

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 заполнения 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 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 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“ (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.

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

этого заболевания являются медленно нарастающие боли ишиалгического характера, длящиеся от нескольких месяцев до двух лет. Иногда ранним симптомом является симптом Тренделенбурга. Натечные абсцессы чаще располагаются сзади в области сустава, иногда опускаются на ягодицу, наблюдаются также прорывы впереди. Лечение применяется как оперативное (иссечение и выскабливание свищей, удаление секвестров, резекция костей), так и консервативное (вливание в свищи иодоформ-глицериновой эмульсии, рентген). Автор располагает 4 случаями туберкулеза крестцово-подвздошного сочленения в возрасте 19—66 лет. Во всех случаях наблюдалось улучшение процесса после лечения, хотя нужно иметь в виду, что для туберкулеза подвздошно-крестцового сочленения вообще характерны длительные ремиссии. Хронический остеомиелит крестцово-подвздошного сочленения автор наблюдал у одного больного. Диагноз был поставлен на основании рентгеновского, бактериологического и гистологического исследования. Через 8 недель после операции больной был выписан в хорошем состоянии. В другом случае диагноз не был установлен точно. Автор подчеркивает трудность дифференциального диагноза между туберкулезом и остеомиелитом. Признаки хронического остеомиелита крестцово-подвздошного сочленения заключаются в локализованной болезненности при давлении, неправильном положении при стоянии с полной подвижностью тазобедренного сустава. Наиболее важным методом исследования является рентген. Кроме того, автор наблюдал 2 случая остеомиелита седалищной кости. 1 больной был выписан в хорошем состоянии, у второго через полгода после операции имелся еще свищ. Остеомиелит лобковой кости автор наблюдал у 3 больных. Для этого заболевания типичны абсцессы над и сзади симфиза, распространяющиеся вниз к *sacrum Retzi*, мочевому пузырю и на внутреннюю поверхность таза к запирательному отверстию или на внутреннюю поверхность бедра к приводящим мышцам.

B. M.

Wachs, E. *Прогрессирующий некроз кожи*. (Br. Beitr. zur kl. Chir. Bd. 165. N. 4. 1937. Июнь, стр. 564—571). Автор описывает 5 случаев прогрессирующего некроза кожи. Через несколько дней после операции происходит внезапное разрушение кожи и подкожной клетчатки, принимающее прогрессирующее течение. Язва распространяется в одну сторону, причем край ее здесь приподнимается. Прогрессируя на одной стороне, язва загнивает на другой после отторжения некротической ткани. Общее состояние страдает сильно. Обычно после кажущегося улучшения язва снова вдруг разрастается, сопровождаясь болями и высокой температурой. Возникновение этих язв наблюдается в любом возрасте. Причина этого заболевания неясна. При бактериологическом исследовании автор находил во всех случаях смешанную инфекцию. На основании патолого-анатомических исследований автор объясняет прогрессирующее течение язвы тромбофлебитом. Автор считает целесообразным только радикальное лечение. Применявшиеся вначале риваноловые влажные повязки (1:1000), переливание крови и витаминное лечение давало временное улучшение. Лучшим способом автор считает электрокаустическое иссечение краев или лучше всей язвенной поверхности. Это вмешательство необходимо производить рано. В 3 случаях автора больные умерли, 2 больных выздоровели после ампутации конечности.

B. M.

в) Педиатрия.

Haueг *Изменения спинномозговой жидкости при коклюше* (Klinisch Wschr. № 11, 1935). Давно известны менингитические и энцефалитические изменения при тяжелой судорожной форме коклюша. Автор исследовал спинномозговую жидкость у многих больных коклюшем без осложнений со стороны нервной системы и находил целый ряд изменений в жидкости: изменение окраски, повышение давления, незначительное увеличение белка и клеточных элементов. Токсические и чисто травматические изменения со стороны мозговых оболочек и мозга вызываются повышением внутричерепного давления при приступах кашля и значительно чаще свойственны коклюшу, чем думали до сих пор.

Ш. Геллер.

Blaise и Perez. *Эфирные клизмы при коклюше*. (Arch. Pediatr. Uruguay. V. 8, III, 1937). Авторы предложили при коклюше вводить клизмы следующего состава: 20 см³ 10% раствора камфоры в эфире, 30 г эйкалиптола и 100 см³ 4% раствора ароматического масла в жидком петролате. Жидкость эта вводится в прямую кишку при помощи нелатоновского катетера № 14 и 16 на глубину