

протекшее со времени перфорации до оперативного вмешательства, является одним из главных факторов в смысле прогноза; 2) весьма желательным является бактериологическое исследование экссудата; 3) дренирование брюшной полости в первые часы не является необходимостью; 4) желательно наиболее простое вмешательство в виде шва язвы, помня слова Murphy—«как можно скорее войти в брюшную полость и еще скорее выйти из нее»; 5) gastro-enterostomia необходима при образовавшемся сужении привратника.

М. Фридланд.

123. *К этиологии и терапии геморроя.* По данным Б. И. Пилецкого (Сов. Мед. на Сев. Кавк., 1925, № 11—12) при сильно развитом геморрое имеются не только узловатые расширения вен, но и сложные патологические изменения всей венозной системы нижнего отдела прямой кишки, сопровождаемые изменениями окружающей подслизистой ткани и самой слизистой. В основе указанных процессов в венозных стенках лежит изменение их под влиянием хронической аутоинтоксикации со стороны кишечника, усиливаемой механическими затруднениями кровообращения в данной области. В наиболее далеко зашедших случаях геморроя наличие механических условий застоя, в связи с воспалительным процессом в подслизистой ткани, приводит к развитию новых сосудов и сосудистых образований, в конечном итоге дающих картину пещеристого строения венозных расширений. При таких условиях паллиативные методы лечения геморроя должны быть целиком отвергнуты. Из оперативных методов заслуживают внимания только те, которые, устанавливая для больного геморроем на будущее время определенный профилактический режим, в то же время избавляют его от вполне развившихся местных изменений, создавая т. о. благоприятную обстановку для восстановления нормальных условий кровообращения в нижнем отделе гесты. Из всех известных до настоящего времени способов оперативного лечения геморроя заслуживает предпочтения способ продольного иссечения, ибо он, с одной стороны, дает возможность действовать на измененные вены на большом протяжении, причем одновременно удаляется и окружающая измененная ткань, а с другой—оставшиеся не пораженными промежуточные части продолжают функционировать и облегчают восстановление нормальных взаимоотношений тканей. Осложнения, наблюдаемые при циркулярных способах (стриктуры, выпадения слизистой, недержание газов), зависят от самой сущности последних.

В. Сергеев.

124. *Операция Bardenheuer'a при врожденном отсутствии малоберцовой кости.* Как известно, Bardenheuer'a предложил при врожденном отсутствии малоберцовой кости расщеплять вертикально нижнюю часть tibiae и вставлять между двумя расколотыми половинами кости talus. Несмотря на то, что при этом повреждается хрящ, В. думал, что эта операция не мешает росту конечности и советовал производить ее возможно раньше, начиная даже с 1-го года жизни. Наблюдения Watermann'a (Zentr. f. Chir., 1925, № 6) не подтверждают, однако, мысли В. В. мог наблюдать одну 12-летнюю девочку, которой была произведена операция в возрасте 14 мес. Нога девочки представляла легкий эквинизм, все tibio-tars'альные движения, активные и пассивные, были сильно ограничены, при радиографии было констатировано костное соединение tibiae с talus'ом, сильно деформированным; наконец, измерение ноги показало укорочение ее на 9 см. на оперированной стороне. Отсюда автор приходит к заключению, что операция Bardenheuer'a можно применять лишь тогда, когда рост костей уже закончен, или закачивается.

П. Шидловский.

125. *Хроническая травматическая опухоль кости и стопы.* представляющаяся крайне неподатливой по отношению к современным способам лечения этого страдания, является, по Турнеру (Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 14, 1925), ничем иным, как травматическим невритом тыльного межкостного нерва (при поражении кости) или глубокого малоберцового нерва (при поражении стопы). В этом убеждает автора как симптоматология страдания,—сгибательная тугоподвижность и разгибательная контрактура пальцев, расстройство чувствительности и вазомоторные нарушения (цианоз и погливость кожи),—так и результат предпринятой на основе высказанного предположения операции,—перерезки пораженного травмой нерва «с целью прекращения пути для раздражения». Автором приводится один весьма эффектный случай излечения вышеописанного страдания стопы, совершенно ликвидированного перерезкой глубокого малоберцового нерва на границе между средней и нижней третями голени, т. е. в месте, предотвращающем возможность выключения мышечных разветвлений нерва. Автор согласен, впрочем, что механизм