

177. *Опущение поперечной ободочной кишки и его лечение.* Д. А. Кремшевский (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 5—6) приводит 15 случаев позоа colonis transversi. Клинически больные жаловались на запоры с детства и боли в подложечной области, сопровождающиеся в запущенных случаях тошнотой и рвотой, но без типичных приступов аппендицита и при отсутствии язвы желудка. Осмотр обнаруживал упадок питания, узкую грудную клетку, отвислый, часто грушеобразной формы живот с раздутыми петлями тонких кишек в средней части его. Colon transversum определялся над симфизом, тогда как желудок располагался выше пупка, над перистальтирующими петлями тонких кишек. Для лечения подобных больных автор производил стягивание mesocolon'a и lig. gastroscolici сборчатыми швами настолько, чтобы расстояние между большой кривизной и верхним краем поперечной кишки равнялось 2—3 стм. В некоторых случаях эта операция дополнялась подшиванием к желудку, по большой кривизне, сложенного вдвое большого сальника.

И. Цимхес.

178. *Перфорации послеоперационных пептических язв тонкой кишки.* Leveuf (Revue de chir., 1927, № 2) собрал из литературы 33 случая перфораций пептических послеоперационных язв, к которым присоединил одно собственное наблюдение. Автор строго разделяет пептические язвы самого г.-э. отверстия и язвы отводящей или приводящей петли, располагающиеся на некотором расстоянии от отверстия, так как они отличаются друг от друга как по патолого-анатомическим изменениям, так и по клинической картине. При язве г.-э. отверстия перфорация расположена среди уплотненных тканей, края отверстия толсты, вокруг отверстия—брюшинные спайки, прободению предшествуют предвестники в виде болей. При истинной пептической язве тощей кишки—края прободного отверстия мягки, как бы выкроены резцом среди здоровых тканей, никаких брюшинных спаек не бывает, содержимое попадает сразу в свободную брюшную полость, в большинстве случаев прободение наступает среди полного здоровья, без всяких продромальных явлений. Автор особенно настаивает на существовании предварительного расширения отводящей петли, как результата растройства опорочения и нарушения кровообращения вследствие перегиба брыжейки. Измененная петля легче подвергается переваривающему действию желудочного сока. Лечение должно состоять в возможно ранней и возможно простой операции (шов прободного отверстия). Впоследствии применяется повторная операция для закрытия г.-э. отверстия и восстановления привратника во избежание рецидива.

М. Знаменский.

179. *Об устранении давления аневризмы аорты на соседние органы.* Проф. В. С. Левит (Журн. Совр. Хир., 1927, вып. 5—6) в одном случае аневризмы дуги аорты и безымянной артерии произвел, для устранения давления, двухмоментную операцию иссечения первых трех реберных хрящей с обеих сторон с рассечением правой ключицы. При такой операции нет опасности внезапного увеличения пространства средостения, как это может случиться при обычной медиастинотомии, а также прорыва стенки сосуда и др. осложнений. Спустя 2½ месяца после операции больной чувствовал себя вполне удовлетворительно.

И. Цимхес.

180. *Лечение послеоперационной задержки мочи.* Butureanu и Burghelle (Presse méd., 1927, № 93), опираясь на работы Corbineau, Mischon'a и др., применили при послеоперационной задержке мочи введение 20% борного глицерина, в количестве от 15,0 до 30,0, в неопорожненный мочевого пузырь (так как введение в пустой пузырь очень болезненно). Результаты получились хорошие, мочеиспускание большею частью появлялось через 3—20 минут, а затем больные начинали сами мочиться и далее. Такие результаты были у авторов в 92,8% случаев. Авторы рекомендуют применять этот способ, как только обнаружится задержка мочи, т. е. с вечера в день операции.

Н. Крамов.

181. *К вопросу о симпатэктомии.* На основании 24 случаев этой операции С. Bressot (Revue de chir., 1927, № 1) приходит к заключению, что периаартеральная симпатэктомия дает верные и стойкие результаты при болезни Reynaud и у больных, имеющих асфиктические растройства конечностей на почве спазма сосудов; она дает быстрое излечение также при обширных кожных дефектах, торпидных хронических язвах конечностей несифилитического происхождения—при условии, если они произошли также не от нервных растройств.

