

ку. Весьма подробное гистологическое изслѣдованіе сводится къ тому, что опухоль въ центрѣ представляетъ обычное строеніе надпочечника а по периферіи имѣетъ эпителиальный характеръ (папиллярная и альвеолярная аденома). Эту опухоль авторъ относитъ къ тѣмъ, которыя описаны Гравитцемъ подъ названіемъ «strumae lipomatodes aberratae renis» и подобно Кіари придаетъ большое діагностическое значеніе присутствію въ этой опухоли особыхъ пигментныхъ клѣтокъ.

А. В. Сивре.

Хирургія.

Русскій хирургическій Архивъ. 1903 г. кн. 1.

О. М. Гольбекъ. *Изъ наблюденій по полевой хирургіи.*

Авторъ приводитъ рядъ наблюденій по военно-полевой хирургіи, сдѣланныхъ (на матеріалѣ въ 111 раненныхъ) завѣдующими военными лазаретами Общества Краснаго Креста въ Volksrust-Transvaal и Water-valboven въ теченіе южно-африканской войны съ февраля по августъ 1900 года.

М. М. Крюковъ. *Къ ученію о бедренныхъ пузырьныхъ грыжахъ.*

Подъ вліяніемъ той или иной причины часть мочевого пузыря, находящаяся вблизи отверстія бедренного канала, вступаетъ въ него и образуетъ такъ наз. пузырьную бедреную грыжу (cystocele crurale). Смотря по отношенію выпавшей части къ грыжевому мѣшку и брюшинѣ, различаютъ cystocele intraperitoneale, extraperitoneale и paraperitoneale. Величина грыжи обыкновенно незначительна. вмѣстѣ со стѣнкой пузыря въ содержимомъ грыжи можетъ быть и мочеточникъ. Выпавшій участокъ стѣнки чаще всего представляетъ явленія атрофіи, рѣдко гипертрофированъ. Со стороны слизистой измѣненій не отмѣчается. Точно также не отмѣчено омертвѣнія грыжевого участка пузыря не смотря иногда на значительное суженіе шейки cystocele и даже наступающую инкарперацію. Пузырные грыжи произвольно не исчезаютъ и остаются неправимыми. Къ числу особенностей пузырьныхъ грыжъ относится частое скопленіе жира (lipocele).—Cystocele crurale—явленіе дов. рѣдкое; оно встрѣчается приблизительно въ 0,5% кишечныхъ бедренныхъ грыжъ, гл. обр., у женщинъ (въ 96%) въ возрастѣ отъ 30 до 40 лѣтъ, чаще всего на правой

сторонѣ.—Къ моментамъ, вызывающимъ наступленіе cystocele относятся: а) физическія напряженія (общій для всякой грыжи моментъ); б) застой мочи съ атрофіей стѣнки и увеличеніемъ подвижности органа; с) присутствіе дивертикула; d) асимметричность формы пузыря; е) присутствіе предпузырного жира, влекущаго въ каналъ стѣнку пузыря; f) прочныя сращения стѣнки съ брюшнымъ покровомъ (для образованія вторичной cystocele).—Въ клинической картинѣ заболѣванія, въ общемъ представляющей обычной для кишечно-сальниковыхъ грыжъ, наиболѣе характерными для cystocele являются: а) ненормальности въ мочеиспусканіи (частота, задержаніе) и боли въ мочевомъ пузырьѣ; б) связь величины грыжи съ наполненіемъ мочевого пузыря (мочою или вливаемой жидкостью); с) иногда особый звукъ («glou-glou»), слышимый въ грыжевой опухоли при мочеиспусканіи.—При операціи по поводу распознанной cystocele, или обнаруженной при herniotomii кишечной, пузырь можетъ быть отдѣленъ отъ грыжевого мѣшка или вправленъ вмѣстѣ съ нимъ. Въ случаяхъ невраивимости или при рѣзкомъ истонченіи cystocele была произведена резекція. Пузырный жиръ совѣтуютъ убирать.

В. Ф. Байковъ. *О нѣкоторыхъ затрудненіяхъ при съеніи застарѣлыхъ грыжъ.*

Оперируя ущемленную мошоночную грыжу 20-лѣтней давности, авторъ натолкнулся на цѣлый рядъ затрудненій. Прежде всего вслѣдствіе ущемленія въ верхнемъ отдѣлѣ грыжевого мѣшка кишки не могли быть вынуты изъ мошонки, для чего потребовался разрѣзъ ея по передней поверхности. Въ содержимомъ грыжи оказалась около аршина тонкой кишки съ утолщенными стѣнками и значительно утолщенной (до $\frac{1}{2}$ вершка) брыжейкой, очевидно, вслѣдствіе постоянного венознаго застоя. Ущемленіе ничѣмъ не отразилось на тонкой кишкѣ. Вмѣстѣ съ ileum въ грыжѣ оказались соесимъ съ appendix'омъ и восходящая часть толстой кишки. Эти послѣднія имѣли нездоровый видъ; особенно сомнительными представлялись два пятна, повидимому, начала гангрены. Для рѣшенія вопроса о жизнеспособности кишечной петли въ подозрительномъ участкѣ, авторъ прибѣгаетъ къ надрѣзу стѣнки до мышечнаго слоя, при чемъ истеченіе изъ разрѣза алой крови даетъ ему право на заключеніе о сохраненіи жизнеспособности (на рану кладется шовъ). Въ данномъ случаѣ проба дала положительный результатъ, и рѣшено было приступить къ вправленію. Послѣднее однако удалось лишь послѣ увеличенія разрѣза брюшной стѣнки къ средней линіи до лобковаго сочлененія (съ отсѣченіемъ m. recti) и прокола толстой кишки для выпусканія скопившихся газовъ (на serosa шовъ). Послѣднимъ затрудненіемъ было вылушеніе грыжевого мѣшка, крѣпко спаяннаго съ подлежащими тканями. Послѣ операціонное теченіе со стороны кишечника и каждой раны гладкое.