

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung, herausgeg. von Holfelder, Holthusen, Jüngling und Martius. III том. 791 стр. 613 пус. Leipzig, 1928. Цена 68 м.

По примеру первых двух томов, подробно реферированных мною в 1926 и 27 гг., в настоящем III томе также имеется большой ряд (11) обстоятельных статей по рентгенодиагностике и 4 статьи по биологии и терапии, в том числе одна по диатермии. Учитывая назревшую необходимость дать полный обзор методики рентгенографии придаточных полостей носа и уха при диагностике воспалительных заболеваний и опухолей носа, верхней челюсти и уха, редакторы поместили в первой главе 2 статьи проф. Steurer'a *о рентгенодиагностике придаточных полостей носа и уха*. Уже в 1896 г. автор этот пытался ориентироваться в придаточных полостях носа на рентгена, но лишь 10 лет спустя этой методикой заинтересовались видные ринологи (Goldmann, Kilian и др.). С тех пор рентгенограмма стала для ринолога неотъемлемой частью исследования больного. Известны случаи, когда эндоназальное исследование было безрезультатно, а рентген вскрывал картину опухоли, абсцесса, перелома, которые потом подтвердились на операции. С другой стороны без точного знания анатомии данной области рентгенолог легко может впасть в грубую ошибку—признать здесь норму за патологию. На целом ряде прекрасных переданных рентгенограмм автор доказывает преимущество безболезненного рентгеновского метода, особенно при исследовании детей, обычно сопротивляющихся манипуляциям ринолога. Необходимым условием точного исследования является безукоризненная техника снимка: «лучше без снимка, чем плохой» (Passow). Автор поэтому дает точные указания относительно методики получения хороших рентгенограмм синусов в различных проекциях, височной кости со слуховым проходом, лабиринтом и сосцевидным отростком. Чрезвычайно instructивны контрольные патолого-анатомические препараты, совпадающие с рентгеновским изображением.

В следующих двух статьях Schüller рисует рентгеновскую картину *опухолей п. acustici и переломов пирамидальной кости*.

На протяжении 60 стр. Brauer и Logey подробно останавливаются, затем, на методе *бронхографии помощью контрастных веществ* (иодипин, липиодол) и ее значения для диагностики бронхэктазий, легочных абсцессов, бронхостенозов, а также для контроля результатов торакопластики, пнеймоторакса и др. операций. Авторы касаются также вопросов о выделении иодипина, о возможных повреждениях при применении данного метода, о терапевтическом значении его, а равно проблемы перистальтики бронхов, которая американскими (Bullock и Gottlieb) и русскими авторами (Рейнберг и Каплан) решена в положительном смысле. Они подтверждают наблюдения бронхоперистальтики у человека, описанные Рейнбергом. Целый ряд приложенных историй болезни иллюстрирует показания и противопоказания к данному методу и источники ошибок при его применении.

Обширная монография (114 стр.) *по рентгенодиагностике заболеваний пищевода* представлена далее Teschenдорфом, который широко охватил нормальную анатомию, физиологию пищевода и целый ряд функциональных и органических расстройств в рентгеновском освещении. Описаны здесь также уростада пищевода, дивертикулы, расширения и сужения. Богато иллюстрирован отдел язв и опухолей. Не забыты диагностика инородных тел и изображение пробегавшего пищевода при сердечных заболеваниях. В литературном указателе мы находим более 500 названий.

Следующая глава, в 70 стр., *об одностороннем высоком стоянии диафрагмы*, принадлежат Диллону (Москва), который, изложив анатомию и физиологию диафрагмы, дает затем на основании 35 личных случаев и литературных данных полную симптоматику стойкого высокого стояния купола диафрагмы и дифференциальную диагностику его. Автор несколько видоизменил классификацию данной аномалии, принадлежащую Erpinger'у и Reich'у, различая 1) вторичное и 2) первичное высокостояние. Первое обуславливается бронхостенозом, сморщивающими легочными процессами и плевральными сращениями, или же повышенным давлением в брюшной полости (опухоли, асцит); второе вызывается врожденной или приобретенной слабостью диафрагмы рефлекторного, воспалительного или паралитического характера. Этиология данного заболевания до сих пор не выяснена,— автор видит причину его в повреждении п. phrenici.

