

материале в 18 случаев, полагает, что каждый случай полипа основания черепа должен быть в оперативном отношении строго индивидуализирован. Там, где представляется возможностью удалить полип через естественные пути, через нос и рот,— последние должны быть использованы в первую очередь. Аутоампонада, т. е. тампонада самой опухолью операционного поля после отсечения ножки полипа, является при этом целесообразной мерой, останавливающей бурное кровотечение. Напротив, перевязка наружной сонной артерии не уменьшает кровотечения в момент удаления полипа основания черепа, а поэтому она является бесцельной и излишней травмой. Положение головы по Rose, как мера, предупреждающая затекание крови в дыхательные пути,—способ вполне целесообразный. Впрочем смерть больных при оперировании полипов основания черепа обуславливается не столько кровотечением, сколько параличем сердца вследствие изменений последнего. Хлороформный наркоз при операциях полипов основания черепа должен быть сведен до минимума и лучше заменен местной анестезией. *И. Цимхес.*

115. *К вопросу об удалении инородных тел из пищевода.* Feldmann (Zeit. f. H. N. Ohrenheilk., XVI, 4) имея в виду широкую пропаганду эзофагоскопии, снова ставит пред врачей массовый вопрос, следует-ли зондировать пищевод вообще, а тем более там, где имеются эзофагоскопы и эзофагоскописты. Зондирование это является очень опасным методом вмешательства при попадании в пищевод инородных тел,—нередко в результате его получается вклинение тела в стенку пищевода, перфорация его с последующим медиастинитом, воспалением легких, прорывом в трахею, аорту и пр. С другой стороны выносливость пищевода по отношению к инородным телам очень велика, почему больной может долго дожидаться рациональной медицинской помощи. Для иллюстрации своих положений автор приводит описание 3 случаев, из которых в одном больной только на 36-й день после того, как он подавился мясной костью, согласился на эзофагоскопию, кость была удалена, и пациент совершенно оправился; в двух же других применение зондирования пищевода повело к летальному исходу. *С. Яхонтов.*

116. *К методике нефрэксии.* В. П. Вознесенский (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) описывает способ фиксации почки при помощи фасции (33 случая). Для этого сначала выкраивается фасциальная лента из широкой фасции бедра во всю его длину, шириною в 3 см. Затем, после обычного обнажения почки поясничным разрезом и вывихивания ее, проводятся 2 параллельных поперечных разреза через фиброзную капсулу почки по передней и задней поверхности средней части ее, капсула же этой области отслаивается тупым путем. Далее производится поднадкостничная резекция XII, XI или X ребра—в зависимости от стояния диафрагмы; в пределах резецированного ребра прошиваются непрерывным швом плевральные синусы и диафрагма. В обшитом месте делается разрез, проникающий в поддиафрагмальное пространство. Концы фасциальной ленты протягиваются под описанные выше лоскуты почечной капсулы, после чего лента четырьмя узловыми швами фиксируется к капсуле и на концах проводится через отверстие в синусе и диафрагме. Концы фасции подшиваются к мышцам спины. Отрицательными сторонами способа являются его сложность и опасность ранения плевры при резекции ребра. Подобное осложнение имело место в одном из случаев автора. *И. Цимхес.*

117. *Опыт хирургического лечения гастроптоза.* Проф. В. Р. Брайцев (Вест. Хир. и Погр. Обл., 1926, кн. 23) в 8 случаях испытал следующий метод лечения гастроптоза: обычное вскрытие брюшной полости по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка, экстрамукозная пилоропластика, lig. gastro-colicum рассекается в поперечном направлении, mesocolon без натяжения пришивается к передней брюшной стенке в поперечном направлении на уровне концов 10-х ребер. Особенно тщательно рекомендует автор подшивать левую половину mesocolon'a, дабы создать прочную опору для дна желудка и вполне отделить созданное для него вместилище от остальной брюшной полости. Рассеченная lig. gastro-colicum несколькими швами прихватывается к линии прикрепления mesocolon'a. *И. Цимхес.*

118. *Лечение гнойных диффузных перитонитов.* Novak (Berich. ii. d. ges. Gyn., Bd. XI, H. 3/4) сообщает, что в клинике Petřivalskya при лечении диффузных перфоративных перитонитов дренажа не применяют, если инфекционный очаг удален; абсцессы дренируются; антисептических средств тоже не применяют в виду их вредного действия на жизненные свойства эндотелия брюшины, а реко-