

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 (Rosentirn). 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-

чают диагноз. Что касается лечения, то современные хирурги все более и более склоняются в пользу радикальных методов оперирования; по убеждению самого автора, язвы duodeni раньше должны быть частойчиво лечимы тералевтически, из оперативных способов лечения предпочтение нужно отдать резекции, после операции должно быть проведено длительное и тщательное внутреннее лечение. М. П.

*Операция Кальба.* Кальб предложил новую операцию при асцитах—вырезывание участка брюшины, с соответствующей мускулатурой, в *trigonum Petiti*—с целью дать асцитической жидкости возможность всасываться в подкожную клетчатку. Торкачев (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1922, т. II) описывает случай, где эта операция была применена проф. Оппелем у одного больного с значительным хилезным асцитом при раке желудка (*casus inoperabilis*), причем техника ее была несколько видоизменена, а именно, обнажена околопочечная и околопузырная клетчатка, и вырезана на значительном участке *fascia iliaca*. Операция в этом случае не дала определенных результатов. Тем не менее автор, разбирая ее, считает возможным прийти к заключению, что 1) операция эта, устраняя брюшину и мускулатуру в самом низком месте—*trigon. Petiti*, делает возможным непосредственный сток жидкости в подкожную клетчатку и тем самым дает возможность жидкости поступать в систему *v. cavae*; 2) обнажение околопочечной и околопузырной клетчатки и удаление *fasciae transversae* и *f. iliacaе* на значительном пространстве должно усиливать поступление жидкости в систему *v. cavae*; 3) поэтому операция Кальба и примененное проф. Оппелем видоизменение ее заслуживают внимания при асцитах механического происхождения.

*Лечение сепсиса солями кальция.* Проф. Петров (В. Хир. и Погр. Обл., т. I, кн. 2) горячо рекомендует лечение сепсиса внутривенными вливаниями 1% раствора хлористого кальция (способ, предложенный впервые проф. А лекс ин ск и м). Хотя способ этот и не представляется достаточно теоретически обоснованным, тем не менее П., на основании своих наблюдений, советует прибегать к внутривенным вливаниям 1% раствора кристаллического хлористого кальция по 250—400 к. снт. при острых и подострых формах сепсиса там, где общеизвестные хирургические способы вскрытия и удаление инфицированных очагов уже проведены до конца и не поставили больного на путь выздоровления. Равным образом хороший отзыв о лечении сепсиса хлористым кальцием дает и Ч и с т я к о в (Нов. Хир. Арх., т. II, кн. 1), применивший данный способ у 10 больных; по его заключениям 1) внутривенные вливания 1% раств. хлористого кальция в количестве 300—400 к. снт. зараз переносятся даже очень слабыми больными легко и, повидимому, безвредны для организма; 2) при затяжных, даже очень тяжелых формах сепсиса у больных, ослабленных продолжительным плохим питанием, хроническими нагноительными процессами или предшествующими большими кровопотерями, вливания эти дают хорошие результаты; 3) при бурных формах сепсиса вливания, напротив, безрезультатны (дают только кратковременное улучшение); 4) вливать надлежит при первых проявлениях септической инфекции, повторяя вливание через 5—7 дней при неуспехе первого.

В. Боголюбов.