Чрезвычайно интересным и до сих пор мало разработанным в рентгенодиагностике вопросом является затронутый далее Fleischner'ом вопрос о *туберкулезе кишечника*. После первых работ Stierlin'a (1911 г.) внимание рентгенологов фиксировалось главным образом на слепой кишке. Богатый туберкулезный материал клиники W. Neumann'a дал автору возможность проникнуть глубже в динамику и морфологию тонких кишек при туберкулезе. Больные при этом утром в 5 ч. получали контрастную пищу и через 3—4 часа присылалась на исследование, которое повторялось, с промежутками, несколько раз в течение дня и на следующий день. Автор при помощи 68 рентгенограмм характеризует анатомию и физиологию кишечника при тbc, причем останавливается подробно на рентгеновской картине бугорчатки тонких кишек и подробно рисует картину илеоцекального туберкулеза, отмечая некоторые отклонения в его симптоматологии, напр., отсутствие феномена Stierlin'a во многих случаях туберкулеза невоспалительно-язвенного характера. Монография заканчивается изложением дифференциальной диагностики и описанием туберкулеза толстой кишки.

Gottheiner разбирает *рентгенодиагностику аппендикса*, его норму, физиологию и патологию, приходя на основании более 100 случаев, частью оперированных, к заключению, что во многих неясных клинических и хирургических случаях аппендография даст положительные результаты и при подутном рентгенологическом исследовании соседних органов может иметь решающее значение для хирурга. Заслуживает упоминания, что в историческом введении автор не забывает указать на заслуги Григорьева в данной области.

D'Almato посвятил 59 стр. подробному анализу *метода холецистографии*. На прекрасных рентгенограммах он иллюстрирует анатомию, физиологию и патологию желчного пузыря, сообщая при этом технику и методику. Внутривенное влияние тетраидофенолфталеин-натрия автор считает наиболее верным способом получить изображение пузыря на снимке.

H. Штерн (Саратов) дает подробный обзор по вопросу о *диагностике и лечении легочного эхинококка*, который на основании материала автора и статистических данных из литературы встречается очень часто в Австралии и Аргентине, в Мекленбурге и Померании, а у нас в Крыму, на Северном Кавказе и в Нижнем Поволжье. Всего в литературе описаны, по подсчету автора, с 1877 г. (Вескер) до 1927 г. (Штерн-Алмазова) 8448 случаев эхинококка, из которых 836 случ. падают на эхинококк легких. Автор рисует клиническую картину эхинококка и переходит к рентгенодиагностике, которая в громадном большинстве случаев является решающей, когда дермореакция, пункция и др. исследования не дали результатов. Пункция при данной болезни должна вообще быть оставлена, вследствие связанных с ней опасностей (шок, анафилаксия, инфекция, прорыв с гидро—или пиопневмотораксом). Терапия эхинококка зависит от стадии его развития и положения в легком. В общем хирургия периферических пузырей дает удовлетворительные результаты. Рентготерапия до сих пор неполно оправдала себя.

Отдел биологии в книге открывается главой Schinz'a и Slotopolsk'ogo о *радиобиологии здоровой кожи*, главным образом у животных. Несмотря на бесчисленные исследования относительно действия рентгеновых лучей на кожу и ее придаточные органы, вопрос о непосредственных первичных изменениях ее под влиянием x-лучей еще до сих пор не решен. Подводя итоги экспериментальным данным на животном и отчасти человеческом материале, авторы говорят: «Многие объясняют эффект (лучей) их возбуждающим действием. Оснований для этого положения в разобранном материале нет. Даже в том случае, где действие лучей как бы имело биологический характер, микроскопическое исследование обнаруживало биоотрицательную основу, вследствие чего конечный эффект освещения являлся лишь компенсаторным и репарационным процессом». Отсюда авторы выводят очень важный постулат: рентгено- и радиотерапия заболеваний кожи показаны лишь в случаях, где субстратом являются активно делящиеся клетки. Это относится не только к опухолям, но и к целому ряду воспалительных процессов кожи.

В следующей главе книги Lirshapn излагают *влияние света и ультрафиолетовых лучей* на общий обмен, обмен углеводов, жиров, белков, пуринов и минеральный обмен. Автор кратко сообщает о роли витаминов при освещении.

