

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 ileus'a 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 кривошеи, возникшей на почве синингомизлитического 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. Оплеля 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-

ного питания больных и 3) лекарственного воздействия на мукозу толстой кишки при колитах путем промывания кишки через свищ. Технически она очень проста: делают один из типичных разрезов брюшной стенки, отыскивают через него червеобразный отросток, латеральнее разреза делают второе маленькое отверстие в брюшной стенке, выводят чрез него верхушку отростка так, чтобы над уровнем кожи выстояло не более 1 см. его, пришивают конец отростка за серозный покров его к коже и закрывают большой разрез. Через 2—3 дня, когда образуются прочные брюшинные сращения, выстоящий конец отростка срезывается, через просвет его в кишку вводится Nélaton'овский катетер, и кишка промывается. У сильно истощенных больных можно ограничиться одним маленьким отверстием в брюшной стенке, накладываемым под местной анестезией; через это отверстие и выводится отросток, и в нем же укрепляется. В дальнейшем, когда операция достигнет своей цели, свищ в отростке закрывается, причем иногда закрытие его происходит самопроизвольно, после удаления катетера, иногда же для этой цели приходится прибегать к выскабливанию острой ложкой, термокаутеризации и пр. В. А. Доброхотов (Турк. Мед. Ж., 1925, № 12) наблюдал 3 случая аппендикостомии у больных с колитами. В одном из этих случаев больная после операции и лечения промыванием через свищ выздоровела, в 2 остальных случаях крайне истощенные больные погибли, причем в одном случае смерть наступила еще до начала промываний, во втором же больному успели сделать лишь 2 промывания.

*В. Сергеев.*

172. *Спленэктомия при сепсисе.* По мнению проф. Н. В. Завадского (Русск. Клин., 1925, № 20) медленный сепсис показывает оперативное удаление селезенки, если у больного имеются длительная лихорадка, увеличение селезенки и известная степень анемии (конечно, при этом нужно предварительно исключить малярию, брюшнотифозное заболевание, тbc, lues, лейкомию, лимфогранулематоз, лейшманиоз и мальтийскую лихорадку). Наличие микробов в крови не служит противопоказанием к данной операции, которая не должна применяться лишь при явных значительных признаках сердечной декомпенсации.

*В. С.*

173. *Перерезка нервов при раке и др. заболеваниях.* Как известно, д-р Молодцов пришел на основании некоторых наблюдений, к предположению, что рак представляет собою результат заболевания чувствительных нервов, и потому перерезка последних должна вести к излечению рака. Испытав эту операцию в 33 случаях (24 сл. рака, 5 сл. саркомы, 1 сл. произвольной гангрены, 1 сл. остр. гнойн. остеомиелита, 1 сл. рентгеновской язвы и 1 сл. гнойной раны после резекции колена), проф. П. И. Греков и Н. Н. Соколов (Вестн. Хир., кн. 15) пришли к заключению, что гипотеза Молодцова о невритном происхождении рака ничем не доказана, и что неврит, если он сопровождает раковую язву, является, по видимому, скорее токсическим, т. е. вторичным, вызванным язвой. Что касается операции перерезки чувствительных нервов (радикотомии), то она, как опасная и малоуспешная по результатам, не должна применяться при раках и саркомах за исключением иноперабельных случаев этих новообразований, сопровождаемых упорными и мучительными болями; к сожалению тяжесть операции часто делает ее и здесь неосуществимой вследствие слабости больных.

*В. Сергеев.*

174. *К вопросу о френикотомии.* На основании 10 случаев френикотомии и разбора соответствующей литературы д-р В. П. Пост (Сар. Вестн. Здрав., 1925, № 10—12) находит, что операция эта, технически очень простая и требующая лишь местной анестезии, является показанною при тех гнойных процессах в легких, где имеется свободный выход гноя в бронхи (впрочем и некоторые закрытые абсцессы, особенно лежащие близко около грудной стенки, тоже подлежат френикотомии). Особенно показана она при гнойном поражении нижних долей легких со спайками с диафрагмой, где дыхание и кашель вызывают постоянные подергивания, проявляющиеся у больных в виде болей в боку. Полезна она и при гангрене легкого, когда терапевтические методы не дают лечебного эффекта, особенно при повторных кровотечениях из гангренозной полости. Далее ее можно рекомендовать при бронхоектазиях с выделением большого количества гнойной мокроты, при условии поражения одной только стороны. Заслуживает, наконец, она применения и при тяжелом тbc поражении одного легкого, если другое здорово или мало затронуто. Цель ее — выключить больное легкое из дыхательных движений, привести его в состояние покоя. Ближайший результат ее состоит в высоком поднятии диафрагмы и сдавлении легкого иногда до 1/3—1/2 его объема. В первый день