

Операция спустя 3 часа. Найдена перфорация язвы малой кривизны; в брюшной полости много бария, смешанного с желчью; перфорация зашита; смерть через 3 дня.

2) В больницу доставлен больной с синдромом перфорации через два часа после приема бариевой каши. Рентгеновское исследование не обнаруживает воздуха под диафрагмой, но вокруг желудка и двенадцатиперстной кишки отмечается наличие бария. На операции обнаружено на передней поверхности желудка и дуоденума большое количество бария, смешанного с желчью. Имеется перфорация верхней части дуоденума; произведена гастропилорэктомия; выздоровление.

Автор полагает, что к механическому действию бария присоединяется грубая пальпация, практикуемая некоторыми рентгенологами для улучшения соприкосновения бария со слизистой желудка и язвой. В некоторых случаях причиной перфорации является усиленное сокращение желудка, появляющееся у больных после приема бария (в особенности, если они до этого были на строгой диете).

*Е. Ауслендер.*

G. Dupon. *Боли в копчике.* (Archives of Surgery Vol. 34 № 6. 1937, стр. 1088—1104). На основании изучения своего материала (278 случаев) автор считает, что боли в копчике почти всегда вызываются травмой, особенно падением в сидячем положении. Боли в копчике чаще встречаются у женщин. Более сильный изгиб копчика кзади в женском тазу предрасполагает к более частому повреждению его, по сравнению с мужчинами. Больные нередко обращаются к врачу не сразу, а через несколько недель, не фиксируют внимания на травме, что затрудняет правильную диагностику. Автор настаивает на травме как на причине копчиковой боли, так как имеется очень мало заболеваний, при которых боль локализуется в копчиковой области. Лечение в продолжение 6 месяцев должно быть неоперативным. При смещении копчика, если диагноз поставлен рано, можно получить хороший результат от вправления копчика под анестезией. Если консервативное лечение не дает облегчения, то копчик приходится удалять. Результаты этой операции очень хороши. Боли в копчике психогенного порядка бывают редко.

*В. Майт.*

L. Varron и G. Curtis. *Ваготомия и подвижность желудка* (Archives of Surgery Vol. 34, № 6, 1937, стр. 1132—1158). У больного с симптомокомплексом ваготонии типа Эппингера и Гесса повышение подвижности и тонуса желудка сопровождалось эпигастральными болями. За время интенсивного лечения атропином наблюдалось небольшое снижение продолжительности периодов повышения перистальтики желудка. Незначительное уменьшение частоты и амплитуды сокращений сопровождалось некоторым увеличением промежутков между сокращениями. Некоторое уменьшение силы тонуса желудка сопровождалось незначительным улучшением состояния больного. Была проделана операция рассечения левого блуждающего нерва абдоминальным путем, после чего наступило заметное уменьшение продолжительности периодов повышенной подвижности желудка и удлинение промежутков, свободных от болей. Через 5 месяцев после ваготомии эффект ее был еще заметнее. До лечения опорожнение желудка было замедлено за счет пилороспазма. После лечения атропином желудок стал опорожнять свое содержимое на 1 ч. 37 мин. быстрее. После левосторонней ваготомии опорожнение желудка произошло на 4 часа раньше, чем до операции. Через 5 месяцев после ваготомии этот эффект оставался. Клинически ваготомия сопровождалась ясным улучшением симптомов.

*В. Майт.*

Bernhardt, F. *Острые заболевания поджелудочной железы после операции на желчных путях.* (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 165. H. 4. 1937. Июль, стр. 512—523). Острый некроз поджелудочной железы может наступить через несколько месяцев или даже лет после операций на желчных путях. Это осложнение можно предполагать, если больной, перенесший операцию на желчных путях, заболевает внезапно острыми болями в верхней половине живота. На 1000 холедохотомий и 5000 холцистэктомий некроз поджелудочной железы наблюдался у 6 больных, т. е. в 0,1%. Автор описывает 6 собственных наблюдений и приводит 17 случаев из литературы. Острый некроз поджелудочной железы может наступить как после холцистостомии, так и после холцистэктомии. Это осложнение наблюдается нередко при просматривании камней в желчном протоке и снижается прежде всего более частым вскрытием и проверкой его во время операции при желчнокаменной болезни. Во многих слу-

чаях никаких камней обнаружить не удается. Острый некроз поджелудочной железы может быть вызван также холангитом. Промежуток между операцией на желчных путях и некрозом поджелудочной железы продолжался в одном случае автора 22 года. При установлении диагноза нужно исключить желчный перитонит, который может наступить от поздней перфорации культи пузырного протока и еще чаще на месте рассечения желчного протока.

