

на пальцахъ ногъ, потомъ въ теченіе 10—15 мин. распространяется выше, доходя иногда до реберъ; она имѣетъ характеръ частичной анестезіи—обезболиванія, аналгезіи,—тактильная же и термическая чувствительность сохранены. 3. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ (изъ 201 въ 197) аналгезія совершенна. 4. 50% подвергнутыхъ спинно-мозговой анестезіи переносятъ ее безъ всякихъ дурныхъ ощущеній; въ худшемъ случаѣ вслѣдъ за чувствомъ недомоганія, давления подъ ложечкой появляется тошнота и рвота (1—2—4 раза); черезъ 10—15 м. все проходитъ, и больной успокаивается. Указанные симптомы наблюдаются или вмѣстѣ или по отдѣльности. 5. Центральная нервная система и периферическая выше анестезированныхъ областей остаются незатронутыми. Пульсъ всегда учащается на 10—20 ударовъ, можетъ доходить до 120. Дыханіе углублено и учащено на 2—4 вдоха. Иногда наблюдается произвольная дефекація. 6. Аналгезія длится отъ $\frac{1}{2}$ часа до 2 ч. 40 м.; восстановление чувствительности совершается въ обратномъ ея уничтоженію порядкѣ. 7. Изъ послѣдовательныхъ явленій отмѣчается: въ большинствѣ случаевъ, черезъ 4—5 час. повышеніе температуры до 37, 5—39, 5 (два раза до 40, 2) иногда съ предшествующимъ знобомъ; почти въ половинѣ случаевъ—головная боль, обыкновенно прекращавшаяся къ утру слѣдующаго дня вмѣстѣ съ пониженіемъ температуры, но въ исключительныхъ случаяхъ державшаяся 3—4 дня.

Техника впрыскиванія несложна. Опредѣливъ прощупываніемъ (въ сидячемъ, слегка наклонномъ положеніи больного) промежутокъ между 3 и 4 или 4 и 5 поясничными остями (при затрудненіи для прощупыванія остей, положеніе промежутка между 3 и 4 опредѣляется горизонтальной линіей, соединяющей высшія точки подвздошныхъ костей), вкалываютъ на 0,5 см. вправо отъ средней линіи платиновую иглу (длиною въ 8 см) и осторожно углубляютъ ее (приблизительно на 4—6 см), уклоняя слегка влѣво, до появленія прозрачной жидкости. Соединяютъ иглу со шприцемъ Pravaz'a и вводятъ не болѣе 1 с. см. раствора.—Съ появленіемъ анестезіи, больного укладываютъ въ требуемое операцией положеніе.

П. Овчинниковъ.

В. М. Ченанъ. *Къ хирургіи опухолей легкаго. Саркома легкаго. Переносъ въ правой паховой области. Резекція легкаго. Изслѣченіе опухоли въ паховой области.* „Хирургія“. т. XII № 70.

Начало научной разработки хирургіи легкихъ относится къ 1873 г., когда Mosler и Hüter сдѣлали первую пневмотомію по поводу поверхностной бронхоэктазіи. Экспериментальныя наблюденія на животныхъ, принадлежащіе Glück'у, Schmidt'у, Block'у и др., доказали возмож-

ность легочной хирургии и выносливость легкаго къ хирургическому вмѣшательству. Къ 1898 г. Tuffier могъ насчитать уже 306 случаевъ оперативнаго вмѣшательства на легкихъ по разнымъ поводамъ: раны легкаго, травматическія выпаденія, грижи, опухоли, эхинококкъ, туберкулезныя бронхоэктатическія каверны, гнойники, омертвѣнія, актиномикозъ, инородныя тѣла. Въ его собраніи на долю опухолей приходится всего 7 случаевъ, въ которыхъ была примѣнена резекція легкаго. Инициаторомъ этой операціи Tuffier считаетъ Sedillot. Авторъ реферлируемой статьи дополняетъ таблицу Tuffier двумя случаями, относящимся ко времени до 1898 г.,—A. Milton'a и R. Park'a,—и тремя—послѣ 1897 г.—Helferich'a (1898), Gerulanos (1898) и своимъ (1901)—и насчитываетъ, такъ обр., 12 случаевъ операцій надъ легкимъ по поводу опухолей. Почти всѣ 12 случаевъ относятся къ вторичнымъ опухолямъ (саркома, хондрома и миксохондрома); сомнѣніе возникло лишь по поводу случая Рѳан'a, который, по Fergier, долженъ быть отнесенъ къ первичнымъ опухолямъ. На всѣ эти случаи насчитывается 7 смертельныхъ исходовъ и 5 выздоровленій, изъ которыхъ въ одномъ случаѣ больной жилъ 4 г. 8 мѣс, а въ другомъ—больная Krönlein'a—7 лѣтъ послѣ первой операціи (случай рецидивирующей саркомы) «Эти результаты, говоритъ авторъ, нельзя не назвать ободряющими и располагающими къ дальнѣйшимъ попыткамъ».

