

ружность на уровнѣ пупка=120, 129 и 144 cm., разстояніе отъ мечевиднаго отростка до лобка—62. 68 и 78 cm. Типъ опухолей одинаковъ,—макроскопически авторъ ставитъ діагнозъ *cystomatos proliferi glandularis*; микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано. Характерными чертами во всѣхъ трехъ случаяхъ являются: быстрый ростъ опухолей (1—3 года), сильное истощеніе больныхъ, чрезвычайно растянутый животъ, дающій тупой звукъ по всей поверхности, явственная флюктуация, сильное развитіе подкожной венной сѣти брюшной стѣнки. При операціи во всѣхъ случаяхъ найдено сращеніе стѣнки кисты съ передней брюшной стѣнкой и сальникомъ. Изъ трехъ больныхъ авторъ потерялъ одну благодаря развившемуся септическому перитониту, двѣ другія выздоровѣли. Одинъ изъ описываемыхъ случаевъ разобранъ наиболѣе подробно и иллюстрированъ 2 фотографическими снимками.

П. Овчинниковъ.

Б. С. Миклашевскій. *Перевязка общей сонной артеріи по поводу огнестрѣльной раны въ области нижней челюсти.* Русскій Врачъ. 1903 г. № 2.

Дополняя однимъ наблюденіемъ довольно обширный казуистическій матеріалъ, авторъ оправдываетъ появленіе своего сообщенія нѣкоторыми особенностями случая. Перевязка art. carot. comm. была вызвана появившимися повторными кровотечениями изъ огнестрѣльной раны въ области нижней челюсти, при чемъ сначала предполагалось сдѣлать ее провизорно, чтобы найти кровоточащій въ ранѣ сосудъ. При значительномъ отека шеи, артерія быстро найдена исключительно благодаря приему Tillaux—оттягиванію впередъ, гортани и трахеи. Перевязка сосуда вопреки ожиданію не вызвала никакихъ угрожающихъ явленій со стороны мозга. Черезъ мѣсяцъ послѣ перевязки послѣдовалъ правосторонній параличъ, который авторъ не можетъ объяснить эмболией въ виду достаточной продолжительности времени для организациі образовавшагося тромба. Онъ склоненъ видѣть причину гемиплегіи въ послѣдовательномъ кровоизліаніи вслѣдствіе участковаго размягченія мозга на почвѣ ослабленнаго (предварительными повторными потерями крови) питанія мозга. Больной сравнительно скоро оправился отъ паралича и выписался замѣтно окрѣпшимъ.

П. Овчинниковъ.

Я. Б. Зельдовичъ. *Леченіе рубцовыхъ суженій пищевода электролизомъ.* Русскій Врачъ. 1903. № 1.

Въ основѣ леченія электролизомъ лежатъ экспериментальныя данныя, изъ которыхъ явствуется, что электрическій токъ, разлагая

тканевыя жидкости, останавливаетъ жизнь клѣточки, а образующіяся при этомъ химическія вещества еще болѣе способствуютъ остановкѣ роста ткани. Примѣняя круговой электролизъ (особаго вида приборомъ), при постоянномъ токтъ слабого напряженія, непродолжительными сѣансами (вслѣдствіе близкаго соудства важныхъ органовъ), авторъ добивался положительныхъ результатовъ какъ въ смыслѣ скорости достиженія расширенія и его величины, такъ, главнымъ образомъ, въ смыслѣ стойкости достигнутыхъ результатовъ и болѣе поздняго наступленія рецидивовъ. Авторъ рекомендуетъ этотъ способъ, какъ первый въ числѣ существующихъ пріемовъ расширенія стриктуръ пищевода.

П. Овчинниковъ.

В. А. Лавровъ. *Случай отсутствія одной почки у больного нойнымъ гепатитомъ.* Врач. Газета 1902. № 2.

Вскрывая больного, умершаго отъ гнойнаго гепатита, авторъ обнаружилъ отсутствіе лѣвой почки, надпочечника и мочеточника, такъ что въ мочевомъ пузырьѣ имѣлось одно лишь отверстіе для праваго мочеточника.

Литературныя данныя касательно этого дефекта указываютъ, что онъ встрѣчается не единичными случаями; при чемъ отсутствіе почки всегда сопровождается и отсутствіемъ мочеточника, а иногда и дефектомъ въ половой сферѣ. Нѣкоторые авторы ставятъ въ связь съ этимъ явленіемъ еще гипертрофію сердца. Что касается прижизненной діагностики этого недостатка, то въ литературѣ существуетъ разногласіе по вопросу о важности перкуторныхъ данныхъ почечной области. Авторъ стоитъ на сторонѣ придающихъ значеніе перкуссіи и думаетъ, что обнаруживаемая разниа перкуторныхъ явленій области почекъ (какъ было у описываемаго больного) должна напоминать о возможномъ отсутствіи почки на сторонѣ, дающей менѣе тупой звукъ.

П. Овчинниковъ.

Н. В. Фармаковскій. *„Земскій“ способъ вправленія ущемленныхъ грыжъ.* Врач. Газ. 1903. № 2.

Не претендуя на новизну и интересъ въ медицинѣ вообще описываемаго способа вправленія ущемленныхъ грыжъ, авторъ предлагаетъ товарищамъ испробовать его примѣненіе въ случаяхъ, когда врачъ становится въ безвыходное положеніе за невозможностью примѣненія кроваваго способа и безрезультатностью другихъ пріемовъ вправленія. Способъ состоитъ въ слѣдующемъ. Больного успокаиваютъ и кладутъ съ приподнятымъ тазомъ и слегка согнутыми въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ конечностями, которыя должны въ что нибудь упираться.