

но, въ 4 случаяхъ изъ 5-ти смертныхъ исходовъ операціи надъ раковыми больными (гастроэнтеростомія) смерть наступила исключительно вслѣдствіе слабости оперированнаго. Однако, по мнѣнію автора, врачъ не имѣетъ права отказывать больному въ оперативномъ пособіи даже въ случаяхъ безнадежныхъ. Въ этомъ убѣждаютъ автора случаи, когда операціей были облегчены послѣдніе дни жизни больныхъ. Съ другой стороны, повидимому, и слабые больные могутъ переносить операцію хорошо. Опасаться болѣе всего указываетъ синюшность конечностей). Что касается правильности распознаванія, то возрастъ имѣетъ лишь относительное значеніе; гораздо болѣе важную роль слѣдуетъ придавать теченію болѣзни.—обычно раковые больные указываютъ полугодовую давность страданія. Всего раковыхъ больныхъ авторомъ оперировано 15. Изъ нихъ 5 умерли (одинъ отъ перитонита); ближайшія послѣдствія въ остальныхъ 10 случаяхъ не оставляли желать ничего лучшаго.—Доброкачественныя суженія въ типическихъ случаяхъ при абсолютномъ суженіи мало отличаются отъ суженій раковыхъ, и необходимость операціи въ подобныхъ случаяхъ не подлежитъ сомнѣнію. Напротивъ, тамъ, гдѣ можетъ быть примѣнимо внутреннее леченіе, операція представляетъ извѣстный рискъ. Однако увѣренность въ стойкости достигаемыхъ результатовъ и хорошее состояніе силъ больного даютъ право на хирургическое вмѣшательство и при относительныхъ суженіяхъ. Основываясь на степени задерживанія пищи въ желудкѣ, опредѣляемого объективно и субъективно ощущаемаго, можно, по автору, разбить эти случаи на 4 группы, изъ которыхъ въ первой показаніе къ операціи является абсолютнымъ, во второй «операція достаточно показана», въ третьей—«субъективно показана», въ четвертой—«относительно показана». Изъ 15 оперированныхъ этого рода больныхъ всѣ перенесли операцію хорошо; кромѣ двухъ, всѣ выписаны въ безусловно лучшемъ состояніи.

Авторъ является, повидимому, сторонникомъ гастроэнтеростоміи; онъ примѣнилъ ее въ 28 случаяхъ, преимущественно заднюю, позадиободочную, считая ее болѣе безопасной и болѣе цѣлесообразной въ функциональномъ отношеніи. Но при злокачественныхъ опухоляхъ онъ считаетъ необходимымъ примѣненіе резекціи, чего ему однако не удавалось дѣлать вслѣдствіе недостатка условій для примѣненія этого вида операціи (резекція сдѣлана одинъ разъ). Въ статьѣ приведены краткія исторіи болѣзни всѣхъ оперированныхъ.

П. Овчинниковъ.

М. Б. Юкельсонъ. *Къ техники кругового вырѣзыванія геморроидальныхъ узловъ (операція Whitehead—Vercesco).* „Хирургія“, т. XII. № 71.

Способъ кругового вырѣзыванія слизистой оболочки recti съ геморроидальными узлами по методу Vercesco (дополненіе Whitehead)

состоить въ слѣдующемъ. Слизистая оболочка на границѣ съ кожей фиксируется булавками, вкалываемыми черезъ нее въ пробковый цилиндръ, вводимый въ предварительно растянутую (пальцами или инструментомъ) апус. Потягивая за рукоятку цилиндра, отсѣкаютъ слизистую на границѣ съ кожей и постепенно отдѣляютъ ее (отчасти ножомъ, отчасти тупымъ путемъ) отъ подлежащихъ тканей на соответствующую высоту. Дѣлая затѣмъ круговой разрѣзъ слизистой, постепенно сшиваютъ ее съ кожей. Авторъ статьи испыталъ на 12 больныхъ этотъ способъ и горячо рекомендуетъ его въ замѣнъ всѣхъ, доселѣ практикуемыхъ. Техническія преимущества способа, по мнѣнію автора, состоятъ, во 1-хъ, въ правильности разрѣза слизистой, во 2-хъ, въ раскрытіи операціоннаго поля и отчетливости выполненія операціи, въ 3-хъ, въ ограниченности инструментарія и помощниковъ и въ 4-хъ, въ ничтожности кровотока.

П. Овчинниковъ.

Р. І. Венгловскій. *Къ вопросу о леченіи бугоркового воспаленія брюшины чревостъченіемъ.* „Хирургія“. т. XII. № 71.

Бугорковый процессъ въ брюшинѣ имѣетъ опредѣленную, характерную картину теченія, совершенно похожую на его теченіе въ другихъ органахъ. И какъ въ другихъ органахъ часто подмѣчается, что организмъ хорошо справляется съ инфекціей, такъ этого же рода наблюденія сдѣланы и по отношенію къ бугорчаткѣ брюшины. Въ силу такихъ наблюденій въ последнее время появились работы, подвергающія сомнѣнію терапевтическое значеніе простого чревостъченія въ случаяхъ туберкулезнаго перитонита, тѣмъ болѣе, что и клиническія наблюденія показали въ нѣкоторыхъ случаяхъ, что одна лапаротомія имѣетъ значеніе главнымъ образомъ въ выпотной формѣ бугорчатки и что въ тяжелыхъ случаяхъ заболѣванія она безсильна. Да и въ первомъ случаѣ терапевтическій эффектъ много зависитъ отъ уменьшенія давленія и улучшенія кровообращенія. Въ виду этого во многихъ случаяхъ желательнѣе наиболѣе активное хирургическое вмѣшательство, состоящее въ удаленіи узловъ, творожистыхъ массъ, даже пораженныхъ органовъ, каковое теперь и начинаетъ практиковаться хирургами.

Въ своей статьѣ авторъ приводитъ три случая туберкулезнаго пораженія брюшины, въ которыхъ примѣнено чревостъченіе. Представляя извѣстный интересъ съ клинической стороны (въ одномъ случаѣ теченіе болѣзни напоминаетъ такъ называемое «простое хроническое воспаленіе брюшины», описанное Непосч'омъ), оперированные больные особенно интересны по даннымъ макроскопическаго и микроскопическаго изслѣдованія. А именно, на этихъ случаяхъ съ особенной рѣзкостью выступаетъ реакція со стороны организма на инфекцію, и ими съ очевидностью доказывается возможность борьбы организма съ