

малым количеством воды (всего 1 куб. с.). Факт этот объясняет развитие малярии в безводных местностях. Он же одновременно и облегчает, и усложняет борьбу с малярией, так как, если уничтожение таких водоемчиков весьма легко выполнимо, то выявление их может быть затруднительным.

В. Г.

162. *Диагностическое значение морфологии крови при малярии.* Наблюдения над кровью маляриков убедили И. М. Маркуса (Вр. Дело, 1925, № 22—23), между прочим, что пониженное количество гемоглобина и эритроцитов, лейкоцитозия и повышенное количество мононуклеаров являются признаками нелеченой или плохо леченой малярии; напротив, повышение количества гемоглобина (на 15—20%), нормальное число эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов и понижение процента мононуклеаров говорят за излеченную или хорошо леченую малярию.

163. *Симптом Ragniello.* Недавно скончавшийся итальянский врач Ragniello (по реф. в «Нов. Франц. Мед. и Биол.», 1925, № 8—9) открыл новый интересный феномен, имеющий, повидимому, диагностическое значение при малярии. Феномен этот—болезненность, ощущаемая маляриками при надавливании пальцем на девятый межреберный промежуток слева между средней и задней аксиллярными линиями. Болезненность эта наблюдается только при малярии и не встречается при спленомегалии другого происхождения. Вызывается она, повидимому, иррадиацией из области селезенки.

В. С.

е) Туберкулез.

164. *К гематологии tbc.* Исследование крови у больных tbc легких убедило Е. Н. Канторовича (Озд. Труда и Рев. Быта, вып. VII), что тяжелые формы этой болезни в большинстве случаев сопровождаются, наряду с преимущественно дегенеративным сдвигом влево по Schilling'у, наличием токсично-активных нейтрофилов, часто с появлением токсично-дегенеративных, гигантских и карликовых нейтрофилов. В более легких случаях количество токсических нейтрофилов обычно меньше; равным образом уменьшается токсичность нейтрофилов при улучшении процесса. Эта токсичность служит показателем функционального состояния костного мозга. Анемизирующее влияние туберкулезной инфекции обнаруживается, наряду с понижением количества гемоглобина, появлением полихроматофилов и часто базофильно-зернистых эритроцитов.

165. *Секреторная функция желудка при tbc.* Д-р Берлин (Вопр. туберкулеза, 1925, № 5) сделал попытку изучить секреторную функцию желудка при различных формах и фазах развития tbc в процессе, исследуя больных тонким зондом. На 51 больном с различными формами tbc поражения легких автор нашел, что секреторная работа желудочных желез идет параллельно активности tbc процесса. В случае наступления компенсации последнего работа эта может выравниваться, но только при условии, если предшествующее нарушение функции было непродолжительным. Чем тяжелее протекает болезненный процесс в легких, тем более бывают выражены диспептические явления. При тяжелых процессах начало подъема кислотной кривой (по отношению ко времени) отодвигается на более позднее время; подъем и спуск кривой бывают очень быстрые. Чем процесс стоит ближе к компенсированным формам, тем maximum кислотности наступает позднее. Забрасывание дуоденального содержимого чаще наблюдается в случаях более тяжелых; у этих же больных часто можно наблюдать увеличенное количество содержимого натощак и много слизи после завтрака. Больные, претерпевшие очень продолжительное время жиры, в 70% имеют hyperaciditas и anaciditas. В большинстве субкомпенсированных случаев наблюдалась атония желудка.

А. Миркин.

ж) Хирургия.

166. *Клиника перегибов flexurae lienalis* разобрана Линденбаумом (Вест. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925) на основании собственных 9 наблюдений и литературных данных. Автор указывает 4 этиологических типа: анатомо-эмбриологический (короткость ligam. phrenico-colici, плечатые образования в обл. Flexurae lienalis), transverso-ptosis (свободный и фиксированный), gastro-transversoptosis (при удлиненной и неудлиненной lig. gastro-colicum) и воспалительный (спайки в области flex. lienalis). Симптомыкомплекса перегиба flex. lienalis: боли в левом подреберье, запоры, урчание, правосторонний «Flankenmeteorismus», вздутые живот, высокий, распространенный тимпанит селезеночной области, расширенное

