

3) Забота о человеке требует изыскания средств к облегчению не только физических, но и психических страданий больных, одним из таких средств является гипносуггестия.

4) Знакомство с сущностью гипноза, его значением как лечебного и анестезирующего фактора обязательно для каждого врача и хирурга в частности.

Литература: 1. В. М. Бехтерев, Лечебное значение гипноза, 1900.—2. Forel, Гипнотизм, 1910.—3. Zoewenfeld, Гипнотизм, 1913.—4. А. Moll, Der Hypnotismus, 1924.—5. В. Н. Сперанский, О сущности гипнотич. внушения, Врачебная газета, 1924.—6. В. М. Бехтерев, Работа головного мозга, 1925.—7. В. Кречмер, Внушение, 1925.—8. К. И. Платонов, Гипноз, 1925.—9. С. М. Берг, Гипноз в хирургии, Врачебное дело, № 24—26, 1925.—10. Шильдер, Сущность гипноза, 1926.—11. А. П. Николаев, Теория и практика гипноза, 1927.—12. Левенфельд, Гипноз и его техника, 1929.—13. В. И. Черяпкии, Применение гипноза в хирургии, акушерстве и стоматологии в участковой практике, Журнал современной хирургии, 1931.—14. Н. К. Боголепов, Гипноз и вегетативная нервная система, Советский врачебный журнал, № 14, 1936.

Из хирургического отделения больницы Днепростроя (зав. А. Габай).

К симптоматологии острых аппендицитов и острых брюшных выпотов.

Доц. А. В. Габай.

Еще в 1920 г. Блумберг описал диагностический симптом острого аппендицита, состоящий в резкой брюшной боли при быстром отнятии пальцев, пальпирующих правую подвздошную область, причем боль эта гораздо резче той, которая отмечается при самой пальпации. Блумберг объясняет свой симптом вовлечением в воспалительный процесс брюшинного покрова.

Мы уже ряд лет с успехом пользуемся данным симптомом с различной локализацией его для диагностики острых воспалительных явлений со стороны брюшных органов (прободная язва желудка, острый холецистит, аппендицит и т. д.), причем, по нашим наблюдениям, он обычно резче всего выражен на том участке брюшной стенки, который соответствует заболевшему органу. Мы также могли убедиться в большой диагностической ценности этого феномена с локализацией его непосредственно над одной из Пупартовых связок при прервавшейся внематочной беременности (наш материал в настоящее время охватывает более 70 случаев прервавшейся внематочной беременности), о чем подробно писали во „Врачебной газете“ (№ 9, 1928).

Из работ Преиндлесбергера (1925), Яуре и Розанова, Пунина мы познакомились с симптомом аппендицита, выражающимся в болезненности при давлении в правой поясничной области (Преиндлесбергер), в правом Петитовом треугольнике (Яуре и Розанов) и в точке в области правого поперечного отростка 3-го поясничного позвонка (Пунин).

Наблюдая большое число острых аппендицитов (катаральных, гангренозных, флегмонозных, прободных), мы, с своей стороны, могли отметить (более чем в 500 случаях) в правом Петитовом треугольнике резко выраженную болезненность при быстром отнятии пальпирующих пальцев, т. е. явление Блюмберга в правом Петитовом треугольнике. Особенно резко выступало это явление при остром аппендиците с ретроцекальной локализацией отростка, а также при аппендицитах, сопровождающихся выпотом в брюшной полости.

Далее мы могли наблюдать это явление в обоих Петитовых треугольниках при всяких остро наступивших брюшных выпотах (напр., при прободной язве желудка и 12-перстной кишки, прободном перитоните с другой этиологией и т. д.) или острых внутрибрюшных кровотечениях (напр., при разрывах селезенки и печени) с более резкой выраженностью симптома в том из Петитовых треугольников, который соответствует стороне поражения.

При наличии хронических выпотов в брюшной полости (транссудат при асцитах сердечного, почечного происхождения, при асцитах на почве цирроза печени, при асцитах от сдавления воротной вены новообразованием, при хроническом протекающем туберкулезном перитоните и т. д.) мы этого явления ни разу не наблюдали.

