощущаются незначительные боли, подвижность мало нарушена. В анамнезе нередко имеется какое-то острое заболевание с повышенной т°. Рентген вначале заболевания не дает ничего, а в застарелых случаях указывает на склерозирующий процесс и на спадывание пораженных позвонков. Нередко наблюдаются интесники и свищи. Наиболее точно диагноз устанавливается положительной антистафилококковой реакцией. Продолжительность болезни — десятки лет; прогноз — благоприятный; лечение: покой в гипсовой повязке и вакциноптерапия. *Н. Кипченко.*

418. *Этиология и терапия остеомиэлита.* По данным Sobergnheim'a (Schweiz. med. Woch., 1928, № 6) наиболее часто, — в 87,8%, — возбудителем этой болезни является стафилококк; этиологическая роль стрептококка является гораздо более скромною (в 14%). Из предрасполагающих моментов особенно важное значение имеет травма. Что касается терапии остеомиэлита, то, по Monnier (ibid.), в последние годы замечается тенденция воздерживаться от широкого оперативного вмешательства в пользу консервативных методов лечения. При этом результаты, получаемые при помощи вакцино- и серотерапии, являются пока неясными.

P.

419. *Промывание костномозгового канала, как метод лечения гнойных воспалений костного мозга.* M. Saidman (Zentr. f. Chir., 1928, № 14) на основании экспериментальных исследований и одного клинического случая рекомендует применять при острых и подострых остеомиэлитах трубчатых костей промывания костномозговой полости слабыми растворами риванола. Для этого надо сделать под местной анестезией несколько (2—5) отверстий в трубчатой кости и промывать костномозговой канал под слабым давлением, дабы инфекционные начала не проникли в кровь через гаверсовы каналы. *И. Цимхес.*

420. *Вакцинация в хирургии желудка.* Исходя из наблюдений, что послеоперационные легочные осложнения встречаются чаще после операций на желудке, причем микробная флора в легочном секрете большую частью бывает идентична с флорой желудка, Delore и Jouve (Revue de chir., 1927, № 5) провели в 24 случаях язвы и рака желудка вакцинацию при помощи вакцины

Weill'я и Dufourg'a (1 к. с. этой вакцины содержит: 400 милл. пневмококков, 400 милл. энтерококков, 150 милл. стафилококков и 50 милл. в. tetragenes). Вакцинация производилась в течение 5 дней после операции. До операции она не нужна, т. к. действие вакцины проявляется очень рано. На 10 случаев язвы желудка наблюдался один легкий бронхит, на 13 случаев рака — одна смерть от бронхопневмонии и одна бронхопневмония, закончившаяся выздоровлением.

M. Знаменский.

421. *Пилокарпин при послеоперационной ишущии.* Б. В. Блок (Куб н. мед. в., т. VII—VIII) наилучшим средством при послеоперационной задержке мочи считает подкожные впрыскивания пилокарпина (1% раствора) в дозе 1.0.

P.

422. *Оперативное лечение свежих открытых переломов конечностей.* Н. Godard (Revue de chir., 1927, № 9) имел 75 случаев открытых переломов, из которых в 15 была произведена первичная ампутация, так как были налицо ушибы кожно-мышечного аппарата, а главное — сосудисто-нервного пучка. в остальных же 60 предпринята ранняя операция (в первые 5—6 часов), состоявшая в простом вправлении отломков и глухом шве мягких частей после экскизии размежженных тканей. Там, где отломки не удавалось вправить, они соединялись или проволокой, или пластинками Lambot'a. На эти 60 случаев было 5 смертей от шока, эмболии и пневмонии, сделано 7 вторичных ампутаций, получились 2 анкилоза, 1 псевдартроз и 43 хороших результатов (некоторые случаи потребовали, впрочем, добавочных операций — удаления пластинок и сквостров, костной пластики и пр.). Техника: очистка кожи мыльной водой, эфиром, спиртом, смазывание йодом; никаких antiseptica в ране; воздерживаться от широкой отслойки надкостницы; удалять только свободно лежащие отломки; остеосинтез только при невправимых отломках; тщательный гемостаз, южный шов без дренажа, шинная повязка.

M. Знаменский.

423. *К вопросу о самопроизвольной гангрене у молодых субъектов.* Oberthus (Revue de chir., 1927, № 9), касаясь этиологии гангрены, отмечает особую предрасположенность к ней еврейской расы. Анатомическим субстратом гангрены являются дегенеративные изменения артериальных стенок, выражющиеся в разрушении внутреннего эластического слоя и разрывах интимы по типу грануляционной ткани с последующей облитерацией артерии, при отсутствии каких бы то ни было следов тромбоза. Теорию Оппеля он считает несостоятельной, ибо: а) факт гиперадреналинезии при гангрене не доказан (кровь здоровых людей может обладать такими же сосудосуживающими свойствами, и гангрена иногда наблюдалась у людей и с одним надпочечником); б) изменения крови (гипергликемия, увеличение количества эритроцитов и др.) при данной болезни колеблются в границах, близких к норме, и нехарактерны; в) в удаленных надпочечниках находят гипертрофию коркового слоя, а не мозгового, который продуцирует адреналин. Что касается операции эпинефрэктомии, то автор считает ее небезопасной, в большинстве случаев не дающей эффекта (11 выздоровлений, прослеженных максимум до 3 лет на 106 операций) и все реже применяемой хирургами в С.С.С.Р. в 25 и 26 гг. сделано всего по 1 операции. Разобрав все предложенные методы лечения болезни, автор не находит среди них ни одного, дающего стойкий эффект, и приходит к выводу, что лучшим средством при гангрене является своевременная ампутация.

M. Знаменский.

424. *Мозговая травматическая грыжа.* Magnant (Revue de chir., 1927, № 7), говоря о лечении таких грыж, различает 1) лечение профилактическое, заключающееся в первичной краинектомии с целью удаления осколков, инородных тел и гематом и промывании физиологическим раствором; 2) лечение собственно — грыжи. Здесь автор является сторонником метода Legache'a, заключающегося в освобождении грыжевой ножки и основания грыжи, расширении костного дефекта и неприкосновенности самой грыжевой опухоли. 1-й темп операции состоит в том, что проводится круговой разрез по периферии грыжевой опухоли и 4 добавочных разреза радиально от первого, причем края разрезов отворачиваются; 2-й темп — увеличивают костный дефект костными щипцами до тех пор, пока поясло не будет открыта здоровая твердая мозговая оболочка; 3-й темп — тампонада марлей, пропитанной физиологическим раствором, повязка на 4 дня. В дальнейшем повязка сменяется через день, причем каждый раз щель между грыжей и костным дефектом тампонируется. Результаты: из 11 случаев 9 выздоровлений и 2 смерти.