

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 ксрипангъ 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 сьуживается 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. Исклѣчительно 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

до верхней $\frac{1}{2}$ четвертого поясничнаго. Она имѣетъ двѣ вырѣзки (hilus) и два мочеточника, которые сливаются въ одинъ только на 3 см. ниже дѣленія аорты. Верхній отдѣлъ органа видимо соотвѣтствуетъ нормальной почкѣ, а нижняя часть является ненормальнымъ добавленіемъ. Почка эта получаетъ 4 артеріи, выходящія изъ аорты или ея вѣтвей независимо другъ отъ друга и впадающихъ по двѣ въ верхній и нижній отдѣлъ, и отдаетъ 6 венозныхъ стволовъ. Такая аномалія, по литературнымъ даннымъ, должна быть отмѣчена какъ крайне рѣдкое явленіе. Не столько рѣдка другая аномалія. Въ этомъ случаѣ при нормальной лѣвой почкѣ правая оказалась значительной (до уровнѣ 3 и 4, отчасти 5 поясн. позвонковъ), неправильной формы въ видѣ закругленнаго, сплюсненнаго спереди назадъ образования—съ свободно лежащими на его поверхности чашечками и лоханкою. Эта почка снабжена 2 отходящими отъ arter. iliacaе comm. артеріальными вѣточками и отдаетъ три вены.

Проф. И. К. Спизанскій. *Къ вопросу о трепанации при травматической падуцей.* Рус. Хир. Арх. 1903 г. Кн. 2.

Литературныя данныя, касающіяся трепанации при эпилепсіи, въ первое время давали надежду на блестящую будущность ея, такъ какъ статистики указывали на значительный % выздоровленій. Дальнѣйшія наблюденія однако показали цифры удачныхъ исходовъ операцій должны быть уменьшены. По наиболѣе крупной статистикѣ Matthilious'a, по отношенію къ трепанации при травматической джексоновской эпилепсіи, случаи съ благопріятнымъ результатомъ составляютъ 40,8%; въ случаяхъ общей травматической эпилепсіи этотъ % = 40,3, а для общей эпилепсіи нетравматическаго происхожденія—26,1. На XXVIII съѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ Kocher'омъ сдѣлано сообщеніе, въ которомъ указано было на стойкіе благопріятные результаты трепанации при эпилепсіи, т. обр., въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ была разсѣчена или удалена dura mater особенно съ черепной костью. Докладчикъ объяснилъ это вліяніемъ ослабленія мѣстнаго давленія на общее благодаря произведенной отдушинѣ, такъ какъ эпилепсія находится въ несомнѣнной зависимости отъ повышеннаго внутричерепнаго давленія. Теорія Kocher'a нашла подтвержденіе въ работахъ Schäfer'a, Ito и Березовскаго—Наблюденія автора касаются двухъ клиническихъ случаевъ и стоятъ въ связи съ полученными имъ экспериментальными данными. Сообщая о послѣднихъ, онъ обращаетъ вниманіе, во 1, на то, что трепанационныя отверстія у животныхъ во всѣхъ почти опытахъ заросли не костью, а соединительной тканью и во 2, на то, что и у многихъ изъ этихъ животныхъ, не смотря на присутствіе «вентиля» развились эпилептиформныя припадки. На основаніи клиническихъ наблюденій въ связи съ литературными данными онъ приходитъ къ выводу, что при эпи-