В случаях острых аппендицитов, сопровождающихся омертвением брюжейки, нередко местные явления в правой подвздошной области выражены крайне слабо; в этих случаях обычно явление Блюмберга в правом Петитовом треугольнике хорошо выражено и часто сочетается с другим так называемым симптомом Блюмберг-Ровзинга, т. е. с явлением резкой боли в правой подвздошной области при быстром отнятии пальцев, пальпирующих область сигмовидной кишки. Объяснение явлению Блюмберга в Петитовом треугольнике мы видим в следующем: Петитов треугольник, ограниченный снизу подвздошным гребнем, с латеральной стороны—задним краем наружной косой мышцы живота, с медиальной—наружным краем широкой мышцы спины, представляет собою наиболее тонкое место на задней брюшной стенке, и здесь расстояние между париетальной брюшиной и кожей является наименьшим. При обычном положении больных на спине, с острыми воспалительными явлениями в брюшной полости, а также при ретроцекальном положении аппендикса при остром его воспалении, отдел париетальной брюшины, расположенный в области соответствующего стороне заболевания Петитова треугольника, подвержен более всего воспалительным раздражениям. Следовательно, в этом участке легче всего вызвать болевую реакцию брюшины на более резкое раздражение, каковым является быстрое отнятие пальпирующих пальцев.

Симптом Blumberg-Rovsing'a при остром аппендиците мы объясняем тем, что давление на область сигмовидной кишки вызывает передвижение газов в область слепой кишки, аппендикса, и, следовательно, растяжение последних и их серозного

покрова (явление Bastedo-Nothnagel'я); при острых воспалительных явлениях в этом отделе, быстрое снятие давящих область сигмовидной кишки пальцев вызывает более резкое раздражение, на которое и реагируют остро воспаленные брюшинные покровы слепой кишки и аппендикса более резкой болью.

По мере угасания острых явлений, по мере исчезновения острого выпота (напр. после операций) мы могли отметить постепенное исчезновение описанных явлений.

На основании наших наблюдений, мы стали считать описываемые симптомы, конечно, выраженные достаточно ясно, большим подспорьем как в дифференциально-диагностическом отношении, так и в смысле показаний к срочному оперативному вмешательству.

Из Свердловского научно-исследов. акуш.-гинекологич. института
(научн. руковод. проф. А. Ю. Лурье, директор Г. С. Айзикович).

Обследование полости послеродовой матки.

С. Л. Кейлин.

Внутриматочные вмешательства в послеродовом и раннем послеродовом периоде (п. п.) относятся к наиболее серьезным операциям в акушерстве, и от характера этих вмешательств зависит степень тяжести послеоперационного периода. Поэтому становится понятным стремление ряда акушеров дать классификацию внутриматочных вмешательств и выработать строго определенных показания к ним.

Феноменов, Крассовский, Колосов, Побединский и ряд др. акушеров различают ручное отделение детского места (*Solutio seu separatio placentae*), когда последнее отделяется рукой, введенной в полость матки от ее стенок, и ручное извлечение уже отделившегося, но задержавшегося детского места (*extractio placentae*). Яковлев считает, что различная продолжительность манипуляций при этих операциях в полости матки создает больше опасности для развития инфекции при отделении последа, чем при извлечении его.

Отличая ручное отделение последа от ручного обследования полости матки (п. м.), Гентер применяет первое при *placenta adhaerens* и *strictura uteri*, второе—при явных дефектах и подозрении на задержку плацентарной ткани, независимо от наличия или отсутствия кровотечения. Скробанский применяет ручное обследование п. м. при малейшем подозрении на задержку плацентарной ткани. Другие акушеры ставят более строгие показания к ручному обследованию с целью удаления задержавшихся остатков последа: Скутш применяет ручное обследование только при явном дефекте плаценты, а Шпигельберг ставит еще жестче показания к ручному обследованию—он применяет последнее при несомненном дефекте плаценты с наличием кровотечения.