

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 покажет 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 гангрии 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