

и на 12% меньше, если брать во внимание операции, сделанные вскоре (3—4 дня) после попадания инородного тела. С 1886 года, по почину Richardson'a, применяется иногда для той же цели гастротомия. Применение ее основывается на исследованиях, по которым оказывается, что через рану желудка можно проникнуть в пищевод до уровня 8 грудного позвонка. В настоящее время ряд авторов настаивают, чтобы в случае низкого положения инородного тела (ниже 26—28 см. от края нижних ребров или ниже 6—7 позвонка) применялась исключительно гастротомия. Автор статьи всецело на стороне этого взгляда, тем более, что и опасность смертельного исхода при операциях эзофага и гастротомии приблизительно одинакова. Определение положения инородного тела в настоящее время легко доступно благодаря эзофагоскопии и применению X-лучей в виде рентгеноскопии и рентгенографии, из которых первая имеет несомненное преимущество перед последней. Значение рентгеноскопии автор иллюстрирует двумя наблюдавшимися им случаями.

П. Овчинниковъ.

Е. С. Канцель. *К оперативному лечению прободного перитонита при брюшном тифе.* „Хирургия“. т. XII. № 72.

С тех пор как Leyden в 1884 году предложил, а Mikulicz применил хирургическое лечение прободных язв при брюшном тифе, постепенно накаплиется как в иностранной, так и русской литературе казуистический материал по данному вопросу. Имя под руками этого материал и несколько (4) собственных случаев, автор решает два вопроса касательно лечения брюшнотифозного прободного перитонита. Первый существенный вопрос—слѣдует ли оперировать при разлитом перитоните—решается утвердительно на основании взглядовъ большинства авторов (указывается лишь один решительный противник—Fürbringer) и приводимых ими статистических данных. Касательно второго вопроса о времени оперативного вмешательства и показаний к нему автор высказывается менее решительно в том смысле, что слѣдует выжидать не только часы, но даже дни, и что операция показывается в том случае, когда уже сгладились первые бурные явления прободения, и у больного нѣтъ коллапса.

П. Овчинниковъ.

В. Н. Глассонъ. *К казуистикѣ большихъ овариальныхъ кистъ.* „Хирургия“. т. XII. № 72.

Авторъ сообщает о трехъ аналогичныхъ больныхъ, величина кистъ у которыхъ весьма значительна. Размеры живота таковы: ок-

ружность на уровнѣ пупка=120, 129 и 144 cm., разстояніе отъ мечевиднаго отростка до лобка—62. 68 и 78 cm. Типъ опухолей одинаковъ,—макроскопически авторъ ставитъ діагнозъ *cystomatos proliferi glandularis*; микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано. Характерными чертами во всѣхъ трехъ случаяхъ являются: быстрый ростъ опухолей (1—3 года), сильное истощеніе больныхъ, чрезвычайно растянутый животъ, дающій тупой звукъ по всей поверхности, явственная флюктуация, сильное развитіе подкожной венной сѣти брюшной стѣнки. При операціи во всѣхъ случаяхъ найдено сращеніе стѣнки кисты съ передней брюшной стѣнкой и сальникомъ. Изъ трехъ больныхъ авторъ потерялъ одну благодаря развившемуся септическому перитониту, двѣ другія выздоровѣли. Одинъ изъ описываемыхъ случаевъ разобранъ наиболѣе подробно и иллюстрированъ 2 фотографическими снимками.

П. Овчинниковъ.

Б. С. Миклашевскій. *Перевязка общей сонной артеріи по поводу огнестрѣльной раны въ области нижней челюсти.* Русскій Врачъ. 1903 г. № 2.

Дополняя однимъ наблюденіемъ довольно обширный казуистическій матеріалъ, авторъ оправдываетъ появленіе своего сообщенія нѣкоторыми особенностями случая. Перевязка art. carot. comm. была вызвана появившимися повторными кровотечениями изъ огнестрѣльной раны въ области нижней челюсти, при чемъ сначала предполагалось сдѣлать ее провизорно, чтобы найти кровоточащій въ ранѣ сосудъ. При значительномъ отека шее, артерія быстро найдена исключительно благодаря приему Tillaux—оттягиванію впередъ, гортани и трахеи. Перевязка сосуда вопреки ожиданію не вызвала никакихъ угрожающихъ явленій со стороны мозга. Черезъ мѣсяцъ послѣ перевязки послѣдовалъ правосторонній параличъ, который авторъ не можетъ объяснить эмболией въ виду достаточной продолжительности времени для организациі образовавшагося тромба. Онъ склоненъ видѣть причину гемиплегіи въ послѣдовательномъ кровоизліаніи вслѣдствіе участковаго размягченія мозга на почвѣ ослабленнаго (предварительными повторными потерями крови) питанія мозга. Больной сравнительно скоро оправился отъ паралича и выписался замѣтно окрѣпшимъ.

П. Овчинниковъ.

Я. Б. Зельдовичъ. *Леченіе рубцовыхъ суженій пищевода электролизомъ.* Русскій Врачъ. 1903. № 1.

Въ основѣ леченія электролизомъ лежатъ экспериментальныя данныя, изъ которыхъ явствуется, что электрическій токъ, разлагая