

Collander C., Haim A. и Maximov A. Газовая гангрена. *Americ. Journ. of Surg.* vol. 42, № 3, 1938.

Ряд авторов, начиная с Koch'a (1881), находил при газовой гангрене анаэробов и описывал их под различными названиями. Так, Welch и Nuttall (1892) открыли *B. aerogenes capsulatus*, Fraenkel (1893) описал *B. phlegmonis emphysematosae*, Novy (1894) описал *B. novy*, Veillon и Zuber (1898) сообщили об открытии *B. perfringens*, которая оказалась тождественной с бактериями, описанными Velch'em и Fraenkel'em.

Большая смертность от газовой гангрены в мировую войну заставила обратить серьезное внимание на изучение этого заболевания. В 1914 году в британских войсках 12% ранений осложнилось газовой гангреной, смертность была 20—25%.

Обычно при газовой гангрене находят не одного какого-либо анаэроба, но несколько видов их, и часто анаэробов находят вместе с аэробами. Weinberg и Séguin (1918) при анализе 91 случая газовой гангрены нашли только анаэробов в 24 случаях. Всегда в 91 случае было найдено 38 комбинаций анаэробов.

Этих микробов находят в почве, в тканях одежды и в кишечнике человека и животных. Анаэробы, находимые при газовой гангрене, образуют особый вид микробов—*clostridium*. При газовой гангрене обычно находят: *Cl. Welch'a* (*B. aerogenes capsulatus*), *B. perfringens*; *Cl. oedematis maligni* (*vibrio septique*); *Cl. novy* (*oedematis*); *Cl. sardelli* и *Cl. histolyticum*.

Авторы наблюдали 109 больных с газовой гангреной, прошедших за 18 последних лет через госпиталь в Сан-Франциско; заражение последовало в результате различных видов травм: 1) осложненные переломы—55 сл; 2) ампутации по случаю артериосклеротической и диабетической гангрены—27; 3) огнестрельные ранения—7; 4) операции на желудке—4; 5) вскрытие абсцесса промежности—4; 6) операции на кишечнике—4; 7) ампутации при болезни Buerger'a—5; 8) ангина Ludwig'a и идиопатическая септицемия—3 сл.

При газовой гангрене наступает быстро ишемия и некроз мышечной ткани от действия экзотоксина и давления на ткани газа, образуемого анаэробами. Боли часто являются первым симптомом болезни. Температура часто повышается, но этот симптом не пропорционален силе инфекции. Пульс учащается до 100—150 ударов. Наблюдается лейкоцитоз. При *Cl. Welch'a* лейкоцитоз достигает 25000—90000. Тщательно изучая свои случаи, авторы находят, что заболевание обнаружено ими в среднем через 4 дня после начала, и подчеркивают необходимость большого внимания к ранам, где можно ожидать осложнения газовой гангреной. В 86% случаев авторы нашли *Cl. Welch'a*.

Профилактическое лечение состоит в введении поливалентного антитоксина, минимальная доза 20425 единиц. При начавшемся заболевании следует шире открывать рану, делая разрезы вдоль пораженных мышц. Последней радикальной мерой является ампутация. Callander предлагает тендопластическую ампутацию бедра при газовой гангрене нижних конечностей; приведено описание операции.

Н. Герасимова.

M. Edwards. Травма копчика и кокцигодиния. *Americ. Journ. of Surg.* vol. 42, № 3, 1938.

Кокцигодиния—упорные боли в области копчика (Simpson). Роль травмы в происхождении этого заболевания и методы лечения его до сего времени не ясны.

Картина заболевания не однообразна, иногда больные жалуются на боли в кости, иногда в окружающих тканях, в мышцах или в нервах. Травма несомненно играет большую роль в происхождении кокцигодинии, но сила травмы не соответствует силе заболевания. Предполагали, что боли появляются или вследствие деформации копчика, т. е. его сгибания или отведения в сторону, или вследствие изменения подвижности и копчике. Dupcan исследовал рентенограммы в 262 случаях кокцигодинии и у 200 здоровых людей без жалоб на боли. Оказалось, что деформации и изменения подвижности копчика встречались в одинаковом проценте в той и другой группе случаев. Дифференцируя это заболевание, необходимо учитывать органические нервные заболевания—ректальные кризы при *tabes dorsalis*, заболевания *conus medullaris*, абсцессы, фиссуры и внутренние фистулы прямой кишки. Что касается лечения, то одни авторы получали лучшие результаты при консервативном лечении—покой, тепло и массаж через прямую кишку (Dupcan, Thiele), другие при инъекциях анальгезических веществ (Jeomans, Waters) и третьи при оперативном лечении, удалении копчика иногда с частью крестца (Hamsa, Key и Edwards).

Показанием к операции одни считают безуспешное консервативное лечение в течение 6 мес., другие рекомендуют сразу приступить к операции.

Автор приводит свои 37 случаев, прошедших за 16 лет через госпиталь. Все больные лечены оперативно. 16 случаев прослежено; 8—выздоровление, 6—улучшение и 3—без улучшения.

Н. Герасимова.