

с the кишек и язвенным колитом, лечение пептоном осталось безрезультатным. Парентеральное введение пептона не идентично с протеинотерапией, оно не дает ни очаговой, ни общей реакции, ни неблагоприятных побочных действий, а потому может применяться и амбулаторно. *Э. М.*

д) Хирургия.

520. *Причина нагноений при оставлении в тканях металлических предметов.* Для фиксации костных отломков и при костных операциях нередко употребляются никелированные и позолоченные предметы из различных металлов, каковые предметы и оставляются в тканях. Fr ü nd (Zentr. f. Chir., 1926, № 37) думает, что при существовании даже на незначительном участке дефектов никелировки или позолоты возможно превращение металлического предмета в своего рода гальванический элемент, так как при подобного рода дефектах через окружающую лимфу получается соединение разнородных металлов. Это-то обстоятельство и облегчает развитие нагноений в ране. После применения однородных металлических предметов и игол, лучше всего стальных, автор, напротив, почти не видал нагноений. *И. Цимхес.*

521. *Гнойный струмит после гриппа.* Проф. Kurt Schultze (Zentr. f. Chir., 1926, № 36) наблюдал случай гнойного струмита, явившегося осложнением после перенесенной ангины и гриппа. Во время гриппа появился кровеносным путем в глубине левой части зоба нарыв, который мог вскрыться в трахею и глубокие ткани. *И. Цимхес.*

522. *Аппендэктомии при правосторонних паховых грыжах.* F. Hesse (Zentr. f. Chir., 1926, № 35) на основании 46 случаев полагает, что при операциях правосторонней паховой грыжи в $\frac{3}{4}$ всех случаях приходится сталкиваться с червеобразным отростком и прибегать к аппендэктомии. Операция эта удалась автору через грыжевой мешок в половине всех случаев, всегда под местной анестезией. Из 29 удаленных червеобразных отростков 23 были изменены патолого-анатомически и 6 нормальны. *И. Цимхес.*

523. *К технике гастро-энтеростомии.* При открытом привратнике для борьбы с попаданием желчи в желудок и желчной рвотой Kelling (Zentr. f. Chir., 1926, № 35) производит заднюю гастро-энтеростомию и в добавок еще энтероанастомоз. При этом для предотвращения образования шпор и механического сужения анастомоза автор рекомендует следить за тем, чтобы при наложении соустья круглые мышцы кишки были расслаблены, так как при сокращении их кишечная стенка захватывается больше швом, и при наполнении желудка излишек захваченной стенки может образовать шпору. Осложнения этого автору удавалось избежать путем вставления канюли в кишку и наполнения ее воздухом. *И. Цимхес.*

524. *Трансперитонеальная нефректомия и нефропексия.* Греков (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 21, 1926), на основании своего клинического опыта, находит, что для фиксации почки наиболее надежными способами нужно признать те, где почка подвешивается за фиброзную капсулу к ребру куском фасции или апоневроза наружной косой мышцы живота. Нормальным разрезом для такой нефропексии является косой внебрюшинный разрез. Передняя чрезбрюшинная нефропексия с декапсуляцией почки и с ушиванием фасции Ge g o t a показана лишь в тех случаях, где к операции на желудке, желчном пузыре и слепой кишке желательно присоединить фиксацию значительно смещенной почки. Патологические изменения в окружности и в самой блуждающей почке, вызванные задержками мочи и расстройствами кровообращения, показывают фиксацию почки с устранением перегиба ее ножки и отодвигают на задний план вопрос о физиологической подвижности почки, играющей клинически, повидимому, лишь второстепенную роль. Многочисленные успешные случаи нефропексий, основанных на вызывании сращений вокруг почки, указывают, что почка мало страдает от этих сращений. Вскрытие брюшины при трудных нефректомиях очень облегчает операцию; под покровом отграничивающей тампонады вскрытие брюшины, даже в случаях инфицированных, не представляет особых опасностей и поэтому заслуживает более часто, чем теперь, применения, так как позволяет надежно, под контролем глаза, перевязать сосуды почки. *М. Фридланд.*