Эти случаи, по выражению автора, можно назвать „триумфом“ симпатэктомии. Неудач при этой операции получился у автора в одном случае прободной язвы стопы, при лечении варикозных язв и в 2 случаях застарелой, жестокой каузалгии.

М. Знаменский.

182. *Хлорэтил при родимых пятнах* (naevus flammeus). J. Kossack (Med. Klin., 1927, № 52) приводит случай родимого пятна у 3-летнего ребенка, где им применено было замораживание при помощи хлорэтила (до белой окраски) с промежутками по 2 дня, всего 5 раз. Пятно было величиною с 5-марковую монету. При замораживании дело не доходило ни до пузырей, ни до иных видимых признаков реакции. После каждого сеанса пятно делалось меньше, которые совершенно остались лишь несколько мелких пигментированных точек, которые совершенно исчезли в следующие месяцы.

С. С-в.

183. *Пиявки при флебитах*. А. Намм и А. Schwartz (Schweiz. med. W., 1927, № 47) убедились в очень благоприятном действии при флебите пиявок, каковое действие они приписывают здесь кровесвертывающему и противовозрастному действию гирудина. По их мнению, промышленность должна заняться выработкою чистого, стойкого и точно дозируемого гирудина.

С. С-в.

ж) Ортопедия.

184. *Отдаленные результаты иммобилизации при тб голеностопного сустава у детей*. F. Pouzet (Revue d'orthopédie, 1927, № 2) приводит статистику 104 случаев тб голеностопного сустава у детей до 16 лет, леченных иммобилизацией гипсовыми повязками. Наблюдения взяты за период с 1898 по 1922 г., и отдаленные результаты прослежены в каждом случае больше, чем в продолжении 3 лет. Выводы, к которым приходит автор, следующие: у детей до 5 лет иммобилизация дает 72% полного выздоровления, даже при глубоком поражении костей и наличии свищей; в возрасте от 5 до 10 лет полное выздоровление получилось у 55%; после 10 л. хорошие функциональные результаты имели место в 43%. Движения в голеностопном суставе восстановились у 70% больных, ограничение движений, вплоть до анкилоза, отмечено у 30%. Даже в случаях деформации сустава и ограничения движений функция стопы в большинстве случаев остается превосходной при условии раннего вмешательства и ношения гипсовой повязки в продолжении 1½—2 лет.

А. Алексеева-Козьмина.

185. *Вопрос об истинном удлинении конечностей* при тб костей и суставов рассматривает С. Л. Трегубов (Орт. и Травм., 1927, № 2—3). Удлинение конечностей, наблюдающееся при различных заболеваниях и травмах, бывает и при тб костей и суставов. При этом удлинение происходит при заболевании диафизарной части, лежащей вблизи эпифизарного хряща; при заболевании же самого эпифизарного хряща или эпифизарной линии удлинения не происходит. Удлинение наблюдается только в периоде роста кости и достигает 0,5—2 сант., обычно в течение первых 1—3 лет течения болезни. Со временем оно сглаживается, и даже происходит укорочение. При заболевании ноги больше всего удлиняется бедро за счет образования соха valga, удлинения диафиза и утолщения эпифизов. При заболевании руки удлиняется больше всего плечо. Удлинение наблюдается чаще всего при гоните. Удлинение есть результат пониженной нагрузки (соха valga), увеличения и постарения эпифизов, а также носит рефлекторный характер.

Н. Киптенко.

186. *О повреждении крестообразных связок коленного сустава* (Орт. и Травм., 1927, № 2—3) сообщает Ситенко, наблюдавший 5 случаев этого редкого страдания. Происходят разрывы крестообразных связок вследствие 1) внезапного форсированного перегибания, 2) форсированного ротационного движения внутрь и 3) форсированного комбинированного движения сгибания, внутренней ротации и приведения. В клинической картине различают острую стадию, сопровождающуюся болями, кровоизлиянием в сустав, нарушением функций и подвывихом голени впереди — при разрыве передней связки илизади — при разрыве задней связки и хроническую стадию, проявляющуюся в общем расслаблении коленного сустава с чувством слабости и неуверенности при ходьбе. Характерен симптом „выдвижного ящика“; для получения его больного кладут на стол, сгибают ногу в тазобедренном и коленном суставах до 90°, причем