

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 всprьскивается 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 всprьскивание 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 —

в 1. Почти во всех случаях получился безусловно благоприятный результат. Благоприятное действие стафилококковой вакцины было подмечено также в нескольких случаях аспе гомасеа, в 1 случае псорриазиса и в 1—хронической язвы голени. *Б. Остроумов.*

*Лечение септических заболеваний внутривенными вливаниями азотнокислого серебра.* Петрашевская (В. Хир. и Погр. Обл. т. 1, кн. 2) применила этот способ у 68 больных с сепсисом. Вливание производилось в одну из подкожных вен верхней или нижней конечности, в количестве до 1000 куб. сит. раствора  $\text{arg. nitr. 0,1:1000}$ . Из 68 случаев в 27 вливание было сделано слишком поздно, у больных, находившихся уже в безнадежном состоянии, и все эти больные погибли. Из остальных 41 больных, леченных вливаниями азотнокислого серебра, 26 поправились, а 15 погибли. В частности, из 17 больных со стафилококковым сепсисом умерло лишь двое, остальные 15 выздоровели. Проверив затем экспериментально, на кроликах, влияние растворов азотно-кислого серебра на стафилококковый сепсис и получив положительные данные, автор на основании как этих опытов, так и клинических наблюдений пришел к заключению, что во внутривенном вливании раствора серебра мы имеем прекрасное средство для борьбы с общим сепсисом, особенно стафилококковым,—при том, однако, условии, если вливание это будет произведено своевременно, и все гнойные очаги в организме будут вскрыты: применение вливаний серебра при указанных условиях дает, повидимому, хорошие результаты также и при смешанной инфекции. *В. Боголюбов.*

*Об артропластике.* Putti (Journ. of orthop. Surg., 1921, III) на основании собственных 113 артропластических операций приходит к заключению, что абсолютным показанием к артропластике являются: анкилоз челюсти, двусторонний анкилоз тазобедренного сустава и анкилоз локтя в разогнутом его положении; противопоказана артропластика у стариков и детей вообще, в частности же на суставах, перенесших туберкулезную инфекцию и анкилозировавшихся вследствие прогрессирующего артрита, а также во всех случаях, где имеются подозрения на неполно потухшие инфекционные очаги. Лучший возраст для операции—между 20 и 50 годами. Мышцы, бывшие бездеятельными даже многие годы, способны после возвращения подвижности суставу довольно быстро восстанавливать свою функцию. Показания к артропластике колена должны быть значительно расширены; наоборот, плечевой анкилоз, компенсируясь за счет подвижности лопатки, редко требует артропластики, точно так же, как и локоть, если он не находится в состоянии гибательного анкилоза. При операции необходимо всячески щадить мышцы. Лучшим разрезом для локтя является Коснеговский, для бедра—кривой чрезвертельный с проксимальным основанием, для колена—U-образный с нижним основанием, для голеностопного сустава—2 боковых разреза. Расстояние между резецированными участками суставных концов должно быть не менее дюйма; для интерпозиции автору всегда служила fascia lata. Через 10 дней после операции следует приступить к пассивным движениям. При операции на ниж-