

связаемомъ авторомъ, начало болѣзни относится къ дѣтскому возрасту; съ этого времени замѣчено постепенное увеличеніе лѣваго бедра, а позднѣе мошонки, которая къ 22 году достигала громаднхъ размѣровъ. Она спускается до нижней трети бедра; окружность ея сверху = 42 см., въ срединѣ 64, внизу 69 см.—Въ леченіи elephantіазиса примѣнялись: бинтованіе, массажъ, впрыскиванія различныхъ веществъ, перевязка приводящаго артеріальнаго ствола, удаленіе части пораженныхъ участковъ. По отношенію къ scrotum высказываются за ея ампутацію. Въ описываемомъ случаѣ была удалена избыточествующая часть ткани, освобожденъ нѣсколько погруженный въ опухоль penis и сдѣлана соответствующая пластика. Послѣоперационный періодъ правиленъ. Черезъ годъ не констатировано увеличенія мошонки.

В. И. Лисянскій. *Къ казуистикѣ операций выключенія кишки при леченіи каловыхъ свищей.* Хирургія т. XIV. № 82.

Присутствіе калового свища является однимъ изъ показаній къ операциі выключенія кишки, примѣняемомъ въ настоящее время въ трехъ видахъ—энтероанастомоза и собственно выключенія одно и двусторонняго. Примѣненіе операциі исключенія при каловыхъ свищахъ необходимо, по автору, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ невозможно въ силу какихъ либо условій примѣнить наиболѣе радикальный пріемъ—резекцію кишки. Таковы, напр., каловые свищи при заболѣваніи толстой кишки. Что же касается выбора того или иного вида выключенія, то изученіе литературы обнаруживаетъ недостатокъ статистическихъ данныхъ для какихъ либо опредѣленныхъ выводовъ. Можно, впрочемъ, сказать, что простой энтероанастомозъ примѣнимъ при небольшихъ свищахъ, въ остальныхъ же случаяхъ необходимо дѣлать выключеніе. Въ двухъ, описываемыхъ авторомъ случаяхъ, не смотря на сдѣланную операцию энтероанастомоза, свищъ оставался, такъ что въ обоихъ случаяхъ онъ прибѣгнулъ къ круговой резекціи, которой и былъ достигнутъ надлежащій результатъ.

Г. А. Валяшко. *Травматическая киста поджелудочной железы.* Хирургія т. XIV. № 82.

Больная, наблюдавшаяся авторомъ, имѣла въ верхней части живота опухоль въ видѣ полушаровиднаго выпячиванія съ наивысшей точкой на срединѣ разстоянія между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ. Опухоль эластична, дов. значительно напряжена, ясно флюктуируетъ. Отношеніе опухоли къ окружающимъ частямъ таково, что

желудокъ лежитъ надъ опухолью, занимая верхнепереднюю поверхность ея; внизу опухоли проходить толстая кишка. Печень не связана съ опухолью. Справа опухоль доходитъ до продолженной передней аксиллярной линіи, слѣва прощупывается за продолженіемъ задней подмышечной линіи. Распознаваніе—эхинококковая киста сальниковой сумки. При операциі распознаваніе не вполне подтвердилось въ томъ отношеніи, что киста оказалась не эхинококковой, а кровяной. Согласно классификаціи Költe, авторъ называетъ ее ложной кистой pancreatis.—Разсматривая по поводу этого случая вопросъ о кистахъ поджелудочной железы по литературнымъ даннымъ, авторъ приходитъ къ слѣд., наиболее важнымъ выводамъ. 1. Въ этиологія кистъ на первомъ мѣстѣ стоятъ травмы, съ одной стороны, непосредственно вызывающія образование кисты и съ другой—служащая почвой для образованія интерстиціального панкреатита, на почвѣ котораго образуется киста вполнѣдствіи 2. Эти истинныя кисты встрѣчаются значительно рѣже, нежели ложныя, представляющія собою кровоизліяніе или изліяніе панкреатическаго сока гдѣ либо въ окружности pancreatis (сальниковая сумка, подбрюшная клѣтчатка), и часто возникающія безъ участія железы. 3. Ложныя кисты могутъ развиваться, какъ и истинныя, въ б. или м. отдаленный отъ момента травмы срокъ. 4. Симптомы тѣхъ и другихъ кистъ идентичны.

П. Овчинниковъ.

Внутренія болѣзни.

Dr. Arnold Goldmann. (*Die Therapie der Gegenwart, September. 1903.*)

Д-ръ Гольдманъ съ большимъ успѣхомъ примѣняетъ наружно глюкозидъ салицина—saligenin'a при остромъ и хроническомъ полиартритахъ, при плевралгіяхъ и невралгіяхъ n. trigemini и n. ischiadici. Для лучшаго усвоенія кожей и меньшаго ея раздраженія Saligenin примѣняется имъ въ соединеніи съ „vasogenum purum spissum“ въ различной концентрации, въ зависимости отъ тяжести случая. При хроническихъ полиартритахъ авторъ примѣняетъ 10% жидкій растворъ Salicylvasogen'a, въ очень же тяжелыхъ случаяхъ въ соединеніи съ 6—10% растворомъ Iodvasogen'a.

При острыхъ полиартритахъ вначалѣ, первые два, три, дня авторъ совѣтуетъ лишь прикладывать къ воспаленнымъ суставамъ Salicylvasogen, намазавъ на тряпку, положить поверхъ слой ваты и слегка забинтовать. Такая процедура, совершается два раза въ день. Послѣ первыхъ же двухъ приложеній мази замѣчается постепенное умень-