

зультатъ.—Касаясь вопроса о сравнительномъ достоинствѣ операций—резекціи кишки и энтероанастомоза въ подобнаго рода случаяхъ—авторъ находитъ очевидными преимущества послѣдней, какъ операции болѣе легкой, несомнѣнно дѣйствительной и, по литературнымъ даннымъ, приносящей пользу даже въ случаяхъ несомнѣнно туберкулезныхъ стриктуръ. Авторъ не скрываетъ и тѣневыхъ сторонъ этой операции. Къ нимъ относится: во 1-хъ, оставленіе на мѣстѣ туберкулезнаго (или подозрительнаго) очага и во 2-хъ, измѣненіе динамическихъ условій передвиженія пищевой кашицы. Но какъ, съ одной стороны, трудно при резекціи гарантировать полное удаленіе очага, такъ съ другой—при извѣстныхъ условіяхъ всегда можно разсчитывать на силы организма въ борьбѣ съ туберкулезомъ. Что же касается возможности препятствія къ движенію кишечнаго содержимаго, то получаема измѣненія динамическихъ условій не могутъ имѣть серьезнаго значенія для здоровья. За это говорятъ какъ нѣкоторыя теоретическія соображенія, такъ и хирургическій—лабораторный и клиническій—опытъ. Въ виду всѣхъ соображеній операция энтероанастомоза должна замѣнить резекцію во всѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣдняя хоть нѣсколько затруднена.—Выключеніе кишки при туберкулезныхъ стриктурахъ можетъ имѣть мѣсто лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Энтеропластика при гипертрофически-воспалительныхъ стриктурахъ не имѣетъ примѣненія.

Проф. М. А. Васильевъ. *О вліяніи резекціи сѣмявыносящаго протока на тонусъ сфинктера мочевого пузыря.*

Благотворное вліяніе такъ наз. сексуальныхъ операций у лицъ съ гипертрофіей *prostatæ* объяснялось наступающей атрофіей послѣдней. Но быстрое наступленіе результата, съ одной стороны, и отрицательныя данныя микроскопическихъ изслѣдованій *prostatæ* послѣ операции, съ другой, показали, что не въ атрофіи простаты здѣсь дѣло. вмѣстѣ съ тѣмъ въ объясненіе этого факта ставили уменьшеніе конгестіи мочевыхъ путей, которую считали за этиологическій моментъ для гипертрофіи *prostatæ*.—Предполагая, что въ задержкѣ мочеиспусканія при гипертрофіи простаты играетъ роль повышеніе тонуса сфинктера, авторъ сдѣлалъ рядъ наблюденій надъ вліяніемъ сексуальныхъ операций (въ частности резекціи сѣмявыносящаго протока) на тонусъ *sphincteris vesicae*, что бы такимъ путемъ выяснитъ отчасти клиническое значеніе этихъ операций. Поставлено 17 опытовъ на собакахъ. Опредѣлялась разница внѣшняго давленія на пузырь (до и послѣ резекціи *vasis deferentis*), необходимаго для появленія первыхъ капель мочи. Въ 12 случаяхъ получилась разница въ силѣ давленія (ст. б., и въ силѣ сопротивленія сфинктера), равная 100—400 mmtr. столба жидкости въ манометрѣ, вводимомъ въ пузырь. Въ 6 опытахъ еще опредѣлено давленіе послѣ смерти; изъ нихъ въ трехъ

сопротивленіе еще уменьшалось, въ трехъ же давленіе оставалось одинаковымъ съ прижизненнымъ. Ст. 6., возможно полное расслабленіе сфинктера. Подмѣчено, кромѣ того, что расслабленіе тонуса послѣ резекціи или происходитъ постепенно или наступаетъ разомъ.— Въ виду полученныхъ результатовъ, авторъ находигъ, что вліяніе сексуальныхъ операцій на легкость мочеиспусканія у простатиковъ зависитъ отъ пониженія тонуса sphinctri's vesicae urinariae.

Н. Н. Смирновъ. *Случай эмболии легочной артеріи при переломѣ обѣихъ нижнихъ конечностей.*

Въ случаѣ, наблюдавшемся авторомъ, у больного наступила неожиданная смерть (въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа при явленіяхъ паралича сердца) въ періодъ выздоровленія черезъ 3 недѣли послѣ перелома костей голени (2-сторонняго). При аутопсіи найденъ тромбозъ венъ голени и эмболія легочной артеріи.—Эмболии на почвѣ веннаго тромбоза, по статистическимъ даннымъ, встрѣчаются довольно рѣдко. Всего насчитывается въ настоящее время 37 случаевъ доказанныхъ эмболий и 15 вѣроятныхъ. 70% изъ этого числа должны быть отнесены къ послѣдствіямъ переломовъ. Въ зависимости отъ величины эмбола и мѣста заноса онъ вызываетъ различной тяжести и исхода клиническую картину.

Въ вопросѣ о причинахъ эмболий в. важное значеніе имѣеть все болѣе и болѣе входящій въ хирургическую практику принципъ активнаго леченія переломовъ. По мнѣнію автора, мобилизація всякаго вида, не смотря на ея важное значеніе въ леченіи переломовъ, строго противопоказуется при малѣйшемъ подозрѣніи на тромбозъ.

С. Г. Фирштенбергъ. *О показаніяхъ къ внутренней уретротоміи при суженіяхъ мочеиспускательнаго канала.*

Леченіе суженій уретры производилось по разнымъ методамъ—динамическому, механическому, по способу химическаго разрушенія ткани (сюда относится и электролизъ) и, наконецъ, по методу быстрого разъединенія, куда слѣдуетъ отнести дивульсію и уретротомію—наружную и внутреннюю. Последняя должна занять первое мѣсто въ ряду всѣхъ другихъ способовъ. Наружная уретротомія имѣеть только два показанія: непроходимость суженія и присутствіе обильной рубцовой ткани или свищей. Очень обильны показанія къ внутренней уретротоміи. Они могутъ быть поставлены какъ рационально, такъ и эмпирически. Показанія перваго рода должны быть почерпаемы какъ въ этиологіи суженія, такъ въ анатомическихъ особенностяхъ его и