

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*. (Вгг. 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 мегакасты 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*. (Вгг. 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 благотворное 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 Desenfau, G. *Аномалия локтевого отростка*. (Вгг. 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“ (Пфитцлер) и „patella cubiti“ (Кинбёк). 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.*

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