

предѣленная по разнымъ петлямъ тонкихъ кишекъ, слаба на peritoneum толстыхъ. Подмѣчено увеличеніе брыжжеечныхъ лимфатическихъ узловъ. Больная перенесла операцию хорошо, но мало по малу возобновились прежніе болѣзненные симптомы. Въ виду этого вновь сдѣлана лапаротомія; картина—таже: асцитъ и пузырьки, но безъ плотныхъ узелковъ, газъ пузырьковъ запаха не имѣетъ. Пузырьки отчасти раздавлены, отчасти удалены перевязкою ножки. Черезъ нѣкоторое время вслѣдствіе возобновленія припадковъ сдѣлано чревосѣченіе въ третій разъ, послѣ чего больная стала чувствовать себя нѣсколько лучше. Вскорѣ она выписалась и потеряна изъ виду.—Въ литературѣ авторъ отмѣчаетъ нѣсколько подобныхъ случаевъ. При анализѣ всѣхъ случаевъ, выясняется пока слѣдующая клиническая картина даннаго заболѣванія, названнаго Mayer'омъ—*pneumotosis cystoides intestinorum hominis*. Начало заболѣванія, въ возрастѣ свыше 30 лѣтъ, отмѣчается функціональными расстройствами желудочно-кишечнаго канала, изъ которыхъ въ послѣдствіи на первое мѣсто выступаютъ запоры, принимающіе все болѣе упорный характеръ. Появляется метеоризмъ, иногда асцитъ. Животъ мягокъ, въ общемъ безболѣзненъ, прощупываются иногда эластическія опухоли, напоминающія эхинококковые пузыри. Прогрессирующее истощеніе ведетъ къ смерти.

Патологическая анатомія заболѣванія: воздушныя кисты серозной оболочки кишечника имѣютъ тонкую стѣнку, внутри выстланную эндотелиемъ, среди котораго иногда находили гигантскія многоядерныя клѣтки. Кисты развиваются въ muscularis стѣнки, не имѣютъ связи ни съ лимфатическими, ни съ кровеносными сосудами. Онѣ имѣютъ иногда ножку, располагаются преимущественно на свободной части кишки. Процессъ развитія кистъ не выясненъ. Связь съ клинической картиной состоитъ, повидимому, въ томъ что кисты вызываютъ атрофію muscularis и парезъ кишечника.—Этіологія заболѣванія не опредѣлена,—въ кистахъ найдены различнаго рода микроорганизмы.

П. Овчинниковъ.

В. Н. Гейнацъ. *О скополаминовомъ наркозѣ*. „Русскій хирургическій архивъ“. 1902 г. кн. 6.

Англійскій хирургъ 13-го столѣтія—Scotus рекомендовалъ давать больному передъ операцией настойку, въ составъ которой входили между другими веществами опій, бѣлена и корень мандрагоры. Два послѣднихъ вещества содержатъ атропинъ, скополаминъ и др. родственные алкалоиды. Въ 1900 году психіатръ Schneiderlin предложилъ смѣшанный скополаминово-морфійный наркозъ. Его наблюденія были провѣрены Korff'омъ и Грековымъ. Первый постепенно выработалъ способъ, которымъ почти всегда можно вызвать наркозъ; а именно,

вводится за 4, 2 и $1\frac{1}{2}$ часа до операціи по 0,0012 Scopolamini + 0,01 morph. На основаніи своихъ наблюденій, Korffъ предсказываетъ блестящую будущность этому виду наркоза. Наоборотъ, по наблюденіямъ Грекова, предлагаемый способъ хлопотливъ и не ведетъ къ желанной цѣли, а можетъ быть примѣняемъ лишь въ психіатрической практикѣ или въ видѣ дополненія къ мѣстной анестезіи у безпоскойныхъ больныхъ.—Авторъ реферируемой работы, занявшись проверкой предлагаемаго способа обезболиванія, основываетъ свой благопріятный отзывъ на матеріалѣ въ 38 случаевъ обезболиванія по способу Korff'a. Вотъ наиболѣе важныя данныя его наблюденій. 1. Полный наркозъ даетъ возможность дѣлать любую операцію (кромѣ тѣхъ, гдѣ требуется полное расслабленіе мышцъ, чего скополяминовый наркозъ не даетъ), потому что боль не доходитъ до сознанія больного, хотя онъ и дѣлаетъ движенія, иногда даже стонетъ. 2. Къ сожалѣнію, полный наркозъ достигается далеко не всегда (изъ 38 случ. только въ 18), и тогда необходимо (какъ то указано и Korff'омъ) прибѣгнуть къ хлороформу, при чемъ послѣдняго выходитъ крайне мало (въ среднемъ 12,0 на часть), или къ кокаину. Обыкновенно хорошій наркозъ отъ скополямина наблюдается у женщинъ, у интеллигентныхъ больныхъ, у истощенныхъ; для крѣпкихъ, здоровыхъ мужчинъ, видимо, должна быть увеличена доза. 3. Слѣдуетъ избѣгать примѣненія скополяминаго наркоза у лицъ моложе 15 лѣтъ, а также при очень кровоточивыхъ операціяхъ на шеѣ и головѣ. 4. Болѣзни сердца, нефритъ, повидимому, не служатъ противопоказаніемъ къ примѣненію скополямина. 5. Опасность отъ скополяминаго наркоза менѣе, чѣмъ при другихъ анестезирующихъ (главн. образ., хлороформа); уже одинъ видъ наркотизированнаго, напоминающаго крѣпко спящаго человѣка, приводитъ благопріятное впечатлѣніе. Съ другой стороны, возможное вредное дѣйствіе при введеніи скополямина не должно развиваться такъ быстро, какъ это случается при употребленіи хлороформа и другихъ общихъ анестезирующихъ.

П. Овчинниковъ.

Н. Тринклеръ. *Полное удаленіе салъника при перекручиваніи его.* „Русскій хирургическій архивъ“ 1902 г. кн. 6.

Перекручиванію ножки или основанія подвергаются какъ органы, такъ опухоли, чаще всего кистовидныя. Къ причинамъ перекручиванія, опредѣляемымъ клинически и экспериментально, относятся: перистальтика кишекъ, рѣзкія движенія больного, связанная съ напряженіемъ брюшнаго пресса, чрезмѣрный ростъ и тяжесть опухоли, неравномѣрное переполненіе сосѣднихъ органовъ и, наконецъ, извѣстное отношеніе сосудовъ къ опухоли. Что касается перекручиванія салъ-