

б) Хирургия.

Dittrich R. *Мышечный ревматизм и spina bifida occulta*. Americ. Journ. of Surg. vol. 42, № 2, 1938.

Автор наблюдал 10 пациентов в возрасте от 10 до 20 лет с жалобами на боли в мышцах при давлении и при натяжении. В местах чувствительности удавалось прощупать мелкие, твердые, веретенообразной формы ядра. Явления эти наблюдались обычно в одной из нижних конечностей, редко в верхних конечностях.

Имелась деформация стоп, или equino-valgus, или equino-valgus. Деформация обусловливалась спастическим сокращением икроножных мышц и одной из групп мышц стопы. Со стороны висцеральных органов отмечался запор. После приема бариевой каши рентгенологически определялся спазм в нисходящей части толстой кишки. Рентгенограмма позвоночника обнаруживала костный дефект в дужках 3 верхних сакральных позвонков—*spina bifida occulta*. Все больные были проперированы под авертин—эфирным наркозом. Лямиектомия трех верхних сакральных позвонков; в спинномозговом канале обнаружено значительное количество фиброзной ткани, расположенной между дужками и спинным мозгом и облегающей корешки. Эта ткань удалялась частью ножом, частью соскабливалась тупым способом вследствие своей рыхлости. После зашивания раны вставлялся дренаж на 24-30 часов. При микроскопическом исследовании удаленная ткань оказалась фиброзной со значительным количеством жира, местами были старые кровоизлияния и участки кальцификации. После операции специального лечения не было.

Симптомы, по поводу которых предпринималась операция, вскоре начинали исчезать. На 5—6-й день мышечная чувствительность значительно снижалась. К этому времени твердые спастически сокращенные мышцы становились мягкими и эластичными. На 12—15-ый день разрешали вставать. На 20—25-ый день больные выписывались с исчезнувшими болями в мышцах, без спастических контур и без жалоб на запор. После операции больные находились под наблюдением от 5 до 17 месяцев.

Автор считает, что мышечный ревматизм со всеми описанными симптомами вызывался давлением фиброзной ткани, развившейся в спинномозговом канале на месте дефекта в дужках крестцовых позвонков, на спинной мозг и корешки.

Н. Герасимова.

M. Grodinsky. *Инфекция и гангрена конечностей при диабете*. Americ. Journ. of Surg. vol. 42, № 2, 1938.

Хирургические заболевания конечностей при диабете могут быть двух видов—первичное расстройство циркуляции крови и первичная инфекция.

Изменение в циркуляции крови узнается исследованием пульсации периферических артерий осциллометром Raschou'a или пальпацией. При пальпации сравниваются обе конечности путем прощупывания art. femoralis, art. poplitea, tib. post. и dors. pedis. Отсутствие пульса этих артерий не всегда указывает, что гангрена может наступить. т. к. у диабетиков часто развивается коллатеральное кровообращение.

Shields Warren (1936) установил два типа поражения артерий при диабете—эндотелиальную пролиферацию, ведущую к постепенному закрытию просвета артерий, что дает время для развития коллатералей, и медиальную кальцификацию, ведущую к более внезапному закрытию просвета сосуда, не дающую времени для развития коллатералей. Первый тип более свойственен диабетикам.

Иногда процесс ограничивается одним пальцем и не имеет склонности к распространению, это указывает на хорошую циркуляцию крови; в некоторых же случаях гангрена или инфекция быстро распространяются. Замечено, что это чаще бывает на 3 средних пальцах ног; на первом и пятом пальцах процесс идет значительно медленнее.

Для определения расстройства кровообращения исследуют цвет и кожную температуру конечности. Большое значение имеют рентгеновские снимки, выявляющие кальцификацию сосудов.

При хорошем коллатеральном кровообращении ограничиваются консервативным лечением, назначают сухое тепло и возвышенное положение конечности. Если кровообращение очень нарушено, предпринимается ампутация. Показанием к операции является гангрена одного или нескольких пальцев, имеющая склонность к быстрому распространению и особенно в сочетании с инфекцией.

При консервативном и оперативном лечении гангрены и инфекции на конечностях у диабетиков необходимы постоянные консультации хирурга и терапевта. Вместе с лечением местного процесса должно вестись лечение основного заболевания.

Н. Герасимова.