Следующая глава, Schemp'a, посвящена вопросу о *радиотерапии базальных фиброидов* носоглотки. Рентген и радий имеют большие преимущества перед оперативными методами, т. к. дают меньше рецидивов.

Наконец, последняя статья, содержащаяся в книге,—о *лечении диатермией в гинекологии*; автор ее, Schenholz, разбирает физические и биологические основы диатермии, показания и противопоказания, аппаратуру и технику.

В общем III том *Ergebnisse* является прекрасным сборником для рентгенолога, не желающего отставать в работе по специальности. Прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

XX Съезд Российских Хирургов.

Д-ра И. Л. Цимхеса.

Съезд происходил в Москве с 26 по 30 мая 1928 г. Число членов его превышало 1000 чел., из них 50% падало на провинцию. В течение 4 дней на заседаниях Съезда было заслушано свыше 60 докладов, причем четвертый день был посвящен исключительно вопросом ортопедии. Председателем Съезда был избран проф. В. А. Оппель, товарищем председателя—Одесский ортопед проф. Н. И. Кеффер. Программными вопросами Съезда были: 1) вопрос об уронефрозе и 2) вопрос о перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки. Затем было несколько рекомендованных тем: рак языка и его лечение, лечение контрактур и анкилозов коленного сустава и внутрисуставные срощения и их лечение. Кроме того, было допущено несколько докладов по внепрограммным вопросам. Программа Съезда была выполнена полностью в установленный срок. Председатель Съезда, проф. Оппель, достаточно объективно резюмировал данные докладов и прений, от чего значительно усиливалось впечатление.

Съезд начался докладами об *уронефрозе*. Проф. В. М. Мыш (Томск), придерживаясь терминологии проф. С. П. Федорова, разобрал свои 16 клинических случаев уронефроза с точки зрения этиологии, патогенеза и методов лечения. Этиологически в возникновении данного заболевания играют роль травма и динамические моменты. Распознавание при неощущаемой опухоли трудно,—необходимо учесть данные разных методов исследования (красочная проба, отдельное собирание мочи, катетеризация мочеточников, экспериментальные почечные колики и проч.). Могут наблюдаться гидро-нефрозы и без болей. Пиелография очень ценна в распознавании гидронефрозов, но нужна осторожность при разборе пиелограмм ввиду возможности ошибок, связанных с накладыванием теней. При другой здоровой почке в случаях выраженного уронефроза докладчик рекомендует удалить пораженную почку внебрюшинным путем. От консервативных пластических операций докладчик предостерегает.

Другой докладчик по этому же вопросу, проф. Р. М. Фронштейн (Москва), рассматривает уронефроз, как вторичное страдание, являющееся результатом нарушения оттока мочи. Первичные изменения необходимо искать в мочеточниках. В 18 случаях из 51 докладчику не удалось установить анатомического препятствия в мочеточниках. Эти случаи следует отнести за счет нарушения иннервации. Продолжительные спастические сокращения и расслабления мочеточников играют также роль в возникновении уронефроза, опущение же почки, по мнению докладчика, не в состоянии вызывать гидронефроз. Пиелография контрастными массами опасна вследствие того, что жидкость в эктазированной лоханке задерживается и легко может инфицироваться. Докладчик рекомендует для целей пиелогрaфии вдвaть воздуx в лоханки. В начальных стадиях уронефроза может дать хороший эффект промывание лоханок.

Выступавший в прениях проф. Федоров предлагал лечить пиэктазии катетеризацией мочеточников с промыванием лоханок, причем, когда после нескольких промываний емкость лоханки уменьшится, возможно консервативное лечение. Операцию денудации почечной артерии необходимо оставить. В запущенных случаях проф. Ф. рекомендует нефректомия, а в случаях, где паренхима почки хорошо сохранилась,—пластические операции. Резюмируя данные докладов и прений, проф. Оппель предложил принять классификацию уронефрозов проф. Федорова. В вопросе патогенеза, кроме атонической школы (проф. Федоров), надо допустить возможность гипертонии за счет вегетативной нервной системы. При пиелографиях необходимо остерегаться инфекций.

Докладчиками по второму программному вопросу, *о перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки*, были д-ра Г. Ф. Петрашевская (Ленин-