

бирской язвы, причем после обработки им кэгут не только не теряет своих физических свойств, но даже становится несколько прочнее. Скорость, простота и дешевизна обработки, хорошие физические качества, хорошая рассасываемость и абсолютная стерильность дают основание считать этот метод стерилизации кэгута заслуживающим серьезного внимания хирургов.

*П. Цицмесс.*

309. *Влияние хлороформного наркоза на химический состав мозга.* Исследования М. Я. Серейского (Журн. Эксп. Биол., т. V, № 13) показали, что хлороформный наркоз вызывает повышенное содержание липоидов как в сером, так и в белом веществе мозга, причем увеличение холестерина и ненасыщенных фосфатидов резче в белом веществе. Повышение содержания азота в мозговом веществе после наркоза настолько незначительно, что автор считает возможным говорить лишь о тенденции к нему.

*Р.*

310. *Головные боли после поясничной анестезии* наблюдаются, как известно, почти всегда, являясь одним из самых неприятных спутников ее. Наилучшим средством против этих болей Vidlicka (Braisl. Lek. Listy, 1925, oit.) считает применение салициловых препаратов вообще и ацилпирина (препарат, фабрикуемый в Чехо-Словакии) в частности.

*Р.*

311. *О локализации и метастазах рака пищевода.* Почти половина всех случаев рака пищевода, по данным А. Klein'a (Arch. f. klin. Chir., Bd. 145) падает на область бифуркации. Преобладает это заболевание у мужчин и в общей раковой статистике занимает второе место после рака желудка, встречаясь чаще всего на шестом десятке лет. Обычно в пищеводе развивается плоскоклеточный рак, который поздно дает метастазы; поэтому треть всех аутопсий при раках пищевода бывает без нахождения метастазов. Своевременная правильная диагностика зависит от методов исследования; к сожалению, больные часто обращаются к врачебной помощи лишь тогда, когда у них едва проходит жидкость. Применяемые в настоящее время методы лечения этой болезни заключаются в лекарственной терапии, бужировании и применении лучей рентгена или радия, причем последнему методу придается особенно большое значение. Если эти методы оказываются бессильны, то автор рекомендует радикальное оперативное воздействие на пораженный пищевод.

*П. Цицмесс.*

312. *К оперативному лечению желчнокаменной болезни.* Anschütz (Deut. med. Woch., 1926, № 44) полагает, что при желчных камнях раннее оперативное вмешательство в смысле Enderlen'a-Hotz'a (т. е. до 40 лет), притом во время интервала между приступами, является тем более показанным, что опасность операции во время приступа (при лихорадке или желтухе) с возрастом значительно повышается. Напротив, будучи производима во время паузы, операция с возрастом делается лишь немного более опасной (до 60 лет % смертности равен 1—2, позже—от 4 до 5). Впрочем принципиально производить операцию возможно рано,—так, как это рекомендуется при аппендиците,—автор при желчных камнях не советует: при легких припадках, по его мнению, можно ограничиваться неоперативным лечением и лишь при более сильных прибегать к операции. Отдаленные результаты оперативного лечения желчнокаменной болезни, по А., иногда бывают не вполне удовлетворительны; лучшие результаты могут быть получены, если усовершенствовать технику операции, оперировать своевременно и избежать случаев с нервной дисфункцией.

*В. Сергеев.*

313. *Лечение острых гнойных перитонитов* обсуждалось в качестве программного вопроса, на последнем съезде Немецких Хирургов (Arch. f. klin. Chir., Bd. 142, 1926). Докладчик Kirschner на основании материала в 11,619 случаев из 38 хирургических клиник устанавливает следующие принципы лечения острого гнойного перитонита: всякий случай острого перитонита, поскольку он вообще операбелен, должен немедленно быть оперируем; только гонококковые и пневмококковые перитониты составляют исключение. Операция должна проводиться с минимальной общей и местной травмой. Разрез проводится или в области очага инфекции, или срединный. Главной целью операции является надежное выключение источника инфекции возможно простым путем. Обширной эвентрации кишечника при операции следует избегать. Очищение брюшной полости от экссудата при общем перитоните производится при помощи орошения физиологическим раствором, при местном процессе—вытиранием. Не рекомендует докладчик применять механического опорожнения кишек при операции, а также накладывать пер-