

злокачественное превращение. В частности переход серозных истечений в кровянистые нередко является признаком рака. Поэтому в громадном большинстве случаев наличие ненормальных истечений показывает оперативное вмешательство. Лишь при диффузном доброкачественном поражении грудных желез (болезнь Reclus) у молодых женщин можно, ничего не предпринимая, ограничиться наблюдением за больными.

470. *Опухоли брыжжейки поперечно-ободочной кишки.* М. А. Подгорбунский (Нов. Хирургия, 1927, № 6) на основании трех случаев подобных опухолей считает характерными для них: 1) высокое положение опухоли в брюшной полости, 2) легкую смещаемость ее вверх, 3) респираторную подвижность и 4) связь с поперечно-ободочной кишкой. Для распознавания таких опухолей рекомендуется прибегать к раздуванию желудка, раздуванию кишек по R u n e b e r g 'y и рентгенографии с обеднением опухоли со стороны кожных покровов металлическим кольцом и одновременным введением в лоханку мочеточникового катетера, снабженного металлическим проводником.

И. Цимхес.

471. *Бактериальная флора рук хирурга и операционного поля во время асептических операций.* Л. Я. Шостаков (Нов. Хирургия, 1927, № 6), при исследовании посевов с рук и операционного поля в различные моменты подготовки к операции и при производстве последней, наблюдал, что данные посевов с операционного поля тождественны с данными с рук после операции. Операции никогда не производятся ни вполне стерильными руками, ни при вполне стерильном операционном поле. Добиться первичного заживления, по мнению автора, можно не разработкой новых методов очищения рук, а изучением вопроса об иммунизации организма к гноеродной инфекции.

И. Цимхес.

472. *О некоторых упущениях в асептике при хирургической работе.* А. С. Рабинович и Д. Б. Коган (Нов. Хирургия, 1926, № 6) провели ряд исследований воздуха в операционной, перевязочной и палатах, а также проверили стерильность рук хирургического персонала, перевязочного материала, инструментов и стерильных растворов. На основании полученных данных авторы считают желательную строгую изоляцию гнойных больных. Необходимо также иметь в хирургических больницах специальные помещения для выздоравливающих и посетителей. Хирургические палаты нуждаются в капитальной уборке каждые 2—3 месяца, а для операционной и перевязочной этот срок должен быть еще короче. Все перевязки должны производиться исключительно в перчатках, и только при соблюдении этого условия врач имеет право оперировать чистые случаи, не надевая перчаток. Хранения початого физиологического раствора и перевязочного материала в течение нескольких дней не должно иметь места в хирургических учреждениях. Количество людей в перевязочной должно соответствовать помещению.

И. Цимхес.

473. *К технике операции зоба.* Welti (Presse méd., 1927, № 2) рекомендует за 2—3 месяца до удаления экзофтальмического зоба производить у больных предварительную перевязку верхних артерий щитовидной железы (aa. thyroideae superiores), причем и эта перевязка должна быть производима в 2 приема, с промежутком в несколько дней. Цель этого приема—ослабить послеоперационную реакцию. Особенно показана предварительная перевязка при диффузных паренхиматозных и сосудистых зобах у молодых субъектов с сильно выраженными явлениями гипертиреоза. Применяя этот прием, автор получил снижение смертности от операции зоба ниже 10%.

Р.

474. *Закрытие свищей околоушной железы.* Проф. П. Г. Лукомский (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 2) успешно применяет для этой цели видоизмененный способ K a u s c h 'a: игла с толстой шелковой нитью вводится через наружное отверстие в свищевой ход через толщу щеки в полость рта, затем наружный конец нити надевается на другую иглу, также большую и некрутую, последняя вводится в свищ сейчас же под кожей, проникает в стенку свищевых хода и проводится под кожей к углу рта, где выводится в полость рта. Таким образом оба конца нити выводятся на слизистую щеки,—один ближе к отверстию стенозирования протока, другой ближе к углу рта, после чего концы эти завязываются. Ежедневно следует тянуть за эти концы и таким образом как-бы бужировать новообразованный ход. Нить следует оставить на срок не менее 4—5 недель.

И. Цимхес.