

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

восстановления чувствительности в сфере *n. peronei superficialis* после перерезки *n. peronei profundus*, которая имела место в упомянутом случае, неясен, и предполагается, что тут дело в исчезновении депрессии в пределах *n. peronei superficialis*, нисходящего, как и перерезанный *n. peroneus profundus*, из общего малоберцового ствола.

М. Фридланд.

126. *Повреждение венечных сосудов при ранениях сердца* изучено Д ж а н с е л и д з е (Вести. Хир. и Погр. Обл., на основании имеющихся в литературе клинических наблюдений и экспериментальных данных. На 535 случаев ранений сердца, собранных за 25-летний период существования кардиоррафии (1896—1921 гг.), ранения венечных сосудов наблюдались в 43 случаях; из них в 41 сл. имели место повреждения артерий и в 2—вен. Венечные артерии в 30 случаях были повреждены в момент ранения сердца и в 11—при наложении швов, причем чаще всего артерии повреждались при операции иглой, реже—щипцами и пинцетами. Борьба с кровотечением из венечных артерий заключалась в обкалывании, захватывании сосуда в шов, предназначенный для закрытия раны, и лишь в исключительных случаях производилась изолированная перевязка поврежденного сосуда. Кардиоррафическое вмешательство дало на 41 случай ранения венечных артерий, из которых громадное большинство относится к *ramus descendens art. coron. sin.*, такие результаты: выздоровело после него 18 (44%), умерло 23 (56%). Наличие повреждения коронарных сосудов, повидимому, не ухудшает предсказания в отношении ближайших результатов; в дальнейшем, однако, следствием перевязки часто бывает размягчение (перерождение) сердечной мышцы. В заключение автор высказывает следующие положения: 1) в настоящее время не подлежит никакому сомнению, что венечные артерии сердца не являются конечными, а имеют более или менее развитые анастомозы; 2) если артерии эти не являются конечными в анатомическом смысле, то в функциональном отношении—это, однако, конечные артерии; 3) из двух венечных артерий при ранениях сердца чаще ранится левая, а из ветвей последней—преимущественно нисходящая; 4) после перевязки важных ветвей коронарных артерий могут развиваться жировое перерождение, некроз и размягчение сердечной мышцы; 5) места размягчения миокардия могут подвергаться разрыву или превратиться в рубцовую ткань; 6) в виду наблюдающихся иногда неблагоприятных последствий перевязки венечных артерий следует не прибегать к последней без особой к тому необходимости, равно как избегать повреждения этих сосудов при кардиоррафии.

М. Фридланд.

с) Акушерство и гинекология.

127. *Новый признак ранней беременности*. Признак этот, на который обращает внимание Л ö b n e (Zentr. f. Gyn., 1925, № 43), состоит в том, что, если бимануально ощупывать матку, причем наружная рука производит постоянное легкое давление на дно и заднюю стенку органа, фиксируя последний, а два пальца внутренней ощупывают консистенцию маточного тела со стороны передней стенки рукава, то в месте, соответствующем положению яйца, ощущается ясная флюктуация.

В. Груздев.

128. *Кровопотеря в послеродовом периоде родов*. К. Н о f f m a n n (Гамбургская дисс. 1925 г.; по реф. в Zentr. f. Gyn., 1925, № 43) сообщает данные о такой кровопотере в 4502 случаях родов. Если вместе с В и ш т'ом принимать, что кровопотери свыше 500 грм. является уже патологической, то такая патологическая кровопотеря имела место у 10,31% всех рожениц. В частности, от 500 до 1000 грм. потеряли 7,21% рожениц, от 1000 до 1500 грм.—3,44%, от 1500 до 2000 грм.—0,58% и свыше 2000 грм.—0,08%. Умерли от кровопотери 2 родильницы: одна, потерявшая 1900 грм. крови,—через 3½ ч. после родов, другая, у которой явления коллапса наступили после потери уже 600 грм., и которая в общем потеряла 1000 грм. крови,—через 2¾ ч.

В. Груздев.

129. *Отличительное распознавание «почки беременных» от хронического нефрита и эклампсии от уремии*. Для дифференциальной диагностики между двумя первыми болезнями Н e u n e m a n n (Zentr. f. Gyn., 1925, № 41) советует обращать внимание на то, что при «почке беременных» почечные расстройства появляются впервые в последние месяцы беременности, и в анамнезе у больных фигурируют эклампсия или «почка беременных» в прошлом; кроме того, заболевание это чаще имеет место у первобеременных и при многоплодной беременности. Напротив, появление почечных расстройств в первые 3—4 месяца