

съ ними кишки оставлена была внѣ брюшины подъ антисептической повязкой. Уже на слѣдующій день кишка приняла болѣе хорошій цвѣтъ, Реан'ы сняты, отверстіе затянулось. Черезъ 12 дней кишка настолько хороша, что сдѣлано вправленіе. Больной скоро выпиcался совершенно здоровымъ.

Прив.-доц. Н. И. Напалковъ. *Наложеніе кишечнаго пище-
пного свища при ракъ желудка.*

Обзоръ литературнаго матеріала (81 случай) и собственные наблюденія автора (3 исторіи болѣзни) заставляютъ его, не согласиться съ мнѣніемъ Mikulicz'a, будто наложеніе кишечнаго шва не освобождаетъ больного отъ страданій и только способно продлить ихъ. Въ большинствѣ литературныхъ данныхъ и въ двухъ изъ принадлежащихъ автору случаевъ констатировано несомнѣнное улучшеніе общаго состоянія больного и устраненіе мѣстныхъ припадковъ со стороны желудка.—Что касается показаній къ наложенію свища, то, по автору, онъ примѣнилъ какъ при раковыхъ пораженіяхъ, такъ и при другихъ заболѣваніяхъ желудка въ тѣхъ случаяхъ, когда, благодаря тѣмъ или инымъ условіямъ, не можетъ быть сдѣлана гастростомія или гастроэнтеростомія. Таковы: сильное распространеніе новообразованія по желудочной стѣнкѣ, обильное кровотеченіе изъ распадающейся опухоли; сморщиваніе стѣнки желудка; значительное растяженіе съ атрофіей мышечнаго слоя; обширныя сращения желудка и кишокъ. Невыгодная сторона энтеростоміи заключается въ устраненіи желудка изъ пищеваренія, но это обстоятельство не должно останавливать хирурга, потому что вопросъ о перевариваніи и усвоеніи безъ участія желудка въ настоящее время рѣшенъ утвердительно какъ работами физиологовъ, такъ и клиническими наблюденіями. Необходимо слѣдить лишь за легкимъ поступленіемъ въ отводящій отдѣлъ кишечника желчи и панкреатическаго сока.—Оперативная техника энтеростоміи дов. разнообразна. Кишечный свищъ накладывался какъ на duodenum (в. рѣдко), такъ по большей части на jejunum. Принято брать тонкую кишку на разстояніи 20—30 см. отъ duodenum. Существуетъ нѣсколько способовъ энтеростоміи. Боковой свищъ, накладываемый по одно-моментному способу, часто грозитъ загрязненіемъ брюшины; двумоментный способъ не удовлетворяетъ цѣли наложенія—быстро начать питаніе больного. Оба способа имѣютъ и общій недостатокъ—истеченіе въ рану содержимаго верхняго отдѣла кишки. За способомъ Albert'a остается недостатокъ двумоментной операци. Методъ Maydl'a также не устраняетъ иногда истеченія кишечнаго содержимаго. Предложеніе Witzel'a накладывать косой каналъ получило наибольшее распространеніе, и этому принципу слѣдуетъ большинство хирурговъ при гастро и энтеростоміи. Важно при этомъ одно

обстоятельство—не допустить задержки отдѣляемаго верхняго отдѣла кишечника, что было въ одномъ случаѣ автора. Къ устраненію этого неудобства клонится предложеніе П. К. Бочкарева—прежде образованія канала сшить кольца петли (двумя серозно-мышечными швами), образовать (разрѣзомъ между швами) общую полость и въ верхнемъ отдѣлѣ ея провести косою каналъ.

Проф. П. И. Дьяконовъ. *Къ ученію о желчнокаменной болѣзни.*

При изученіи литературно-статистической стороны вопроса, бросается въ глаза неравномѣрное распредѣленіе количества оперируемыхъ по поводу желчно-каменной болѣзни. Россія принадлежитъ къ числу странъ, гдѣ это заболѣваніе очень мало распространено, на что указываютъ какъ данныя патологоанатомическихъ вскрытій, такъ и больничные отчеты. Вопросъ о причинахъ этого явленія остается открытымъ.—Распознаваніе желчныхъ камней, не смотря на отчетливыя описанія симптоматологии заболѣванія, часто затруднительно, благодаря возможности смѣшенія этихъ симптомовъ съ вызываемыми, напр., аппендицитомъ. Дѣлу распознаванія можетъ помочь рентгеноскопія, но необходимо пока еще дальнѣйшее развитіе техники въ этомъ направленіи.—Вопреки мнѣнію нѣкоторыхъ клиницистовъ необходимо смотрѣть на присутствіе желчнаго камня, какъ на опасное страданіе, часто влекущее дурныя послѣдствія. Поэтому слѣдуетъ во всякомъ распознанномъ случаѣ прибѣгать къ оперативному леченію, и показаніемъ къ нему должно служить даже одно присутствіе камня.—Изъ трехъ оперативныхъ пріемовъ, наичаще практикуемыхъ—холецистотоміи, холецистэктоміи и холецистэктоміи—первый долженъ быть вовсе оставленъ. Наболѣе удовлетворяетъ требованіямъ третій пріемъ, который долженъ быть замѣненъ вторымъ, съ одной стороны, при существованіи непроходимости общаго желчнаго протока и съ другой—для дренажа системы желчныхъ ходовъ.—Цистикотомія и холедохотомія сравнительно рѣдко примѣняются (при локализациі камней въ этихъ путяхъ).

Прив.-доц. В. А. Воробьевъ. *О симптомахъ холелетіаза при страданіяхъ поджелудочной железы.*

Хроническія страданія поджелудочной железы (хроническій панкреатитъ, камни), существуя иногда скрыто и не вызывая болѣзненныхъ симптомовъ, въ другихъ случаяхъ сопровождаются извѣстными