

ствовавшей рентгенотерапии чрезвычайно трудна из-за обилия спаек и сращений железы с окружающими тканями. Автор находит, что шансы базедовика, предвзительно леченного рентгеном, перенести благополучно операцию резко падают еще и потому, что сердце таких больных весьма чувствительно к веществам, выделяемым щитовидной железой. Энергичное облучение вызывает усиленное выделение указанных веществ, и сердце отравляется при этом сразу большой дозой яда.

И. Цимхес.

80. *Наркозные параличи плечевого сплетения.* Д-р С. И. Тюменев (Нов. Хир. Арх., 1927, № 53) приводит три случая наркотических параличей периферического происхождения на почве травматизации первых стволов. Предрасполагающими моментами, по мнению автора, здесь могут служить предшествовавшее истощение нервной системы больного и отравление ее каким-либо специфическим ядом (алкоголь, сифилис). Для предупреждения параличей рекомендуется правильное держать руки у больных во время наркоза, — в частности не запрокидывать их за голову и не предоставлять собственной тяжести. *И. Цимхес.*

81. *К лечению послеоперационной задержки мочеиспускания.* Сравнивая, на основании ряда наблюдений, эффект различных фармакологических средств, предложенных против послеоперационной задержки мочи (сернокислой магнезии, уротропина, пилокарпина), д-р В. И. Мирер (Нов. Хир., 1927, № 7) отдает из них решительное предпочтение пилокарпину (вводимому подкожно в количестве 1 к. с. 1% раствора). На втором месте автор ставит уротропин и на последнем — сернокислую магнезию, эффект которой менее верен и наступает лишь через несколько часов после выпрыскивания.

Р.

82. *К лечению столбняка.* С. Носче (Wien. kl. W., 1927, № 42) сообщает, что в клинике Eiselsberg'a было в течение 20 лет 25 случаев столбняка, — очень мало по сравнению с большим числом доставленных сюда больных с травматическими повреждениями. Болезнь проявлялась в двух формах — молниеносной, всегда убивавшей больного, и затяжной, часто кончавшейся выздоровлением. При каждом травматическом повреждении в настоящее время в клинике принято вводить профилактически 20 единиц столбнячного антитоксина. При явном заболевании также всегда выдвигается на первый план специфическая терапия, — ежедневно вводится 100 единиц под кожу, в вены или в спинномозговую мешок; наряду с этим больным даются симптоматические средства.

С. С-в.

83. *Лечение варикозных расширений вен нижних конечностей.* Е. Уnger (Zentr. f. Chir., 1927, № 51) обнажает v. saphenam у ее впадения в v. femoralis, рассекает ее и в дистальный конец вводит мочеточниковый катетер (катетер этот автору удавалось провести, при нетромбозированных сосудах с большим просветом, ниже коленного сустава, до нижней трети голени); затем через этот катетер вводится, при помощи 10—20 грм.-шприца, 20% солевой раствор или раствор глюкозы, причем сам катетер в это время осторожно извлекается. Для уменьшения болей к вышеуказанным растворам можно прибавлять 1% раствора новокаина. Автор применял этот способ в течение двух лет и очень доволен получаемыми результатами.

И. Цимхес.

84. *Внутренний дренаж желчного пузыря.* W. Steel (Surg., Gynec. and Obstetrics, 1927, № 3) на основании материала в 100 случаев отдает, при воспалительных заболеваниях желчного пузыря, предпочтение холецистодуоденотомии или холецистогастротомии пред холецистэктомией. После наложения соустья обычно инфекция стихает, желчь свободно проходит в кишечник, холецистит больше не рецидивирует, и не наблюдается восходящего холангита. Смертность после названных операций ниже, чем после холецистэктомии. Противопоказанными эти операции являются при остром или подостром панкреатите. Повторные операции, произведенные автором у 5 больных, обнаружили хорошее функционирование анастомоза. Желчный пузырь был найден в этих случаях превратившимся в круглый проток, диаметром около $\frac{3}{8}$ дюйма, содержавший желтую печеночную желчь.

И. Цимхес.

85. *Оперативное лечение выпадений прямой кишки.* Д-р А. Н. Никитин (Нов. Хир. Арх., 1927, № 52) оперировал по поводу различных степеней выпадения прямой кишки 23 больных, из них у 5 он произвел колопексию по Кйтше-рю. Автор считает эту операцию физиологичной, целесообразной и, при современных достижениях в области асептики, — безопасной. В частности колопексия