

той же операционной увеличивает процент нагноений; 7) продолжительность операций на % нагноений влияния не оказывает; 8) поверхностные нагноения наблюдаются по отношению к глубоким в пропорции 3:2; 9) продолжительность гнойного периода параллельна глубине нагноения и выражается при поверхностном нагноении — в 12 днях, а при глубоком — в 32 днях; 10) соответствия между длительностью нагноения и временем начала его после операции не наблюдается; 11) чаще всего нагноение обуславливается загрязнением швов, затем — гематомами, потом — загрязнением краев раны и, наконец, тампонами; 12) смертность от нагноения в чистых операционных ранах равна 3,4%, смертность в зависимости от оперативного вмешательства — 5,4%, смертность в клинике вообще — 7,7%.

*Лечение аневризм аорты введением инородных тел.* Лечение это имеет свою ближайшую цель достигнуть запустения полости аневризматического мешка заполнением его тромботическими массами с последующей их организацией. Впервые предложенный Moore'ом в 1864 г., способ этот впоследствии был подробно разработан Lusk'ом, применявшим следующую методику: в полость аневризмы сначала вводится полая золотая игла тонкого калибра, покрытая слоем изолирующего вещества; затем через эту иглу в аневризму вводится до 4 метров тонкой проволоки из сплава золота, серебра, платины и меди, торчащий из иглы конец проволоки соединяется с отрицательным полюсом батареи, положительный полюс которой соединен с широкой каучуковой пластинкой, помещаемой на область аневризмы, насколько возможно, против введенной иглы, и чрез аневризму в течение 1 часа пропускается ток силою от 35 до 100 МА; после окончания сеанса осторожно извлекают иглу и ножницами перерезают проволоку вплотную у стенки аневризмы. Данный метод до 1914 г. был применен приблизительно в 120 случ., причем смерти во время операции не было ни одной, в первую же неделю после операции смерть наступила в 16%, а самый продолжительный период жизни после операции был 11½ лет (Rosensstirn). Бок (В. Хир. и Погр. Обл., т. II) приводит 3 сл. подобного же лечения аневризм аорты, примененного проф. Оппелем. В 2 сл. операция состояла в том, что после небольшого разреза на выпуклой стороне аневризмы в полость ее вводился троакар, после извлечения иглы которого в отверстие троакара вставлялась особая трубка с заключенным в ней пучком проволочек; пучок этот проталкивался в полость аневризмы и там оставлялся. В 3-м случае в полость аневризмы была введена часовая пружинка. Все 3 больных перенесли операцию без осложнений, но в дальнейшем один больной погиб на 11-й день р.о., а 2 других — через 3 мес. В. Боголюбов.

*Язвы duodeni.* По Финкельштейну (Нов. Хир. Арх., 1922, № 7) число язв 12-перстной кишки прогрессивно растет, и, если раньше эта болезнь была редкой, то только потому, что методы распознавания ее были недостаточны. Вместо недавних 25% теперь язвы duodeni составляют 50% общего количества всех язв, приходящихся на долю желудка и duodeni. Хотя анамнез этого заболевания характерен, но он еще не патогномичен; из объективных методов исследования гастро-дуоденоскопия и рентгеноскопия значительно облег-