пространство Траубе, приподнятое стояние диафрагмы слева, болезненность пальпации левого подреберья, увеличивающаяся при положении на правом боку, и, наконец, урчание после продолжительной пальпации левого подреберья. Характерным для проявления перегиба после воспалительных заболеваний червеобразного отростка, желчного пузыря и др. Л. считает перенос всех болевых ощущений в область левого подреберья. В методике исследования особенно важную роль играют перкуссия и рентгенография толстой кишки после контрастной клизмы. Перегибы Flex. Ilenalis являются внекишечной формой обтурационного ileusa и потому требуют раннего распознавания и оперативного вмешательства. Операция выбора является mobilisatio flexurae Ilenalis.

М. Фридланд.

167. *Этиология caput obstipum musculare* продолжает служить предметом изучения. Леви и (Вести. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925), делая критический обзор существующих на эту тему теорий (врожденной, травматической, дегенеративной и неврогенной) и останавливаясь на собственном наблюдении приобретенной мышечной кривошей, возникшей на почве синингомизлического поражения верхне-шейного отдела спинного мозга, склоняется к этиологическому объяснению, выдвинутому Golding-Bird'ом, который связывает развитие caput obstipum musculare с поражением центральной нервной системы.

М. Фридланд.

168. *К патогенезу самопроизвольной гангрены.* С точки зрения известной теории проф. Оппеля о происхождении спонтанной гангрены представляют большой интерес экспериментальные исследования, произведенные А. Н. Пчелным и А. Н. Кабановым (Озд. Труда и Рев. Быт., вып. VII) в Институте имени Обуха. Опыты первого показали, что кровь больных гангреной не дает большего, по сравнению с кровью здоровых, сосудосуживающего эффекта, опыты второго — что экстирпация надпочечников не влияет в заметной степени на вазомоторные свойства крови, и вообще надпочечники не играют никакой роли в механизме изменения этих свойств.

В. Г.

169. *Промышленный травматизм и задачи врача-хирурга.* Штарк (Новая Хирургия, № 5, 1925) на основании своего опыта и данных по I и II Совнарбольницам в г. Одессе за 1923 г. формулирует их в виде следующих положений: 1) всякий случай промышленного травматизма (который автор отождествляет с профессиональным) должен рассматриваться не как «несчастный случай», а как находящийся в связи с условиями работы в той или иной отрасли промышленности; 2) регистрация всех случаев травмы должна производиться по однородному типу на карточке, которая должна сопровождать больного и в амбулаторию, и в стационар; 3) всякий случай промышленной травмы должен разбираться как с социально-страховой, так и с клинической стороны; 4) хирург в случае промышленного травматизма должен относиться, как к заболеванию сложному и по этиологии, и по терапевтическому воздействию; 5) в вопросах о методах лечения повреждений и их долечивания желательна научная разработка способов на массовом материале; 6) особенное внимание должно уделить сельско-хозяйственному травматизму, особенно трудно поддающемуся учету, в связи с тяжелыми условиями работы на селе; 7) в изучении промышленного травматизма должны принимать равное участие как органы лечебной медицины, так и органы Соцстраха и Охраны Труда.

М. Фридланд.

170. *Предупредительная борьба с плоскостопием,* приобретенным человеком в связи с культурой и пивлизацией, должна вестись, по Вредену (Вести. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925), прежде всего по линии борьбы за нормальную обувь, которая должна удовлетворять следующим требованиям: 1) продольная ось обуви должна проходить по оси 2-го пальца через середину каблука, во избежание abduction переднего отдела стопы; 2) средняя часть подошвы обуви, не соприкасающаяся с почвой, должна быть прочной и неподатливой, не допускающая провисания при намокании обуви, как это наблюдается в казенном сапоге, или продавливания ее, как это наблюдается во французской обуви; 3) свод стопы и обуви должен быть выполнен упругим материалом, пружинящим вместе со сводом стопы и исключающим возможность перегрузки последнего; наконец, 4) высота выкладки свода должна быть установлена для соответствующих размеров обуви на основании многочисленных измерений.

М. Фридланд.

171. *Appendicostomia.* Операция эта была предложена и впервые выполнена американским хирургом Weig'ом с целями 1) лечения заболеваний толстой кишки путем выведения через образуемый при этом свищ газов, 2) искусствен-