

имѣетъ конусообразный видъ съ діаметромъ основанія, равнымъ 6 см. На ощупь у основанія дов. плотна, у верхушки нѣсколько мягче. У основанія имѣется отдѣльный грибовидный выростъ. Справа подъ мышкою прощупывается полушаровидный отдѣльный узелъ; лимфатическіе узлы лѣвой подмышки увеличены, плотны, безболѣзненны. Исключая по теченію болѣзни доброкачественныя опухоли, при дифференціальной діагностикѣ между саркомой и ракомъ остановились на послѣднемъ на основаніи возраста больного и качества опухоли. Больной оперированъ, черезъ $\frac{1}{2}$ года не обнаружено мѣстнаго рецидива.

А. Орловскій. *Къ казуистикѣ эхинококковъ съ рѣдкой локализацией.* Хирургія. т. XIII. № 78.

Авторъ приводитъ три встрѣтившіеся ему случая. Въ одномъ—у больной, которая явилась съ жалобой на заболѣваніе колѣннаго сустава, была распознана бугорчатка послѣдняго. При операціи обнаружилось пораженіе сустава эхинококкомъ, при чемъ оказалось, что разрушенію подвергся нижній эпифизъ бедра, кости же голени не затронуты. Произведена ампутація. Эпифизъ оказался весь разрушеннымъ, а костномозговой каналъ выполненнымъ пузырями эхинококка, которые и выскоблены до верхняго эпифиза. Во второмъ случаѣ была предположена операція вылушенія туберкулезно пораженнаго шейнаго лимфатическаго узла. Оказалась эхинококковая киста съ исходнымъ пунктомъ въ межмышечной клѣтчаткѣ. Въ третьемъ случаѣ былъ поставленъ діагнозъ нагноившейся атеромы въ подкожной клѣтчаткѣ лѣвой половины грудной клѣтки соотвѣтственно двумъ послѣднимъ ребрамъ. По литературнымъ даннымъ, эхинококкъ костей встрѣчается въ 2,2—6% случаевъ, а эхинококкъ подкожной клѣтчатки еще рѣже.

С. Спасокукоцкій. *Пластика мочевого пузыря изъ кишки съ образованіемъ искусственнаго мочепріемника при эктопіи.* Хирургія. т. VIII. № 78.

Имѣя больного съ эктопіею мочевого пузыря и остановившись изъ существующихъ принциповъ леченія этого уродства на отведеніи мочи въ кишечникъ; авторъ выполнилъ это слѣдующимъ образомъ. Круговымъ разрѣзомъ по границѣ кожи вокругъ отверстія пузыря стѣнки послѣдняго отдѣлены и отсепарованы отъ клѣтчатки на $1\frac{1}{2}$ пальца. По остановкѣ кровотеченія, закрывъ пузырь и рану, вскрыли выше брюшную полость по *lin. alba*. Въ рану выведена S-Ro-

танум и на границѣ верхней $\frac{1}{3}$ со среднею перерѣзана между зажимами. Послѣ этого центральный конецъ кишки вшитъ въ гестум въ ся началѣ и вправленъ, а изъ конца периферическаго отрѣзка, вытянутаго наружу и фиксированнаго надъ пузыремъ послѣднимъ швомъ брюшной раны, образована пластинка (продольнымъ разрѣзомъ) и соответственно окруженую употреблена на образование передней стѣнки пузыря. Наложено два ряда швовъ—слизистый и мышечный. Благодаря этому закрытъ пузырь, а изъ S—Romanum получился моче-приемникъ, изолирующій мочевой пузырь отъ кала. По окончаніи пластики, швы на кожные покровы въ области пузыря. Не смотря на то, что тутъ имѣлись уже рубцы—слѣды прежде бывшей операціи,—не смотря далѣе на то, что швы внизу разошлись, и рана была представлена рубцеванію, исходъ былъ удачнымъ. Въ области пузыря остался незначительный, не покрытый эпидермисомъ рубецъ. Функциональная дѣятельность моче-приемника вполне удовлетворительна.

А. Н. Шкаринъ. *О пищеводѣ у дѣтей.* Врач. Газ. 1903 г. №№ 42 и 43.

Въ виду существеннаго практическаго значенія отсутствующихъ въ литературѣ анатомическихъ свѣдѣній о дѣтскомъ пищеводѣ, авторъ изслѣдовалъ 40 труповъ различнаго возраста (отъ 2 дн. до 20 л.) и получилъ слѣд. данныя. До $9\frac{1}{2}$ мѣс. длина пищевода колеблется отъ 11 до 16,9 см.; отношеніе длины пищевода къ длинѣ позвоночника=0,53. Съ возрастомъ послѣдняя цифра постепенно уменьшается вслѣдствіе того, что пищеводъ, хотя и удлиняется, но отстаетъ въ ростѣ отъ туловища. Для 3—6 лѣтнихъ дѣтей она равна 0,47. Приблизительно постоянное цифровое отношеніе между длиною позвоночника и пищевода даетъ возможность опредѣлять (съ ошибкою до 1,5 см.) длину oesophagi по формулѣ, предложенной Морозовымъ: $x = a \times n$, гдѣ x —длина пищевода, a —длина позвоночника, n —отношеніе длинника обоихъ (0,53, 0,47, 0,26 для взрослыхъ). Форма дѣтскаго пищевода въ грудномъ возрастѣ представляется въ видѣ воронкообразной трубки съ небольшимъ расширеніемъ подъ cardia. У болѣе взрослыхъ она постепенно переходитъ въ обычно описываемую.—Вмѣстѣ съ анатомическимъ изслѣдованіемъ ширины органа путемъ измѣренія авторъ примѣнялъ провѣрочныя зондированія и приводитъ таблицу, указывающую №№ зондовъ, соответствующіе данному возрасту. Въ заключеніе излагаются нѣкоторыя гистологическія особенности дѣтскаго пищевода. Это во 1-хъ, слабое развитіе мышечныхъ слоевъ и обиліе клѣточныхъ элементовъ mucosae и submucosae; а во 2-хъ, слабое развитіе покрывнаго эпителия и недостатокъ слизистыхъ железъ.