

редким осложнением возвратного тифа. Они развиваются в разные периоды болезни, причем могут развиваться даже спустя 2—3 недели после последнего приступа. В гною селезеночных абсцессов обычно находятся стрепто- и стафилококки. Различается 2 типа течения этих абсцессов: одни протекают остро, с повышением температуры вагнитального характера, другие—хронически. Клинические признаки их довольно сбивчивы и нехарактерны: боли в левом подреберье, повышение температуры до 39°—40° с утренними ремиссиями, иногда отечность и гиперестезия кожных покровов, повышенный лейкоцитоз. Лечение этих абсцессов—только оперативное. Направление разрезов зависит от расположения гнояника. При подозрении на скопление гноя в субдиафрагмальном пространстве нужно делать трансплевральную лапаротомию.

*Б. Остроумов.*

*Сосудосуживающие вещества в крови при самопроизвольной гангрене.* Исходя из мысли, что самопроизвольная гангрена является результатом присутствия сосудосуживающих веществ в крови, Глебович (В. Хир. и Погр. Об., т. II) произвел ряд опытов с сывороткой этого рода больных, разведенной в жидкости Ringel-Locke'a, пропуская ее через изолированное ухо кролика по способу проф. Кравкова. Получились следующие результаты: 1) ни в одном случае сыворотка не расширяла сосудов; 2) сыворотка больных с g. spontanea суживала сосуды гораздо резче нормальной; 3) для окончательной установки наличия сосудосуживающих веществ при самопроизвольной гангрене требуются работы с цельной кровью.

*Б. Остроумов.*

*Патологическая анатомия надпочечников при самопроизвольной гангрене.* По Лямину (Вестн. Хир. и Погр. Об., т. II) микроскопическая картина надпочечников при самопроизвольной гангрене характеризуется значительными отклонениями от нормы, а именно, 1) stratum glomerulosum этого органа у молодых больных оказывается утратившим свой типичный рисунок, а у пожилых—совсем исчезнувшим; 2) stratum fasciculare тоже является потерявший свой рисунок; 3) промежуточная зона Virchow'a сильно утолщается и дает ответвления в мозговую ткань; 4) мозговой слой тоже утолщается, но лишь у пожилых больных. Хромовые соли окрашивают лишь периферические части мозгового вещества, центральные же клетки, как более молодые, не окрашиваются этими солями. Вообще на основании макро- и микроскопической картины можно заключить, что при самопроизвольной гангрене имеется гиперфункция надпочечников.

*Б. Остроумов.*

*Удаление левого надпочечника.* За последнее время, в связи с теорией Опцеля о причинной зависимости самопроизвольных гангренов от гиперфункции надпочечников, остро встал вопрос о технике удаления последних. Из 2 путей к надпочечнику, — чрезбрюшинного и внебрюшинного, со стороны поясничной области, — Гирголав (В. Хир. и Погр. Обл., т. II) предпочитает последний, причем оперативное вмешательство складывается из 2 моментов: 1) обнажение надпочечника, 2) удаление его. Для иссечения левого надпочечника, удалять который Опцель и предлагает, кожный раз-

рев проводится горизонтально тотчас под XII ребром, от наружного края *m. recti abdominis sin.* до точки на расстоянии 3—4 попер. пальца от линии остистых отростков. По рассечении мышц брюшина вместе с внутренностями отесняется кнутри. Далее, вскрыв жировую капсулу и дойдя до почки, освобождают ее верхний полюс, около которого и лежит обычно надпочечник. При выделении последнего орган осторожно захватывается зажимом, а на окружающую клетчатку накладываются Ледерговекие пинцеты, после чего клетчатка рассекается. Кровотечение при этом обыкновенно бывает незначительное. Преимущество данного способа — то, что он дает достаточный простор, и при нем не так необходимо бывает прибегать ко вскрытию брюшины, а также резекции ребер. *Б. Остроумов.*

*Диагноз и хирургическое лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки.* Kocher (Arch. f. Klin. Chir., 1921, Bd. 115) сообщает о результатах, полученных в Бернской клинике при оперативном лечении язв гастро-энтеростомией. Всех случаев было 180. Ни одна язва после операции не перфорировалась, кровотечения наблюдались лишь очень редко. Со времени войны каллезные и перфорированные язвы стали гораздо чаще. *Ulcus pepticum jejuni* имеет то же происхождение, что и первичная язва, а гастро-энтероанастомоз — такой же *locus minoris resistentiae*, как и *curvatura minor* и привратник. Подразделение язв на острые, подострые и хронические — иррационально, а на простые, каллезные и перфоративные язвы — имеет смысл. Вообще язву можно диагностировать почти безошибочно, — ошибки у автора были лишь в 2%. С большою степенью вероятности можно также дифференцировать язву желудка от язвы *duodeni*. Язва — симптом общей болезни, но симптом наиболее важный и опасный; отсюда понятна склонность язв к рецидивам. Лучшим методом лечения должен считаться тот, который создает условия, длительно противодействующие образованию язвы. Таким методом, по мнению автора, и является именно практикуемая им задняя гастро-энтеростомия. *Н. Циммерлинг.*

*Demucosatio intestini.* Полное двустороннее выключение отрезка кишки при кишечных свищах обычно не устраняет этих последних, так как из выключенного отрезка продолжает выделяться секрет желез слизистой этого отрезка и поддерживает существование свища. Поэтому Сапожков (В. Хир. и Погр. Обл. т. II) в 2 случаях удалил из выключенной кишки, путем тугого отслаивания, всю слизистую, причем получил заживление свищей.

*Лечение фурункулеза вакциной.* Бруниер (Br. Gaz., 1923, № 3—4) применял при фурункулезе, лечение поливалентной стафилококковой вакциной. Техника такова: сначала вспрскивается под кожу 3—4 куб. милл. стафилококковой вакцины (300—400 милл. бактерий), через 3—4 дня снова вводится 5—6 куб. милл. вакцины (500—600 милл. бакт.), еще через 3—4 дня делается третье вспрскивание в количестве 7—8 куб. милл., и, наконец, через такой же промежуток времени вводится 1 к. см. вакцины (1 миллиард бакт.) В указанном виде данный метод был применен в 60 случаях, причем местная реакция была замечена всего в 3 случаях, а общая —