

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 трепанаци. Въ то время какъ рядъ авторовъ признаетъ безусловно необходимой первичную трепанацию 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 трепанаци. 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 трепанаци должны быть сужены,—она показана лишь при тяжелыхъ мозговыхъ явленіяхъ и при кровотеченіи. На основаніи перваго показанія произведена первичная

трепанация въ двухъ, наблюдавшихся авторомъ случаяхъ. Въ одномъ изъ нихъ осторожное зондированіе пули не обнаружило, и попытокъ къ нахожденію и извлеченію ея не предпринималось, во второмъ примѣненное зондированіе обнаружило пулю на глубинѣ 10 см., но извлеченіе ея не удалось. Въ обоихъ случаяхъ наступило полное выздоровленіе съ сохраненіемъ всѣхъ функций.

П. Овчинниковъ.

В. Н. Орловъ. *Macrosomia partialis*, какъ результатъ хроническаго раздраженія *nervi sympathici*. „Русскій хирургическій архивъ“. 1902 г. кн. 6.

Подъ наблюденіемъ автора находилась 15-лѣтняя дѣвушка, поступившая въ факультетскую хирургическую клинику Московскаго университета съ главной жалобой на увеличеніе и пигментацию лѣвой верхней конечности, подмѣченная еще въ раннемъ дѣтствѣ матерью больной. Объективнымъ изслѣдованіемъ обнаружено равномерное увеличеніе (измѣреніемъ получены точныя данныя) всей лѣвой руки ключицы, лопатки и лѣвой грудной железы съ пигментацией этихъ мѣстностей, особенно замѣтной на плечѣ. Консистенція конечности равномерно упругая. Рентгеноскопія обнаруживаетъ утолщеніе костей скелета конечности. Поставленъ діагнозъ истиннаго частичнаго гигантскаго роста. Въ объясненіе патогенеза даннаго заболѣванія ложится рядъ другихъ болѣзненныхъ симптомовъ, найденныхъ у больной. Послѣдняя имѣетъ, какъ показало изслѣдованіе, аневризму *art. subclav. sin. et. art. carotid. comm. sin.* Эти расширенія лежатъ въ сосѣдствѣ съ симпатическими узлами—нижними шейными и верхнимъ груднымъ, которые, такимъ образомъ, подвергаются періодическому раздраженію отъ пульсаціи аневризмы. Предположеніе раздраженія симпатическаго нерва именно въ этихъ узлахъ основывается на рядѣ явленій, найденныхъ у больной, а именно: гипертрофія темяннаго бугра, *gl. thyreoideae*, пигментация кожи виска (центры, по Landois, въ среднемъ и нижнемъ симпатическихъ шейныхъ узлахъ), гиперемія верхней конечности и *mammarae* (1-й грудной узелъ). Кромѣ того, наблюдается расширенный зрачекъ и усиленное потѣніе. Артеріальная гиперемія, особенно въ періодѣ роста тканей вызываетъ гипертрофію и гиперплазію ихъ; такое же влияніе можетъ имѣть раздраженіе трофическихъ волоконъ симпатическаго нерва. Въ виду этого частичный ростъ конечности больной слѣдуетъ поставить въ зависимость отъ раздраженія симпатическаго нерва давленіемъ пульсирующей аневризмы, не вызывающимъ атрофіи вслѣдствіе своей періодичности,—раздраженіемъ, которое можетъ продолжаться, по наблюденію Жендрассика, цѣлыми годами.

П. Овчинниковъ.