

69. *О повторных операциях по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки.* Проф. С. С. Гиргола в (Журнал соврем. хирургии, т. III, вып. 4, 1928 г.) разобрав своих 54 случая повторных операций пришел к заключению, что при каллезных язвах малой кривизны желудка следует с первого раза делать резекцию. Если после G—E не было светлого промежутка и при повторной операции обнаружена незажившая язва, то, очевидно, анастомоз не действует и необходима резекция. Если анастомоз функционирует, а язва находится на новом или старом месте, рекомендуется произвести резекцию. При жалобах на расстройство желудочного пищеварения и отсутствии язвы при повторной операции, следует анастомоз разрушить.

И. Цимхес.

70. *К методу оперирования больных с язвами желудка и 12-перстной кишки.* Прив.-доц. Н. М. Савков (Журн. соврем. хирург., т. III, вып. 4, 1928 г.) за 12 лет проделал 700 операций по поводу вышеуказанных болезней, из них—647 гастростеростомий. В 69% автор получил хорошие отдаленные результаты, в 13%—удовлетворительные и в 18%—плохие. Смертность составляет 32%. Наилучший процент хороших отдаленных послеоперационных результатов дают дуоденальные язвы и язвы желудка с повышенной секрецией. Рекомендуется для уменьшения послеоперационных плохих результатов назначение продолжительной диеты. Резекции должны подлежать каллезные язвы, хронические язвы с пониженной секрецией и дилатацией желудочной стенки и все язвы, подозрительные на злокачественное перерождение.

И. Цимхес.

71. *О частоте и характере гематурии при нефролитиазе.* Д-р Бродский (Нов. Хирург. Арх., № 64, 1928 г.), рассматривая материал нефролитиаза проф. С. П. Федорова (257 случ.) не обнаружил гематурии в $\frac{1}{5}$ части всех случаев. Отсутствие гематурии не должно служить основанием для отрицания заболевания почечными камнями. Почти в половине всех случаев можно отметить бывшие макроскопические кровотечения.

И. Цимхес.

72. *Статистика операций на слепой кишке.* Dr W. Förster (Zentralbl. f. Chirurg, № 49, 1928 г.) с 1/X 1918 г. по 30/IX 1928 г. произвел 1053 операции на слепой кишке. Из них в 851 случ. по поводу острого воспаления и 202 случ. при хронических и осложненных процессах. Тяжесть случая контролировалась лейкоцитарной картиной. Смертность наблюдалась в 18 случ., то-есть в 1,7%. Из них в 2 легких случаях вследствие туберкулеза и слабости сердечной, а другой—эмболии. В остальных 16 случаях смерть наступила вследствие наличия во время операции перитонита, паралича кишек, непроходимости и других осложнений. В 149 случаях обнаружен мутный гнойный экссудат. В 68 случ.—отложение гноя и воспаленность кишки, эти случаи автор перечисляет, как перитониты. В 343 случ. найдены глисты, 45 из них свободно перфорированные в брюшную полость. Червеобразный отросток содержал 126 раз каловые камни, 13 раз мелкие инородные тела, 96—глисты. В 116 случ. брюшная полость была дренирована, в остальных закрыта наглухо. В дренированных случаях смертность равна 8. Послеоперационное ведение б-ных: в легких случаях через 3 дня встают и через 7 дней выписываются домой. В тяжелых случаях проводилась борьба с интоксикацией, парезом кишек и слабостью сердца путем внутривенного введения сахара с hyrophysin'ом, Cardiozol и др. От начала приступа до момента операции доходило до 5,1 дня. Главную заслугу хороших результатов автор приписывает направляющим врачам, причем, если население будет внимательнее к себе и чаще обращаться к врачу, статистика значительно улучшится.

И. Цимхес.

73. *К вопросу об оперативном лечении привычных вывихов коленной чашки.* P. Moulounguet (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie à Paris, Mars, 1928) рекомендует следующий видоизмененный способ Krogius'a: полукруглый кожный разрез, обходящий коленную чашку снаружи и снизу; кожный лоскут откидывается вверх и кнаружи; вертикальным разрезом, на 2 см. кнаружи от наружного края коленной чашки рассекают фиброзную ткань и сдвигают чашку на нормальное место. Затем с внутренней стороны коленной чашки отсепаровывают апоневроз m. vastus intern. в виде продолговатого лоскута в 8—10 см. длиной и в 2 см. шириной, осторожно отделяют его от прилегающих тканей, щадя целостность мышечных волокон и суставной капсулы. Этот лоскут переносится кнаружи от коленной чашки, проходя над ее верхним краем, и швигается в рану, сделанную первым вертикальным разрезом; рана на месте иссечения апоневрозного лоскута стягивается швами. Иммобилизация в течение 10 дней; на 15 день разре-