

На четвертый день послѣ операциі 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 операциі—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 операциі, 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 полосою 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 рангсгаас, 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

лон. Въ виду несомнѣнной опасности омертвѣнія, этотъ участокъ инвагинированъ въ направленіи къ col. descendens. Инвагинація фиксирована швами серозной оболочки. Такой приемъ употребленъ въ виду нежеланія затянуть операцію, съ одной стороны, а съ другой—чтобы не подвергать больную, страдавшую вмѣстѣ и нефритомъ, опасности загрязненія брюшины. Рана серозной оболочки желудка зашита непрерывнымъ шелковымъ швомъ. Брюшная стѣнка зашита наглухо. Послѣ-операционное теченіе благоприятное. Полный успѣхъ инвагинаціи. Въ первыелишь дни была у больной икота, тошнота и рвота, исчезнувшія на 4-й день. Кусочковъ кишечной стѣнки въ испражненияхъ не найдено. Съ 5-го дня-аппетитъ, самостоятельный стулъ. Prima intentio. Черезъ 4 недѣли больная выписалась. Въсь изсѣченной опухоли $8\frac{1}{2}$ фунтовъ; микроскопическій діагнозъ: sarcoma fusocellulare myxomatodes.

II. Овчинниковъ.

Е. I. Канскій. *Замѣтка о кишечной магnezіальной пуговкѣ Chlumsk'аго.* „Русскій хирургическій архивъ“. кн. 5.

Предлагая магnezіальную кишечную пуговку, Chlumsky говоритъ о легкомъ разсасываніи ея въ зависимости отъ характера отдѣляемаго того или иного отдѣла желудочно-кишечнаго тракта. Однако опубликованные Зельдовичемъ наблюденія неравномѣрнаго разрушенія выдѣляющей магnezіальной пуговки, примѣненной въ трехъ случаяхъ gastroenterostomiae, наводитъ на сомнѣніе въ правильности выводовъ Chlumsk'аго. Для выясненія вопроса авторомъ предпринята экспериментальная работа о вліяніи желудочнаго и кишечнаго сока на магній и магnezіальную пуговку. Исправивъ нѣкоторыя неточности хирургической литературы касательно химической характеристики металла, авторъ излагаетъ сущность своихъ экспериментовъ. Послѣдніе состоятъ изъ двухъ группъ. Съ одной стороны, авторъ дѣлалъ различнаго рода операціи на кишечникѣ собаки съ примѣненіемъ испытываемой пуговки. Параллельно этому пластинки металла подвергались дѣйствию желудочнаго и кишечнаго сока in vitro. Результаты того и другого опытовъ—аналогичны.

Общее въ нихъ то, что магній легко поддается дѣйствию кислотнаго желудочнаго сока и нисколько не измѣняется, приходя въ соприкосновеніе съ щелочнымъ отдѣляемымъ кишечника. Какъ въ случаяхъ gastroenterostomiae въ испраженіяхъ собакъ къ концу 6 или 7 сутокъ были находимы осколки пуговки съ изсѣденной, шероховатой поверхностью; такъ при опытахъ in vitro пластинки магнія быстро (къ концу 1 сут.) растворялись желудочнымъ сокомъ собаки. Съ другой стороны, какъ при операціяхъ надъ кишечникомъ пуговки выдѣлялись только почернѣвшими, такъ и in vitro магnezіевыя пластин-