Принадлежащій автору случай относится къ 30-лѣтней женщинѣ, которая явилась съ жалобами на сильныя боли въ правомъ боку, слабость, потерю аппетита, исхуданіе. Объективное изслѣдованіе обнаружило ассиметрію грудной клѣтки; въ области 5—8 реберъ впереди отъ *lin. axillaris ant.*—плоская припухлость, покрытая нормальной кожей, неподвижная, болѣзненная, слегка сглаживающая межреберья, мягковатая, но безъ зыбленія, величиною 15—20 см., безъ рѣзкихъ границъ. Въ области опухоли притупленіе тона, ослабленный *fremitus pectoralis*, ослабленіе везикулярнаго дыханія, выходящее и за предѣлы припухлости. Хриповъ нѣтъ. Въ правомъ паху опухоль величиною въ грецкій орѣхъ, по мѣстоположенію не соответствующая лимфатическому узлу. При распознаваніи злокачественнаго новообразованія въ грудной клѣткѣ, приступлено къ операціи. По удаленіи поверхностныхъ слоевъ опухоли, оказалось, что послѣдняя проросла подъ ребра, которыя (4—7) найдены изъѣденными и удалены на протяженіи 15—20 см. Постепенное удаленіе подлежащей опухоли показало проростаніе ея въ ткань легкаго въ нижней долѣ, при чемъ легкое оказалось сращеннымъ съ діафрагмой. Плевра вскрыта на пространствѣ 3-хъ копѣечной монеты; явленій пневмоторакса не было. Часть легочной ткани, занятой опухолью, насколько возможно было безъ риска проникнуть въ брюшную полость, удалена при помощи Раquelin'овскаго аппарата. Кровотеченія не было. Рана легкаго рыхло тампонирована марлей, на кожную наложены швы. Паховой метастазъ также удаленъ; оказалась, что опухоль сидѣла въ толщѣ мышцъ. Въ послѣоперационномъ теченіи болѣзни на 1-й день обнаружены явленія со стороны легкихъ—незначительный кашель и кровохарканіе, уменьшившіяся на 2-й день. При манипуляціяхъ въ уходѣ за раной, явленій раздраженія легкаго не замѣчено.

На четвертый день послѣ операціи замѣченъ упадокъ сердечной дѣятельности, постепенно прогрессирувавшій въ слѣдующіе дни. На 17 день—смерть. Вскрытія не было.

Приводя въ концѣ статьи литературныя данныя относительно оперативной техники, авторъ останавливается болѣе подробно на второмъ моментѣ операціи—разрѣзѣ плевры—въ виду существеннаго вопроса о значеніи оперативнаго пневмоторакса.

Меньшинство авторовъ, допуская возможность борьбы съ этимъ явленіемъ, мало боятся его. Другіе считаютъ необходимымъ присутствіе плевральныхъ сращеній и обращаютъ особенное вниманіе на распознаваніе послѣднихъ. Къ сожалѣнію, ни одинъ изъ существующихъ способовъ распознаванія не даетъ, по отзывамъ авторовъ, надежнаго результата. Тоже самое слѣдуетъ сказать и о различныхъ способахъ искусственнаго производства сращеній. Что касается третьяго момента—резекціи легкаго, то, за недостаточнымъ количествомъ случаевъ этой операціи, еще не выработано никакихъ общихъ правилъ. Также не выяснено еще—слѣдуетъ ли зашивать легочную рану или оставлять ее открытою.

П. Овчинниковъ.

С. П. Федоровъ *Къ казуистикѣ опухолей брюшной полости.*
„Хирургія“ т. XII. № 70.

У 40-лѣтней женщины въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ развилась въ животѣ опухоль, сопровождаемая явлениями исхуданія. При объективномъ изслѣдованіи найдена бугристая опухоль, занимающая средину живота. Отъ печени и лобка опухоль отдѣляется полоскою тимпаническаго звука; по сторонамъ опухоли, въ лежачемъ положеніи больной—тимпаническій тонъ, надъ опухолью—тупость. Съ половымъ аппаратомъ опухоль связи не имѣетъ. Она подвижна въ стороны, но не смѣщается ни кверху ни книзу. Диагностирована злокачественная опухоль (саркома) верхняго отдѣла брюшной полости.

При чревосѣченіи найдено: опухоль, покрытая сращеннымъ съ нею салъникомъ, сверху ограничена желудкомъ, снизу—поперечно-ободочной кишкой. Сзади нѣтъ связи ни съ рапсгаас, ни съ ретроперитонеальными лимфатическими узлами. Очевидно, ростъ опухоли начался между листками желудочно-ободочной связки, и при значительномъ увеличеніи опухоль вдвинулась между желудкомъ и colon transversum. Съ тѣмъ и другимъ органомъ опухоль сращена; обширными сращеніями съ желудкомъ и должна быть объяснена ея неподвижность вверхъ и внизъ.

Послѣ разъединенія сращеній, оказалось, что colon transversum на протяженіи 15 см. отдѣлена какъ отъ салъника, такъ и отъ mesoco