в одном случае. У одного больного образовался абсцесс на ягодице, у другого орхит, заболевание тянется многие месяцы, до года, причем температурная кривая носит „ундулирующий“ характер, состоя из групп неправильных повышений, чередующихся с ремиссиями. Постепенно волны повышений сглаживаются, ремиссии становятся продолжительнее, наконец, мы имеем субнормальные температуры при явлениях истощения и малокровия. Учитывая явления по стороне сердца: увеличение тупости при глухих, как бы отдаленных тонах, можно думать о гемоперикарде, как причине смертельных исходов.

Главным очагом заболевания нужно считать хутор Цаган-Нор, один из наименее благоустроенных в совхозе. Осенью зимой крайне скучены. Объяснения рабочих тесны и антисанитарны, медицинский надзор неудовлетворителен.

**Данные о выкидышах овец на 1 мая 1931 г.**
Общ. чис. рождений. Выкидышей.
Отара № 16 (Жилино) ....................................... 337 ....................................... 60
Отара № 17 (Сурино) ....................................... 734 ....................................... 52
Отара № 21 (Емикей) ....................................... 725 ....................................... 36
Отара № 23 (Цаган-Нор, Урулоп) 648 ....................................... 22
Отара № 25 (Цаг.-Нор, Урулопугуй) 753 ....................................... 113

Это высокое количество выкидышей в связи с клинической картиной болезни у людей подтвердило предположение о болезни Банга. По донесению моему в бест.-снб. Крайздрев, был командирован на место проф. Н. Н. Клодицикий, который уже установил диагноз болезни Банга бактериологически и серодиагностически 1).

Из хир. отд. Софийской Межрайбольницы на Криворожь (Зав. отд. Б. Л. Бронштейн, зав. б-щей А. А. Каменецкий).

**Случай ретроградного ущемления в „скользящей“ грыже.**

**Б. Л. Бронштейн.**

Под понятием ретроградного ущемления разумеют ущемление одной или нескольких петель кишеч, при котором расстройство питания вовлекает в страдание не только части, находящиеся в грыжевом мешке, но также, и в большей степени, особенно сильно часть, находящуюся в свободной брюшной полости. Этой, гдько встречающейся, форме ущемления Вендеман дано название Hernie en W, так как в типичных случаях в грыжевом мешке наружу от ущемляющего кольца располагаются две петли, а внутрь от него в брюшной полости одна „соединяющая“ с более тяжелым расстройством питания, зависящим от перегиба ее брыжейки или перекручивания всей петли. Чрезвычайно редко срединная петля оказывается мало измененной сравнительно с находящимися двумя в грыжевом мешке (случай Нескового).
Со времени введения Майдем (1895 г) понятия ретроградного ущемления опубликовано более 100 случаев, из них на русскую литературу придается 18.
Ретроградно ущемленными, кроме тонкого кишечника, могут быть и другие органы, как-то: червеобразный отросток и маточная труба (Майлдем) сальник (Гаисинский).
Процент резекций при ретроградном ущемлении значительно превышает таковой при обычном ущемлении ввиду того, что гангрена кишеч при первом развивается обычно очень рано, в пределах 4—14 часов; описаны случаи омертвения, наступившего через 2—3 часа с момента ущемления.
Принцип раннего изменения ретроградно ущемленной петли Копылов считает различное распределение артериальных ветвей и анастомозов верхн. брыж. артерии и отсутствие в брыжейке ущемленной „соединительной“ петли самостоятельной артериальной ветви; питающие же ее обычно сосуды расположены в брыжейке смежных двух петель, составляющих содержимое ущемленной грыжи.

1) Кроме того было обнаружено еще свыше 10 заболеваний Банго у людей, установленные также серологическим путем.
Ни одна из существующих теорий не разрешает в окончательном смысле объяснения механизма возникновения ретроградного ущемления. Из всех объяснений остановлюсь лишь на оригинальном мнении Грикев, по которому ретроградно-ущемленная грыжа возникает в результате манипуляций при вправлении обычной ущемленной грыжи; по его мнению, на место вправленной одной петли приходят две, служащие продолжением первой.