*В. Майт.*

Irsigler, F. *Рентгеновское исследование при раке прямой кишки*. (Вг. Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. 165. N. 4. 1937, стр. 530—553). Автор подчеркивает значение рентгеновского исследования в диагностике рака прямой кишки. Техника исследования следующая: вначале кишка исследуется пальцем, непосредственно перед рентгеноисследованием производится тщательное промывание прямой кишки; кишка наливается такой же контрастной массой, как при исследовании желудка. При исследовании обращают основное внимание на гладкость контуров. Контрастная масса вводится до нисходящей ободочной кишки, после чего медленно выпускается. По выведении контрастной массы кишка раздувается воздухом, причем наблюдают за расправлением складок. При исследовании необходимо поворачивать больного в правое и левое косое положение. Для диагностики прорастания опухоли в кость автор подчеркивает значение снимков крестца без наполнения кишки контрастной массой. Для рака прямой кишки характерна картина так называемого „клапанного затвора“, когда наполнение прямой кишки контрастной массой совершенно прекращается в виде резкого сужения („раковый кратер“). Особенное значение рентгеновское исследование имеет при раке colon reivium, который в этом случае иногда невозможно диагностировать ни пальцевым исследованием, ни ректоскопом. При установлении диагноза нужно иметь в виду мегаастазы в Дугласово пространство при первичном раке желудка, паховый лимфогранулематоз, проктит. В этих случаях для диагноза важны серологическая реакция, биопсия и пр.

*В. М.*

Wicke, J. *Применение фильтрованных ультрафиолетовых лучей при лапаротомиях*. (Вг. Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. 165. N. 4. 1937, стр. 630—640). Автор применял ультрафиолетовые лучи при лечении перитонита. Из 71 облученных больных с диффузным гнойным перитонитом умерло 14. Автор подчеркивает благоприятное действие ультрафиолетовых лучей на общее самочувствие облучаемых больных, на кровяное давление и пр. Деятельность кишечника восстанавливается самостоятельно и рано. Боли у облученных больных незначительны. Данные релапаротомий и вскрытий подтверждают эффективность облучения на воспалительные изменения брюшины (всасывание экссудата, отсутствие сращений и пр.). Секрета облученной лапаротомной раны через дренаж значительно меньше, заживление быстрее. Послеоперационные осложнения встречаются значительно реже. В материале автора случаев поддиафрагмального абсцесса не наблюдалось вовсе, в двух случаях отмечено появление Дугласова абсцесса (после флегмонозного аппендицита и пиосальпинкса).

Облучение производилось лампой Lapaorhos с применением фильтра. Освещение подвергались разложенные на влажных компрессах петли тонких кишок или салыки в течение 5—25 минут.

*В. М.*

Kienböck, R. и Desenfaus, G. *Аномалия локтевого отростка*. (Вг. Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. 165. N. 4. 1937, стр. 524—529). При рентгеновском обследовании больного, 28 лет, получившего легкое травматическое повреждение локтевого сустава, авторы обнаружили в обоих локтевых суставах своеобразную аномалию локтевого отростка, известного под названием „Sesamum cubiti“ (П ф и т ц л е р) и „patella cubiti“ (К и н б ö c к). Авторы предлагают называть эту аномалию „os epiphyseos olecrani“. В случае авторов аномалия была двусторонней и семейной. Авт. различают два вида этой аномалии: 1) артикулированную и подвижную „patella cubiti“ с полным отделением эпифиза локтевого отростка (описанный случай) и 2) аномалию с длительным сохранением хрящевой зоны между отделенным локтевым отростком и локтевой костью (отец б-го). Различают одностороннюю аномалию, двустороннюю равную аномалию (случай авторов) и двустороннюю неравную аномалию с различными формами на одной и другой стороне. Практическое значение эта аномалия имеет в диагностике переломов локтевого отростка.

*В. М.*

Vogdanh, F. *Туберкулез и остеомиелит сочленений тазового кольца*. (Вг. Beitr. zur kl. Chir. Bd. 165. N. 4. 1937. Июнь, стр. 554—563). Туберкулез крестцово-подвздошного сочленения встречается редко. Первыми признаками