

при дальнейшем выпячивании, достигают области cardia. Для обозрения всех частей желудка нужно вращать трубку вокруг своей оси. Для лучшего обозрения желудка туда вдувают воздух посредством баллона, сообщающегося с воздушным пространством трубки. Наиболее трудным участком для обследования является задняя стенка желудка и область привратника. В одной пятой всех случаев авторам не удавалось произвести полного исследования желудка, в остальных $\frac{4}{5}$ случаев, благодаря гастроскопии, удается точно обнаружить развитие язвы желудка, частоту и разнообразную картину гастритов. Особенно этот метод ценен для раннего диагноза рака желудка. В конце дается ряд схематических рисунков желудка при различных положениях гастроскопа.

И. И. Щербатов.

12. *Резекция желудка по Бильроту 1 с последующим рентгеновским обследованием оперированного желудка.* G. Sachs (Zentralbl. f. Chir. 1934, N 2) произвел 122 резекции желудка, из них 90 по Бильрот 1. Автор считает, что этот способ в методике Homs v. Haberger'a дает отличный анатомический и функциональный результаты, и подтверждает это рентгеновским обследованием 6-ых после операций.

И. Цимхес.

13) *Непосредственные и отдаленные результаты лечения атрезии заднего прохода и прямой кишки.* Priv. Doz. E. Starlinger и W. Richter (Zentralbl. f. Chir. 1933 N 50) за 25 лет наблюдали 30 случаев атрезии заднего прохода и прямой кишки с и без образования свищей. Дальнейшая судьба известна в 23 случаях. Непосредственная смерть—33%, не непосредственная—57%. Atresia recti дает 100% смертность. Авторы рекомендуют предпринимать наиболее легкое оперативное вмешательство.

И. Цимхес.

14) *О сакральной ампутации прямой кишки по Goetze.* Max Krabbe (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 8) оперировал по способу Goetze 8 больных, из них 6 с хорошим результатом. Автор считает, что сакральный метод Goetze, при наименьшем операционном риске, дает одинаковую радикальность, как и комбинированные операции, и потому заслуживает дальнейшего более широкого применения.

И. Цимхес.

15) *Лечение смещений средостения после торакопластики.* Dr. E. Doshanig (Zentralbl. f. Chir. 1934, № 9) описывает сравнительно редкое послеоперационное осложнение после торакопластики—маятникообразное смещение средостения, развивающееся в результате неравного давления в обоих плевральных полостях. Автор в течение 2 лет на 80 торакопластик в 4 случаях наблюдал это осложнение. Состояние сильной степени колебаний средостения опасно и мучительно для больного. Дыхание частое и происходит с большим напряжением мышц и недостаточным удовлетворением потребности в кислороде. Больные цианотичны и, вследствие хронического переполнения организма углекислотой,—в полусознательном состоянии, беспокойны, бросаются на кровати. При рентгеноскопии видны маятникообразные движения сердца. Такое состояние больных, которое мучит их день и ночь, в конце концов совершенно истощает их. Сердечная деятельность приходит быстро в упадок и больные погибают при явлениях быстро нарастающей недостаточности кровообращения. Лечение: большие дозы морфия, непрерывное кислородное дыхание и возможно раньше длительное лежание на оперированной стороне.

И. Цимхес.

16. *Остеохондропатия локтевой кости (osteochondritis olecrani)* является еще более редкой формой среди редких заболеваний других отделов скелета. Некоторые из этих olecrani't'ов описывает U h g m a s c h e r (Z. f. orthop. Chirurgie, Bd. 59, стр. 398, 1933 г.), который наблюдал эту форму эпифизита у молодых субъектов в возрасте до 19 лет, подвергавшихся различным травмам, острым и хроническим (профессиональным). Большую роль играет конституция больного, который, в зависимости от нагрузки на эпифиз, дает более или менее выраженную асептическую воспалительную реакцию с частичным некрозом ядер локтевого эпифиза с их последующими фазами фрагментации, слияния и репарации, после которой больной выздоравливает при сохранении ненарушенной функции локтевого сустава.

Р. Гасуль.