

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 этиологій суженія, такъ въ анатомическихъ особенностяхъ его и

въ сопутствующихъ осложненіяхъ. Изъ этиологическихъ моментовъ даютъ показанія къ внутренней уретротоміи: а) травма какъ здоровой, такъ уже страдающей уретры и б) сифились. Изъ анатомическихъ особенностей должны быть отмѣчены: а) локалізація суженія въ висящей части уретры; б) глубокія (пальпируемая) склеротическія измѣненія corporis cav. uretrae; с) множественность стриктуръ; д) эксцентрическое развитіе суживающаго кольца. Изъ осложненій, показующихъ внутреннюю уретромію, слѣдуетъ указать: а) полное задержаніе мочи, несмотря на введеніе филиформнаго бужа; б) заболѣваніе вышележащихъ органовъ (напр. циститъ); с) начало образованія свища; д) существованіе стараго (для облегченія послѣдующей наружной уретротоміи); е) присутствіе уретральнаго камня.—Вторичныя показанія къ внутренней уретротоміи возникаютъ эмпирически въ тѣхъ, напр., случаяхъ, когда стриктура перестаетъ поддаваться бужированію, когда она имѣетъ наклонность быстро возвращаться къ прежней ширинѣ, часто рецидивируетъ и под.—Существуетъ еще рядъ показаній, которыя могутъ быть названы социальными: напр., необходимость быстро отпустить больного изъ лечебнаго заведенія.

П. Овчинниковъ.
