

тельство, значительно; но не велико число заболѣваній, гдѣ оно возможно. Съ теоретической точки зрѣнія могутъ быть установлены слѣдующія условія для возможности оперативнаго пособія. Во 1, необходимо точное представленіе о локализациі процесса, къ чему можетъ вести примѣненіе всѣхъ способовъ изслѣдованія, кончая рентгеноскопией и пробной торакотоміей. Въ 2, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ хирургу приходится имѣть дѣло съ септическими заболѣваніями легкихъ, то необходимо принимать во вниманіе возможность дренажа. Въ 3, важно принимать въ расчетъ состояніе стѣнки гнойной полости, которая въ случаѣ давности процесса является очень плотной и неспадающейся. Наконецъ, состояніе скелета и анатомическое строеніе грудной кѣтки также должны быть приняты во вниманіе — Легочныя пораженія, поддающіяся хирургическому леченію, дѣлятся на слѣд. 3 группы: а) септические процессы, куда относятся абсцессы, гангрена, бронхоэктазіи; б) туберкулезъ; с) актиномикозъ и эхинококкъ. Что касается абсцессовъ, то несмотря на сравнительно частое самопроизвольное заживленіе ихъ, необходимо дов. раннее примѣненіе ножа, во 1, на томъ основаніи, что промедленіемъ можно упустить удобный моментъ и во 2, потому, что абсцессъ часто вызываетъ эмпіему и въ 3, вслѣдствіе медленнаго заживленія даже въ случаяхъ остраго процесса. При гангренѣ раннее оперативное вмѣшательство несомнѣнно показано. Статистическія данныя указываютъ на пониженіе % смертности въ случаяхъ хирургическаго леченія. Бронхоэктазіи являются наихудшимъ объектомъ для легочныхъ операций, но и здѣсь % успѣшнаго леченія довольно высокъ. Въ случаяхъ туберкулеза произведены были резекціи верхушекъ въ начальныхъ стадіяхъ процесса и вскрытіе кавернъ. Однако результаты оказались плачевными, тѣмъ болѣе что и сама операція является палліативнымъ средствомъ. Актиномикотическое пораженіе легкаго можетъ поддаться хирургическому леченію въ тѣхъ случаяхъ, если удастся удалить всѣ пораженныя ткани. Во всѣхъ упомянутыхъ процессахъ нерѣдко играютъ роль инородныя тѣла, иногда попадающія въ бронхи черезъ дыхательные пути. Нѣтъ сомнѣнія, что они должны быть удаляемы. лучше всего, естественнымъ путемъ съ помощью бронхоскопій по Killian'у. Диагностика эхинококка, легкаго и плевры часто бываетъ затруднительна, но тамъ гдѣ діагнозъ поставленъ радикальнымъ леченіемъ будетъ хирургическое.

В. К. Гейнацъ. *О радикальной операціи паховыхъ грыжъ по способу Symonds'a.* Врач. Газ. 1903 г. №№ 27—28.

Въ 1901 году Wells описалъ радикальную операцію грыжестѣченія по выработанному Symonds'омъ методу, основная мысль котораго заключается въ томъ, чтобы подойти къ грыжевому мѣшку со сто-

роны полости брюшины, По вскрытіи брюшной стѣнки на уровнѣ наружнаго края *m. recti*, палець вводится въ грыжевой мѣшокъ и освобождаетъ его отъ содержимаго. Далѣе введенной по пальцу кр-рицангъ захватываетъ верхушку мѣшка, и послѣдній постепеннымъ потягиваніемъ отслаивается и вывертывается на изнанку. Перекрученнымъ онъ пришивается къ пристѣнкой брюшинѣ и поперечной фасціи (въ ранѣ); а паховой каналъ ссуживается сшиваніемъ ножекъ апоневроза, образующаго наружное паховое кольцо. Какъ мысль внутрибрюшиннаго доступа къ грыжевому мѣшку, такъ и выворачиваніе послѣдняго—два существенные момента операціи Symonds'a—не новы. Исключительно ему принадлежитъ выворачиваніе мѣшка не отпрепарованнымъ. Къ несомнѣннымъ достоинствамъ операціи принадлежитъ полное устраненіе брюшинной ямки; однако извѣстна подвижность брюшины и малая устойчивость подбрюшинной клѣтчатки. Для провѣрки пригодности способа Symonds'a въ хирургической клиникѣ Военномедицинской Академіи было сдѣлано нѣсколько операцій этого типа. Такъ какъ операція Symonds'a непримѣнима къ врожденнымъ грыжамъ съ незарошеннымъ отверстіемъ грыжевого мѣшка, а также къ ущемленнымъ грыжамъ и къ грыжамъ съ маленькимъ грыжевымъ мѣшкомъ, то для отвѣта были отобраны субъекты съ приобретенными средней величины грыжами. Во всѣхъ четырехъ случаяхъ выворачиваніе мѣшка удалось очень легко. Закрытіе каната дѣлалось по Symonds'у. Въ первыхъ трехъ случаяхъ рецидива не видѣли (наблюденіе до 5 мѣс.), но за то въ одномъ изъ нихъ оказалось раненіе мочевого пузыря: захваченнаго при закручиваніи грыжевого мѣшка. Во избѣжаніе этого рѣшено было въ слѣдующій разъ захватывать только серозную оболочку мѣшка. Въ этомъ краѣ мѣшокъ оказался короткимъ, такъ что вмѣстѣ не было примѣнено и закручиванія. И въ этомъ случаѣ, правда протекшемъ съ нагноеніемъ швовъ и выходомъ лигатуръ, произошелъ рецидивъ къ концу перваго мѣсяца. Такъ обнаружился крупный недостатокъ операціи Symonds'a—опасность раненія мочевого пузыря въ близости котораго трудно ориентироваться при этой операціи, и недостаточная гарантія отъ рецидивовъ при осторожномъ вшиваніи мѣшка. Ст. быть, способъ Symonds'a долженъ считаться менѣе радикальнымъ. Съ другой стороны, онъ и менѣе безопасенъ ближайшимъ образомъ, какъ всякая лапаротомія, а въ болѣе отдаленномъ будущемъ—какъ грозящій возможностью внутренняго ущемленія кишекъ, вслѣдствіе образованія тяжа въ полости брюшины. Конечный выводъ таковъ, что операціи Symonds'a примѣнима, только какъ попутная при лапаротоміи въ нижней части живота.

Проф. В. Н. Тонковъ. *Два случая аномалій почекъ.* Рус. Хир. Арх. 1903 г. Кн. 2.

Въ одномъ случаѣ при нѣсколько уменьшенной правой почкѣ съ двумя артеріальными стволами, лѣвая значительно увеличена (12,5×5,5 и 7,0 см.) и лежитъ на уровнѣ отъ 12 грудного позвонка