

сильнее, чем действие общего наркоза эфиром и хлороформом. Она менее опасна, чем этот последний, и может применяться у больных, у которых он противопоказан. По мнению а. перидуральная анестезия Page t является большим шагом вперед в области обезболивания, однако для окончательного суждения о ней требуется еще некоторое время.

Б. Иванов.

K n ü r r e r H. и H u m m e l R. *К лечению послеоперационного паротита* (Münch. med. Wschr. 1936. 17. 679—680). Исходя из литературных данных, а. отмечает, что послеоперационный паротит в преобладающем большинстве случаев развивается между 2 и 5 днями после операции. С 1929 г. в клинике Пайра все случаи указанного заболевания подвергаются облучению рентгеновскими лучами: 150 и 200 г при 190 kv, 3,5 mA с фильтром в 0,5 Cu + 3 мм Al. При достаточном эффекте указанная доза повторяется 1—2 раза с двухдневными промежутками. В 35 сл. автора оказалось достаточным однократного облучения; повторное облучение потребовалось в 13 сл. На основании своих наблюдений а. приходит к выводу, что рентгенотерапия послеоперационного паротита предотвращает во многих случаях развитие нагноения, если только применяется по возможности быстро после появления впервых признаков заболевания. Даже в тех случаях, где был сделан разрез, общая продолжительность лечения, при применении последующей рентгенотерапии, была короче, чем в необлученных случаях.

Б. Иванов.

V o s s s c h u e t e A. *„Рецидивы“ после лечения варикозных расширений вен* (Münch. med. Wschr. 1936. 15. 593). Рецидивы после лечения варикозных расширений вен а. разделяет на истинные и ложные. Об истинных рецидивах можно говорить только в том случае, если запустевшие в результате лечения вены вновь становятся проходимыми; эти рецидивы встречаются редко и чаще развиваются после оперативного лечения, чем после лечения инъекциями. Большая часть приводимых в литературе рецидивов относится к ложным и развивается из существующих или вновь образованных вен на почве врожденной конституциональной слабости соединительной ткани, при усиленной функциональной нагрузке или под влиянием других внешних вредных моментов. Предотвратить развитие ложных рецидивов мы не можем; поэтому а. считает, что односторонняя оценка способа лечения только по числу „рецидивов“, неправильна.

Б. Иванов.

D u r s t H. *К вопросу о спонтанном разрезе после предшествовавшего дренажа d. choledochus* (Münch. med. Wschr. 1936. 20. 801). А сообщает о случае общего перитонита, развившегося через 15 дней после удаления дренажа, введенного в duct. choledochus. Диагноз был поставлен на основании явлений перитонита в связи с имеющимися в анамнезе указаниями на произведенную операцию на желчных путях. Причиной разрыва явились застой желчи и воспалительные изменения в области рубца d. choledochus. По имеющимся литературным данным, интервал между удалением дренажа и наступлением разрыва колеблется от нескольких дней до нескольких лет. Лечение в равных случаях состоит в возможно ранней операции; в поздних случаях иногда лучше выжидание. Наиболее целесообразным профилактическим мероприятием является по возможности ранняя операция желчно-каменной болезни, производимая до наступления того момента, когда в результате осложнений приходится прибегать к дренированию общего желчного протока.

Б. Иванов.

F e l s c h. *Расстройства после желудочных операций и их лечение* (Münch. med. Wschr. 1936. 11). Расстройства после желудочных операций зависят большей частью от хронического гастрита, существовавшего уже до операции; в другой части случаев причиной жалоб являются спастические сокращения желудочно-кишечного канала, а иногда расстройства обуславливаются сращениями. В результате ахилии нередко развиваются поносы; в этих случаях показано введение больших количеств соляной кислоты—3—4 стол. ложки aс. muriat. dil. в чашке воды (около 200 см³; кроме того, целесообразно назначение панкреона (3 раза в день по 2 табл. перед едой). При хроническом гастрите главную роль играет диета; из медикаментов назначают пилокарпин, стрихнин и спорынью (pilv sec. cogn. 0,25, pilocarpin. mur. 0,005, strychn. mur. 0,001, sacch. albi ad 0,5—3 раза в день по 1/2—1 пор. перед едой). Показана также и физиотерапия: горячие грязевые обертывания, диатермия, облучение красным светом. Мускулатура желудка укрепляется массажем и дыхательной гимнастикой.

Б. Иванов.