

кое, но черезъ 2 недѣли появился выпотъ въ плеврѣ съ правой стороны и какой-то болѣзненный процессъ въ легкомъ, который авторъ считаетъ мета-статическимъ злокачественной удаленной опухоли. Въ теченіе дальнѣйшихъ 3 недѣль явленія со стороны легкаго не исчезли, хотя больная нѣсколько поправилась. Въ половыхъ органахъ измѣненій нѣтъ. **Н. Канушкинъ.**

**113. M. Sängcr. Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomieen.** (Deutsche medic. Wochenschr., 1891 г., № 4). **О дренажѣ брюшной полости при чревосѣченіяхъ.**

Авторъ является поклонникомъ дренажа брюшной полости, если и не шаблоно примѣняемаго послѣ всякаго чревосѣченія, то для извѣстнаго ряда случаевъ. Показаніями для дренажа онъ считаетъ: 1) существованіе мѣстныхъ скопленій крови, разложившихся (инфицированныхъ) или способныхъ разлагаться секретовъ, если обезвреживаніе ихъ превышаетъ всасывательную способность брюшины, мѣстно или вообще пониженную; 2) возможность послѣдовательнаго накопленія секретовъ, разложене (инфекція) и всасываніе которыхъ заставляетъ опасаться септической интоксикаціи; 3) опасеніе вскрытія полыхъ органовъ съ не безразличнымъ содержимымъ (мочевой пузырь, кишка); 4) необходимость обособить болѣе значительныя, обильно сецернирующія полостныя раны отъ остальной брюшной полости.

Изъ различныхъ видовъ дренажа авторъ предпочитаетъ дугообразно изогнутыя стеклянныя трубки съ многочисленными боковыми отверстіями, выполненныя асептической марлею (капиллярный дренажъ), при чемъ онъ ограничивается брюшнымъ дренажемъ (черезъ нижній уголь брюшной раны) и никогда не прибѣгаетъ къ двустороннему, брюшно-влагалищному дренажу.

За послѣднее время авторъ изъ 54 чревосѣченій въ 14 примѣнилъ дренажъ брюшной полости; изъ этого числа только одна больная (крайне тяжелый случай) умерла отъ шок'a, остальные 13 выздоровѣли.

**А. Фишеръ.**

**114. C. Jacobs. Remarques cliniques et operatoires sur une serie de cinquante laparotomies.** (Bulletins et mémoires de la Société obstétr. et gynécol. de Paris, 1890, № 12; séance du 11 décembre). **Замѣтки по поводу пятидесяти чревосѣченій.**

Въ началѣ своего доклада авторъ подробно описываетъ обстановку, при которой онъ оперируетъ. Инструменты непосредственно передъ операціею кипятятся въ водѣ втеченіе 5 минутъ, зубчатые инструменты (пинцеты и т. п.) прокаливается на спиртовой лампѣ; во время операціи они лежатъ въ кипяченой водѣ. Для швовъ употребляется шелкъ, прокипяченный въ 5% карболовомъ растворѣ и сохраняемый въ смѣси изъ равныхъ частей 1% (? реф.) раствора сулемы и абсолютнаго алкоголя; изрѣдка примѣняется кэтугъ обеззараженный предварительно лежаніемъ въ теченіе въ 12 часовъ 0,1% раствора сулемы и затѣмъ продержанный въ теченіе нѣсколькихъ дней въ смѣси изъ 1 ч. ol. juniperi и 2 чч. алкоголя. Губки употребляются рѣдко, — ихъ за-

мѣняютъ тампоны изъ асептической марли, которые въ моментъ операціи кладутся въ  $1/2^{\circ}/_{\infty}$  растворъ сулемы. Операторъ и его четыре помощника надѣваютъ обеззараженные каучуковые передники; рукава засучиваются выше локтей; руки моются зеленымъ мыломъ со щеткою, затѣмъ абсолютнымъ алкоголемъ и растворомъ сулемы. Больной наканунѣ операціи дѣлается общая ванна и дается слабительное; затѣмъ, когда она уже захлороформирована, волосы на mons Veneris сбиваются, брюшная стѣнка тщательно моется зеленымъ мыломъ со щеткою, сѣрнымъ эфиромъ и  $1^{\circ}/_{\infty}$  растворомъ сулемы. Послѣ этого, во время самой операціи, никакихъ дезинфицирующихъ жидкостей авторъ не употребляетъ; брюшная полость, въ случаѣ надобности, промывается кипяченою водою. Послѣ операціи края брюшной раны обмываются сулемою и пульверизируются іодоформомъ; затѣмъ накладываются швы, 3—4 глубокихъ, захватывающихъ всю толщу брюшныхъ стѣнокъ, и много поверхностныхъ.

Перевязка заключается въ слѣдующемъ: зашитая рана присыпается порошкомъ салолоа или іодоформа, затѣмъ кладется нѣсколько слоевъ салоловой марли и, наконецъ, сулемовая вата; все это удерживается бинтомъ изъ бумажной ткани.

Послѣоперационный уходъ ничего особеннаго не представляетъ.

Произведенныя авторомъ 50 чревосѣченій распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

6 чревосѣченій при фиброміомахъ матки (3 гистеректоміи, 2 міотоміи и 1 кастрація),

2 чревосѣченія при бугорчаткѣ брюшины и внутрен. половыхъ органовъ,

21 » при воспаленіяхъ трубъ и яичниковъ,

7 » пробныхъ (*laparotomia explorativa*),

7 » при кистахъ яичника и широкой связки,

6 » при заднихъ смѣщеніяхъ и выпаденіи матки (*hysteropexia abdominalis anterior*),

1 чревосѣченіе при раковой опухоли нисходящей ободочной кишки.

Изъ нихъ умерли 3 (т. е.  $6^{\circ}/_{\infty}$ ): двѣ послѣ *salpingectomy* (на 2-й и 3-й день послѣ операціи) и одна послѣ вырѣзыванія рака *colonis* съ резекціей части кишки (на 2-й день).

Приводятся болѣе или менѣе подробныя исторіи болѣзни всѣхъ случаевъ.

#### А. Фишеръ.

115. Thomson. Experimentelle Untersuchungen ueber die Entstehung von Adhäsionen in der Bauchhöhle nach Laparotomien. (*Centbl. f. Gyn.*, 1891, № 5). Экспериментальныя изслѣдованія о происхожденіи сращеній въ брюшной полости послѣ чревосѣченій.

Сращенія кишекъ и сальника послѣ чревосѣченій, главнымъ образомъ, съ брюшной раной—явленіе частое, доказываемое цѣлымъ рядомъ клиническихъ наблюденій при повторныхъ чревосѣченіяхъ у однихъ и тѣхъ-же субъектовъ. Между тѣмъ вопросъ о причинахъ подобнаго явленія, не смотря даже на