

лѣвой половинѣ мозга (капиллярныя), въ легкихъ, подъ эпикардіемъ, на корнѣ языка и на слизистой морганьевыхъ пазухъ, въ брюшинѣ (кровянистый эксудатъ). Гиперемія и отекъ ріае.

П. Овчинниковъ.

Хирургія.

И. И. Козловскій. *Случай оперативнаго леченія брюшной водянки при атрофическомъ циррозоу печени.* Русскій Врачъ. 1902. №№ 48—50.

Больной автора, съ lues'омъ въ анамнезѣ поступилъ съ явленіями атрофическаго цирроза печени. Лечение внутренними средствами въ теченіе 1½ мѣсяцевъ осталось безрезультатнымъ. За этотъ срокъ выпущено изъ брюшной полости въ 3 приема болѣе 40 литровъ трансудата. Произведена операція. Черезъ разрѣзъ брюшной стѣнки по средней линіи надъ пупкомъ захваченъ сальникъ и вшитъ въ края пристѣнной брюшины. Кожная рана зашита наглухо. Внутреннее лечение приостановлено. Скопленіе жидкости вновь стало обнаруживаться, и выпусканіе ея пришлось сдѣлать уже на 10-й день послѣ операціи (9 литровъ), а на 21 день повторить (13,5 литровъ). Рана между тѣмъ зажила хорошо. Асцитъ продолжаетъ наблюдаться на протяжении 4 слишкомъ мѣсяцевъ, и только въ началѣ 5-го мѣсяца начинаетъ выступать на животѣ подкожная венная сѣтъ, а вслѣдъ за тѣмъ уменьшается и накопленіе жидкости. Одновременно улучшается состояніе больного и въ другихъ отношеніяхъ (аппетитъ, діурезъ, стулъ, самочувствіе). Наблюденіе продолжается еще въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а черезъ 252 дня послѣ операціи больной въ удовлетворительномъ состояніи выписывается, выйдя, т. о., изъ подъ наблюденія.

Приводя литературныя данныя отн. оперативнаго пособія при данномъ заболѣваніи, авторъ указываетъ, что оно состояло либо въ одной лапаротоміи, либо въ пришиваніи печени къ передней брюшной стѣнкѣ, либо во вшиваніи сальника въ переднюю брюшную стѣнку, во 1-хъ, по способу Talm'ы безъ дренированія полости; во 2-хъ, по способу Morison'a—съ дренированіемъ; въ 3-хъ, по способу Schiassi—вшиваніе между брюшной и мышечнымъ слоемъ.

Взгляды на значеніе этой операціи (въ томъ или иномъ видѣ ея) различны,—существуютъ какъ сторонники ея, такъ и противники. Самъ авторъ приписываетъ ей симптоматически-лекарственное значеніе въ случаяхъ атрофическаго цирроза для замѣны многочисленныхъ пункций, съ одной стороны, и съ другой—для устраненія давленія въ

сосудахъ печени съ пѣлью дать возможность ущѣлѣвшимъ участкамъ органа функціонировать правильно и плодотворно. Въ этомъ смыслѣ можно добиться операціей клиническаго (но не патолого анатомическаго) выздоровленія. Взглядъ автора на пѣлесообразность хирургическаго вмѣшательства имѣетъ, помимо клиническихъ, еще слѣд. основанія: во 1-хъ, и безъ искусственно вызываемыхъ существуютъ вѣнныя анастомозы какъ между воротной и полой венами, такъ и между вѣтвями послѣдней и во 2-хъ, экспериментальныя изслѣдованія (Tillman'a и Кузнецова) убѣдительно доказываютъ, что кровообращеніе послѣ перевязки воротной вены можетъ быть возстановлено въ случаяхъ предварительнаго вшиванія сальника въ брюшную стѣнку.

П. Овчинниковъ.

Л. М. Пуссепъ. *Къ вопросу объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ головного мозга.* „Русскій хирургическій архивъ“ 1902 г. кн. 6-я.

По отношенію къ огнестрѣльнымъ раненіямъ головного мозга существуютъ два противоположныхъ мнѣнія на необходимость первичной трепананіи. Въ то время какъ рядъ авторовъ признаетъ безусловно необходимой первичную трепананію съ удаленіемъ пули, другіе считаютъ нужнымъ выжидать, ограничиваясь мѣрами для антисептическаго теченія раны. Авторъ реферируемой работы, послѣ оцѣнки основаній перваго мнѣнія, становится въ ряду сторонниковъ консервативнаго метода. Необходимость тщательной дезинфекціи раны, въ виду возможности занесенія инфекции пулей—вотъ первое основаніе для примѣненія первичной трепананіи. По мнѣнію автора, трудно гарантировать чистоту всего пулевого хода, а кромѣ того, очень часто пулевая рана заживаетъ безъ инфекции. Что касается опасности перемѣщенія пули въ мозгъ, давленія, производимаго ею, и возможности образованія абсцесса въ ея окружности, то здѣсь авторъ указываетъ на случаи сравнительной неподвижности пули (между другими, его случай) и считаетъ этотъ вопросъ открытымъ, подвергаетъ сомнѣнію опасность давленія на основаніи случаевъ легкаго заживанія пули безъ такихъ явленій (случай автора) и находитъ, что образованіе абсцесса такъ же легко допустимо и въ окружности рубца на мѣстѣ пулевого хода. Въ виду всего этого, авторъ и присоединяется къ мнѣнію сторонниковъ консервативнаго леченія, тѣмъ болѣе, что опредѣленіе мѣстоположенія пули, обычно достигаемое рентгеноскопией, затруднительно на тяжеломъ больномъ, а аппаратъ Contremoulin'a, дающій наиболѣе точныя показанія, очень сложенъ и дорогъ. Авторъ думаетъ, что показанія къ первичной трепананіи должны быть сужены,—она показана лишь при тяжелыхъ мозговыхъ явленіяхъ и при кровотеченіи. На основаніи перваго показанія произведена первичная