

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.) разобрал 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 $\frac{1}{3}$ 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. Moulonget (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie à Paris, Mars, 1928) рекомендует следующий видоизмененный способ Krogius'a: полукруглый кожный разрез, обходящий коленную чашку сверху 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-

шается встать. Эта пересадка дает коленной чашке прочную поддержку. В момент напряжения *m. quadriceps cruralis*, когда коленная чашка имеет тенденцию отойти кнаружи, мышечный «галстук» из пучков *m. vastus intern.* удерживает ее на месте.

А. Алексеева-Козьмина.

74. *Пневматическая редрессация сколиозов.* Julius Hass (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, Febr. 1928) считает гипсовый корсет единственным рациональным аппаратом для лечения сколиозов, при условии постепенного, длительного и нежного давления на выпуклость ребер; рекомендует он следующий прием: на больного в Глиссоновой петле накладывается гипсовый корсет, причем со стороны выпуклости на туловище подкладывается сплюснутый резиновый баллон, предварительно обернутый замшей или другой какой либо материей, с резиновый трубой, выпущенной наружу. С вогнутой стороны проделываются широкие окна. Один раз в неделю в баллон слегка накачивают воздух. Ребенок ежедневно делает гимнастику. Это лечение применяется у детей и юношей в период роста и должно продолжаться не менее 2-х лет, причем гипсовый корсет носит только осенью и зимой, летом же он заменяется съемным кожаным аппаратом.

А. Алексеева-Козьмина.

75. *Асимметрия человеческого тела и ее значение в ортопедии.* Siegfried Romich (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, 23 Dec. 1927). Человеческое тело редко бывает вполне симметрично. Асимметрия встречается во всех отделах нашего скелета, но особенно отражается на позвоночнике. Вследствие неодинаковой длины ног таз принимает косое положение, что в свою очередь, вызывает сколиозы. У ребенка обычно левая нога короче правой, поясничная часть позвоночника искривляется влево; в грудной части позвоночника происходит компенсаторное искривление вправо. У юношей правая нога становится короче, таз в зависимости от этого изменяет наклон, но сколиоз уже имеет статический характер. Асимметрия приобрела постоянный характер. У взрослых, наконец, встречается перекрестный тип асимметрии, когда, например, левая голень короче правой, бедро же, наоборот, и т. д. Автор делает выводы, что асимметрия имеет большое значение с точки зрения физического воспитания: гимнастика должна быть различна соответственно типу асимметрии и возрасту ребенка.

А. Алексеева-Козьмина.

д) Офтальмология.

76. *Jonny* (Brit. Journ. of Ophth. 1928 May) отмечает значение исследования щелевой лампой глаз, которым угрожает симпатическое воспаление. Как известно, очень трудно решиться удалить травмированный глаз, если он еще видит. Удаление же его тогда, когда в другом уже началось явное симпатическое воспаление—является запоздалым, безрезультатным. Щелевая лампа и может уловить во 2-м глазе такие ранние предвестники будущего симпатического воспаления (экссудаты, преципитаты), когда спасти его еще возможно путем энуклеации первого, травмированного. В таком случае эта операция и должна быть сделана немедленно, несмотря на сохранение в нем зрения. Автор приводит свои наблюдения.

В. А.

77. *Friede* (Zeitschr. f. Aug. 1928. Bd. 65) предлагает простой прием, способствующий промыванию слезного мешка при сужении слезных путей, когда последнее не удается вследствие того, что жидкость возвращается обратно через верхний слезный каналец. F. рекомендует в таких случаях, вводя жидкость через нижний каналец, сдавить верхний каналец при помощи круглой стеклянной палочки, поставленной над слезным мяском, с оттягиванием его в то же время к носовому отростку верхней челюсти. Таким образом устраняется возможность обратного тока жидкости и она идет в нужном направлении.

В. А.

78. *Derby* (Americ. Journ. of. Ophth. 1928) предлагает оригинальный способ исправления птоза с помощью петли из широкой фасции бедра. Над ресничным краем верх. века проводится разрез сразу до хряща. Верхний край разреза несколько отсепаровывается. Затем обоюдо-сторонним ножом с обеих сторон от средней линии проделываются подкожно 2 канала, оканчивающиеся над бровью. Полоску, выкроенную из широкой фасции бедра (7—8 см. длины и 1 см. ширины), проводят в виде петли через эти каналы. Концы петли выводятся в отверстия над бровью, где и пришиваются к лобной мышце и коже. Повязка на один глаз в течение недели.

В. Адамюк.