

процесса. Такъ какъ, съ одной стороны, варикозная расширенія наблюдаются и въ венахъ, лежащихъ глубоко подъ слизистою оболочкой, а съ другой—геморроидальные узлы окутаны соединительной тканью, значительно утолщенной и образующею подъ слизистою довольно толстый слой съ скрытыми въ немъ геморроидальными шишками, то необходимо удаленіе всего этого патологически измѣненного материала. А это возможно лишь при способѣ Whitehead'a. Помимо такой радикальности послѣдняго пріема, онъ въ значительной мѣрѣ безболѣзенъ и даетъ заживленіе болѣе скорое (въ среднемъ 8,5 дней) нежели при лигатурномъ способѣ (среднее—14 дн.) и отжиганіи (18 дн.).

**А. П. Марковитинъ.** Къ технику операций бедренной грыжи. Хирургія 1904 г. № 86.

Рассматривая способы оперативныхъ пріемовъ при коренной операции бедренной грыжи, авторъ останавливается, какъ на наиболѣе удовлетворительномъ, на способѣ Henderson-Nicoll'я, въ которомъ цѣль lig. Puparti; пришивается къ лобковой кости. Пользуясь этимъ способомъ авторъ нашелъ въ немъ два недостатка: а) швы, захватывающіе связку, располагаются въ ней параллельно ходу ея волоконъ, благодаря чему они легко прорѣзываются, раздвигая волокна; б) со-прикосновеніе lig. Pup. съ костью недостаточно. Во избѣженіе указанного авторъ модифицируетъ пріемъ Nicoll'я такъ образомъ, что, вводя шелковыя нити въ отверстія, сдѣланныя въ лобковой кости (1—2 и болѣе по мѣрѣ надобности), спереди назадъ, задними концами нитей прошивается связку свнутри кнаружи, притягивая ее къ передне-верхней поверхности кости на значительно большей поверхности, нежели въ способѣ Nicoll'я, швами, располагающимися поперечно ходу волоконъ. Приведены 3 истории болѣзни съ удовлетворительными результатами операций.

**М. Хворостанскій.** Новообразованіе мочевого пузыря. Хирургія 1904 г. № 86.

Больная, наблюдавшаяся авторомъ, въ теченіе 3 мѣсяцевъ была пользоуема консервативно промываніями пузыря. Безуспѣшность этого лечения принудила автора сдѣлать пробный разрѣзъ пузыря. При операции найдено было въ пузырѣ большое количество мочевого песка (ранѣе выходившаго при мочеиспусканіи и промываніяхъ) и на задней стѣнкѣ кожистый съ широкимъ основаніемъ наростъ, величиною въ вишню. Слизистая нижняго отдѣла рыхла и гипертрофирована.

Опухоль подтянута и срезана ножницами. Кровотечение ничтожное, не потребовавшее никаких мероприятий. Гипертрофированная слизистая выскоблена острой ложечкой. Швы на пузырь по Барнгаупту. Первые дни послѣ операции—содержание въ мочѣ крови, въ теченіе послѣдняго времени появлявшейся въ видѣ точечныхъ сгустковъ. Позывовъ къ мочеиспусканию рѣдки и мало болезненны. *Prima intentio.* Черезъ годъ слизкомъ моча свѣтла, прозрачна, безъ примеси крови, гноя и песка. Болей нѣтъ. Удаленная опухоль на основаніи макроскопического вида (микроскопического изслѣдованія не было) относится авторомъ съ фибропапилломъ (по классификаціи Подрѣза).

Проф. П. Тиховъ. *О неврофиброматозѣ.* Рус. Хир. Арх. 1904 г. кн. 1.—к.

Recklinghausen въ 1882 году въ своей работе, посвященной вопросу о близкой генетической связи кожныхъ фибромъ, множественныхъ невромъ и элеантіоза (нѣкот. мягкая формы), пришелъ къ тому заключенію, что всѣ эти формы, ранѣе описываемыя, какъ отдельные болезненныя единицы, являются симптомами одного конституционального заболѣванія нервной системы, суть проявленія особенного діатеза. Послѣ Recklinghausen'a вопросъ о неврофиброматозѣ разбирается многими авторами, большинство которыхъ въ общемъ примыкаетъ ко взгляду R.; у нихъ разногласіе возникаетъ лишь по частному вопросу объ участіи нервныхъ стволовъ въ развитіи кожныхъ фибромъ что касается воззрѣй противникомъ R., то среди нихъ высказывались за происхожденіе неврофиброматоза въ связи съ другими причинами, чисто даже случайными, какъ травмы, заболѣваніе надпочечниковъ, ракreas. Авторъ на основаніи обширной казуистики (348 сн.) и двухъ лично прослѣженныхъ случаевъ, представляетъ въ своей работе общую характеристику неврофиброматоза.—Это заболѣваніе встрѣчается въ различныхъ формахъ: а) въ видѣ множественныхъ кожныхъ фибромъ, б) элеантіастическихъ складокъ и разрѣшеній, с) общаго и мѣстнаго множественнаго невроматоза. Среди больныхъ замѣчается преобладаніе мужскаго пола. Возрастъ различенъ. Иногда отмѣчается наследственность. Въ симптоматологіи заболѣванія необходимо отмѣтить: а) рядъ признаковъ физического недоразвитія и психического вырожденія (малый ростъ, пороки развитія, разстройства обмѣна веществъ, психическая разстройства); б) участіе покрововъ, выражющееся въ появленіи кожныхъ фибромъ (рѣдко фибромъ на слизистыхъ оболочкахъ), развитіи элеантіастическихъ складокъ, распространеніи пигментныхъ пятенъ, въ нѣкоторыхъ трофическихъ разстройствахъ и въ появленіи другихъ опухолей соединительно-тканного типа. Что касается участія нервной системы въ этомъ заболѣва-