

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 оттесняется 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 —