Ряд признаков для диагностики ретроградного ущемления, как-то: давление грыжи с широкими грыжевыми воротами у пожилых людей, разница между тяжестью общих симптомов и незначительностью местных явлений,—могут дать лишь указания на возможность наличия ретроградного ущемления. Описаны случаи р. у. у молодых при узких грыжевых воротах; второй же симптом может наблюдаться и при внутреннем ущемлении при наличии невправимой грыжи. Ввиду несовершенства диагностики до операции незаметным правилом должно быть в конце операции извлечение кишок в целях ревизии их (Чугаев).

Наш случай: История б-ни № 459. Б-й В-В И, 65 лет, крестьянин, доставлен 8/1-32 г, в 9 ч. вечера с явлениями ущемленной грыжи 5 часовой давности. Грыжей страдает около 20 лет, неоднократно ущемлялась, обычно сам вправлял ее, на сей раз попытки к вправлению были безуспешны.

Объективно: В левой пахо-мошоночной области имеется опухоль величиной в 2 кулака туго-эластической консистенции, дающая при пальпации тимпанит. В правой половине живота внизу, ближе к средней линии определяется припущность с кулачка, дающая ощущение сопротивления, чувствительная к давлению, перкуторно дающая тимпанит (местный метеоризм). Общее состояние б-го тяжелое. Частота ритма; пульс мало колеблясь, частый; 10 36,6; язык сухой. Вприснуто: 1 кг. морфи и 10 кг. камфоры, промыт желудок. Под диагноэзом ущемленной левой внешней пахо-мошоночной грыжи произведена операция под эфирным наркозом.

По вскрытии грыжевого мешка излилось небольшое количество грыжевой воды без запаха и обнаружились две мало-измененные раздутые петли тонких кишеч. По рассечении ущемляющего кольца из брюшной полости начала изливаться в большом количестве серозно-кровянистая без запаха жидкость; с целью ревизии содержимого грыжевого мешка было подтянуто и из брюшной полости извлечена петля, соединяющая упомянутые 2 петли; она оказвась в состоянии резкого застоя, синюшного с большими кровоподтеками в ее брюжееке, но жизнеспособной. По вправлении ущемленных петель в брюшную полость обнаружилось, что грыжа является "скользящей": в состав наружной части грыжевого мешка в области шейки и начала тела его входила стенка начальной части S образной кишки, частично лежащая вне брюжеек, это обстоятельство явило причиной невполну радикального удаление грыжевого мешка. Пластика канала произведена 401 и р а р. Ввиду тяжелого состояния б-го во время операции ему вводился подложно физ. раствор и не ск раз вприскивалась камфора. В вену влито 50,0 10% N. chlorat.

9/II. Состояние тяжелое, 10 37,5; пульс приближается к нитевидному; живот вздут, болезнен при пальпации, газы не отходят, послеоперационный бронхит. 10/II. Общее состояние не улучшается, 10 37,7; пульс нитевидный; был стул, живот мягкий, безболезненный; 4 разлитой бронхит. 10 ч. вечера при явлениях все нарастающей сердечной слабости 6-й скончался.

Таким образом, у б-го наблюдалось ретроградное ущемление тонких кишок в "скользящей" грыже. В литературе мне не приходилось встречать подобного сочетания.

Рассматривая наш случай post factum, надо сказать, что в клинической картине его наблюдался симптом, руководствуясь которым можно было диагностировать ретроградное ущемление: местный метеоризм в животе при ущемленной грыже. Правда, такой же симптом возможен и при завороте в сочетании с ущемленной грыжей, но если учесть давность грыжи у старика, попытки к вправлению и тяжелое общее состояние при сравнительно недавнем ущемлении, то все же можно притти к заключению, что до операции имелось достаточно данных для диагностирования ретроградного ущемления.