

177. *Опущение поперечной ободочной кишки и его лечение.* Д. А. Кремшевский (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 5—6) приводит 15 случаев проза colonis transversi. Клинически больные жаловались на запоры с детства и боли в подложечной области, сопровождающиеся в запущенных случаях тошнотой и рвотой, но без типичных приступов аппендицита и при отсутствии язвы желудка. Осмотр обнаруживал упядок питания, узкую грудную клетку, отвислый, часто грушеобразной формы живот с раздутыми петлями тонких кишек в средней части его. Colon transversum определялся над симфизом, тогда как желудок располагался выше пупка, над перистальтирующими петлями тонких кишек. Для лечения подобных больных автор производил стягивание mesocolon'a и lig. gastrocolici сборчатыми швами настолько, чтобы расстояние между большой кривизной и верхним краем поперечной кишки равнялось 2—3 стм. В некоторых случаях эта операция дополнялась подшиванием к желудку, по большой кривизне, сложенного вдвое большого сальника.

*И. Цимхес.*

178. *Перфорации послеоперационных пептических язв тонкой кишки.* Leveuf (Revue de chir., 1927, № 2) собрал из литературы 33 случая перфораций пептических послеоперационных язв, к которым присоединил одно собственное наблюдение. Автор строго разделяет пептические язвы самого г.-э. отверстия и язвы отводящей или приводящей петли, располагающиеся на некотором расстоянии от отверстия, так как они отличаются друг от друга как по патолого-анатомическим изменениям, так и по клинической картине. При язве г.-э. отверстия перфорация расположена среди уплотненных тканей, края отверстия толсты, вокруг отверстия—брюшинные спайки, прободению предшествуют предвестники в виде болей. При истинной пептической язве тощей кишки—края прободного отверстия мягки, как бы выкроены резцом среди здоровых тканей, никаких брюшинных спаек не бывает, содержимое попадает сразу в свободную брюшную полость, в большинстве случаев прободение наступает среди полного здоровья, без всяких продромальных явлений. Автор особенно настаивает на существовании предварительного расширения отводящей петли, как результата расстройства опорножесткого и нарушения кровообращения вследствие перегиба брыжейки. Измененная петля легче подвергается переваривающему действию желудочного сока. Лечение должно состоять в возможно ранней и возможно простой операции (шов прободного отверстия). Впоследствии применяется повторная операция для закрытия г.-э. отверстия и восстановления привратника во избежание рецидива.

*М. Знаменский.*

179. *Об устранении давления аневризмы аорты на соседние органы.* Проф. В. С. Левит (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 5—6) в одном случае аневризмы дуги аорты и безымянной артерии произвел, для устранения давления, двухмоментную операцию иссечения первых трех реберных хрящей с обеих сторон с рассечением правой ключицы. При такой операции нет опасности внезапного увеличения пространства средостения, как это может случиться при обычной медиастинотомии, а также прорыва стенки сосуда и др. осложнений. Спустя 2½ месяца после операции больной чувствовал себя вполне удовлетворительно.

*И. Цимхес.*

180. *Лечение послеоперационной задержки мочи.* Butureau и Burghelle (Presse méd., 1927, № 93), опираясь на работы Corbineau, Mischon'a и др., применили при послеоперационной задержке мочи введение 20% борного глицирина, в количестве от 15,0 до 30,0, в неопорожненный мочевого пузыря (так как введение в пустой пузырь очень болезненно). Результаты получились хорошие, мочеиспускание большею частью появлялось через 3—20 минут, а затем больные начинали сами мочиться и далее. Такие результаты были у авторов в 92,8% случаев. Авторы рекомендуют применять этот способ, как только обнаружится задержка мочи, т. е. с вечера в день операции.

*Н. Крамов.*

181. *К вопросу о симпатэктоми.* На основании 24 случаев этой операции С. Bressot (Revue de chir., 1927, № 1) приходит к заключению, что перидартериальная симпатэктомия дает верные и стойкие результаты при болезни Рейнауд и у больных, имеющих асфигмические расстройства конечностей на почве спазма сосудов; она дает быстрое излечение также при обширных кожных дефектах, торпидных хронических язвах конечностей несифилитического происхождения—при условии, если они произошли также не от нервных расстройств.