

очень хорошее действие оказывает сыворотка, полученная от большого количества лиц, выздоравливающих от рожи, особенно при тщательном ее приготовлении и применении в свежем виде; впрыскивают в ягодичную область, по возможности в начале заболевания, 40—60—80 см³; особенно хорошее действие наблюдается в тяжелых случаях. Во избежание рецидивов рекомендуется сделать несколько впрыскиваний сыворотки и по миновании острых явлений. Наряду с этим, с самого начала заболевания можно без всяких опасений применять физио- и хемотерапию.

Б. Иванов.

Stokey P. a. Oth. *Иммунобиология остеомиелита*. (Arch. Surg. 32. 494—505, 1936). Из 71 штамма стафилококков, полученных, главным образом, от больных с остеомиелитами, а также с фурункулезом и другими стафилококковыми инфекциями, 90,1% давали гемолиз и 80,5% вызвали некрозы кожи. Выделенный из бульонных культур этих штаммов токсин обнаруживает гемолизирующее, некротизирующее и летальное действие и вызывает воспалительные изменения в почках, сердце и печени экспериментальных животных. Стафилококковый токсин играет важную роль в патогенезе остеомиелита; как истинный токсин он обуславливает образование специфического антитоксина. Значительные количества последнего были обнаружены в кровяной сыворотке больных во всех исследованных случаях, большей частью начиная со второй недели болезни. Относительно высокая смертность от остеомиелита в течение первых двух недель зависит от сравнительно низкого титра антитоксина в это время, почему при остром остеомиелите безусловно рекомендуется применение содержащей антитоксин стафилококковой сыворотки, а при хроническом—введение анатоксина.

Б. Иванов.

б) Хирургия.

Вопа Тг. *Новый способ радикальной операции паховой грыжи*. (Zbl. Chir. 12. 699—702, 1936). Описание нового способа радикальной операции паховой грыжи, наверняка предотвращающего, по мнению а., развитие рецидивов и других осложнений после этого рода операций (нагноение, гематомы). После обычного разреза мягких тканей параллельно паховой связке, изоляции семенного канатика и грыжевого мешка и резекции последнего, накладывается два ряда швов. Швы первого ряда, накладываемые толстыми нитками из нерассасывающегося материала, захватывают край верхнего лоскута фасции и поперечной мышцы живота, проводятся под семенным канатиком к паховой связке, проходят через наиболее глубокий ее отдел и выводятся на поверхность кожи, отступя на два пальца от нижнего края разреза. Швы стягиваются и завязываются на поверхности кожи над марлевым валиком. Второй ряд швов (4—5) захватывает край нижнего лоскута апоневроза и укрепляет его над семенным канатиком таким образом, что последний оказывается между двумя его листками. Этот ряд швов также выводится через кожу выше линии разреза и тоже завязывается над марлевым валиком. На разрез кожи накладываются шелковые швы или скобки. Последние удаляются на 7—8-й день, а швы, завязанные над марлевыми валиками,—на 10—12-й день. Способ применим при всех видах паховых грыж, причем дубликатура фасции в значительной степени усиливает крепость брюшной стенки. Создаваемое марлевыми валиками давление в двух противоположных направлениях препятствует образованию послеоперационной гематомы; кроме того, благодаря выведению швов на поверхность кожи и удалению их на 9—12-й день в ране не остается никаких инородных тел, и никогда не развивается нагноений в области швов.

Б. Иванов.

Schmiedt E. *Пункция при асците в коленнолоктевом положении*. (Münch. med. Wschr. 23, 933, 1936). А. описывает новый способ пункции при асците, при котором после введения троакара на уровне пупка по средней линии больной переводится в коленнолоктевое положение. Преимуществом способа является беспрепятственный отток жидкости и возможность контроля в каждый данный момент уровня ее и определения момента полного опорожнения брюшной полости. Помимо этого, способ дает возможность избежать просачивания жидкости как наружу, так и между отдельными слоями брюшной стенки со всеми его последствиями и обеспечивает быстрое и полное заживление раны после прокола. Единственным недостатком его является невозможность применения у очень ослабленных больных, которым трудно придать коленнолоктевое положение.

Б. Иванов.