

почвы, одежды, кожи и транспорта. Внутренние факторы: общее состояние больного, шок, состояние поврежденной части ткани, свойства и предрасположения организма к инфекции. Последние 2 факта играют главную роль. Сила инфекции зависит от количества внедрившихся бактерий, вирулентности и их взаимоотношений. Смесь анаэробной с аэробной инфекцией поражает организм весьма сильно. Анаэробную инфекцию делают на 1) *bacillus perfringens*, 2) *vibrio septique*, 3) *bacillus cedematicus*, 4) *bacillus histolyticus*

Согласно военной статистике газовая флегмона после ранения появляется: в 1-й день—в 21% всех случаев; во 2-й день—в 33%, в 3-й день—в 15%, с 4 до 6-го дня—в 6%; с 11 до 18-го дня в 3%, с 19 по 20-й день—в 1% случаев. Газовая флегмона поражает, главным образом, мускулатуру. Смертность зависит еще и от локализации раны. В случаях ранений бедра и туловища смертность наблюдается от 50 до 62%; при повреждении руки и бедра—от 21 до 28% и при повреждении предплечья—в 15%.

Первый симптом развивающейся газовой флегмоны—боль. Когда же анаэробные бактерии попадают в кровяное русло в большом количестве, тогда наступает так называемый «анаэробный сепсис» со смертельным исходом от паралича дыхательного центра. Причиной паралича дыхательного центра—распад кровяных телец, видимым признаком чего является *icterus*. В некоторых тяжелых случаях газ может достигнуть сердца и центральной нервной системы.

Весьма важную роль играет профилактическая серотерапия, при развившейся газовой гангрене—хирургическое лечение и дополнительно—бактерицидные вещества. Особенно необходимо заботиться о том, чтобы больной ни в коем случае не соприкасался с кишечным содержимым. При вприскивании солевых растворов под кожу тщательно избегать введения иглы под фасцию. В исключительных случаях сепсиса нужно применять большие количества сыворотки. В серьезных случаях сыворотка может быть вприскиваема вокруг раны. В тяжелых случаях хорошие результаты получены после вприскивания 200—300 см³ сыворотки. Автор рекомендует иметь всегда в запасе анаэробную сыворотку.

В. П. Горбатов.

Chevallier et Colin. Излечение крапивницы аппендектомией (La Presse Med, 1936, № 9).

Аа. сообщают о 4 случаях крапивницы, излеченных аппендектомией. Три из них имели явную связь с приемами определенного рода пищи (мясо, рыба, яйца), а четвертый случай не зависел от пищи.

1-й случай авторов. Б-ая, 18 лет, страдала крапивницей 6 лет. Острого приступа аппендицита не было, но в правой подвздошной области имелась болезненность. При пальпации болезненна точка *Mac-Vigneу Appendectomia* 14. IX-1935 г. *Appendix* длинный, застойный. С тех пор крапивница исчезла.

2-й случай проф. *Legisch'a*. Б-ая, 37 лет, страдала крапивницей 2 года. В марте 1924 г. оперировалась по поводу острого аппендицита. *Appendix* заполнен гноем. После операции крапивница не появлялась.

3-й случай проф. *Legisch'a*. Б-ая, 25 лет, болела крапивницей 6 месяцев. В 1926 году срочно оперировалась по поводу острого аппендицита. *Appendix* сильно воспален и имел немного гноя. С тех пор крапивница исчезла.

4-й случай авторов. У 40-летней женщины крапивница появлялась ежедневно утром и вечером в течение 3 месяцев. При гастроскопии обнаружили крапивноподобный отек на слизистой желудка. В прошлом приступов ап-

пендицита не было. Точка Ма с-Вигнеу болезненна. Appendectomy 10 XI 1935 г. Отросток находился позади слепой кишки без видимых изменений. После операции крапивница сразу же резко ослабла, а затем совершенно исчезла.

В. П. Горбатов.

Miani. Швы на перерезанный поперек пищевод (Journ. de Chirurg. Vol. 48, 1936 г.).

Автор приводит случай, где мужчина, 47 лет, с целью самоубийства перерезал себе бритвой горло, причем были перерезаны обе грудино-ключично-сосковые мышцы, трахея и пищевод. Сосудисто-нервные пучки не были затронуты.

Вмешательство было следующее: после введения трахеотомической трубки в нижний отрезок трахеи было остановлено кровотечение и аспирирована кровь и слизь, заполнявшие бронхи. Затем приступлено к сшиванию пищевода. Верхний отрезок легко обнаружен, нижний подтягивается и в каждый конец вводится часть пуговицы Мерфи, вокруг каждой части стягивается только слизистая пищевода (простой ниткой). Затем сшивается мышечная оболочка, сшивается трахея. Пуговица Мерфи не сдавливает трахею. Рана послойно сшивается, оставляя только иодоформенную турунду к пищеводу. Канюля держалась 10 дней, выделилась на 15-й день. Заживление хорошее. Больной нормально питается и совершенно здоров, несмотря на осложненную гнойным плевритом бронхопневмонию. Экспериментируя на собаках, автор приходит к заключению, что описанный выше способ, принадлежащий Больдони, дает прекрасные результаты.

Е. Ауслендер.

Tinker. Резекция доли печени (Annals of Surg. Vol. 102, № 4, 1936).

Автор приводит случай, где женщина, 65 лет, жаловавшаяся в течение 30 лет на боли в правой повздошной области, была доставлена в больницу с резкими болями в правой половине живота, давшими основание предполагать острый аппендицит.

На операции было обнаружено кровотечение, исходившее из опухоли правой доли печени. Вся доля была резецирована посредством электрического ножа. Опухоль оказалась гемангиомой печени. Больная выздоровела. Автор приводит обзор всех работ о резекции печени. Регенерация печени была доказана и экспериментально и клинически. Анатомия кровеносных сосудов допускает широкие резекции, как это показывает и клиника и эксперимент. В данном случае для резекции пользовались электрическим ножом, а также была перелита кровь, излившаяся в брюшную полость, что увеличило, конечно, шансы на выздоровление.

Е. Ауслендер.

Wittman. Лечение хронических свищей медным купоросом (Arch. orthop. Chir. 1936, 37, 2, 2 6-259).

Для лечения хронических туберкулезных свищей и свищей на почве хронического остеомиелита а. рекомендует промывание их 2—5—10% раствором медного купороса. Промывание делается один раз в неделю шприцем с коническим наконечником, который, с целью более длительного действия раствора на стенки свищевого хода, удаляется не сразу, а оставляется на некоторое время в отверстии свища. После промывания наблюдают кратковременное повышение температуры и довольно сильные жгучие боли, почему у очень чувствительных больных рекомендуется предварительное введение в свищевой ход 5 см³ 2% раствора новокаина. Применение способа показано в случаях закончившегося или заканчивающегося костного процесса с продолжающимся выделением из свища, а также там, где через