

крови съ гѣматологическими данными при кори (по литературному матеріалу), авторы находятъ лишь ничтожную разницу, объясняя ее возможностью отличія въ силѣ контагія, а не въ его специфическихъ особенностяхъ.

**Р. Д. Зеленскій.** *Къ казуистикѣ эхинококковъ головного мозга*  
Врач. Газ. 1904 г. № 1.

На вскрытіи мозга больного, умершаго при невыясненномъ діагнозѣ, было найдено, что изъ нижняго рога праваго бокового желудочка, растягивая его и оболочкою своею прилегая непосредственно къ эпендимѣ, исходитъ опухоль, которая, при проэкціи на поверхность, занимаетъ область передней центральныхъ извилинъ, всю темняную долю и часть височной. Опухоль оказалась кистой, выполненною прозрачною жидкостью, содержащей на внутренней поверхности зернышка, подъ микроскопомъ представляющія картину эхинококковыхъ сколексовъ. *Insula Reilii*, *capsula interna* и *claustrum* сдавлены опухолью. Мозговые извилины сглажены. Литературно-статистическія данныя касат. эхинококка мозга не велики. По иностраннымъ авторамъ на долю мозга среди пораженій эхинококкомъ падаетъ не болѣе 9%. Въ русской литературѣ авторъ отмѣчаетъ всего 3 случая.

## Хирургія.

**Е. Г. Лазаревъ.** *Къ казуистикѣ эмпіемъ этмоидальной пазухи.* Хирургія. Т. XIV. № 83.

Въ двухъ, наблюдаемыхъ авторомъ, случаяхъ эмпіема этмоидальной пазухи возникла вслѣдствіе бывшаго дакриоцистита. У обѣихъ больныхъ слезно-носовой каналъ оказался суженнымъ; въ одномъ случаѣ нижній слезной каналецъ вскрытъ. Въ одномъ случаѣ эмпіема повела къ образованію свища, расположившагося на I стп. отъ внутренней спайки вѣкъ. Въ другомъ — закупорка носового отверстия пазухи, дававшая стокъ гною, вызвало скопленіе его въ пазухѣ и узору внутренней стѣнки глазницы, слѣдствіемъ чего была флегмона глазницы. Въ первомъ случаѣ больная оперирована дважды. Первый разъ, послѣ трепаначіи слезной кости, полость выскоблена острой ложечкой, сдѣлано сообщеніе съ полостью носа, черезъ которое и дренирована. Свищъ постепенно началъ закрываться, но вскорѣ (черезъ 3½ недѣли) больная, уже выписанная для амбулаторнаго лече-

ня, явилась съ прежними симптомами. Вторая операція слѣлана по нѣскольکو видоизмѣнному способу Ollier (временная резекція носового отростка верхней челюсти). Широкой доступъ къ полости далъ возможность лучше вычистить ее и дренировать. Свищъ закрылся на 21 день. Во второмъ случаѣ больная, получивъ облегченіе флегмоны, отказалась отъ операціи.

---

**В. Н. Розановъ.** *Къ технику оперативнаго пособія при заболваніяхъ позвонковъ.* Хирургія. Т. XIV № 83.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ автору пришлось продѣлать доступъ къ передней поверхности различныхъ отдѣловъ позвоночника. Въ одномъ случаѣ, гдѣ былъ диагностированъ саріесъ праваго поперечнаго отростка II шейнаго позвонка, авторъ воспользовался способомъ Chienepe'a, состоящимъ въ разрѣзѣ по заднему краю m. sternocleidomastoidei и прониканіи въ глубь позади большихъ сосудовъ, при чемъ лежащая непосредственно надъ передней поверхностью позвоночника длинная шейная мышца отодвигается вмѣстѣ съ симпатическимъ нервомъ. Для доступа къ передней поверхности грудныхъ позвонковъ авторъ рекомендуетъ экзартикуляцію головки соотвѣтственнаго ребра, а какъ дополнительный приемъ—резекцію поперечныхъ отростковъ и экзартикуляцію другихъ реберъ. Возможность широкихъ поясничныхъ разрѣзовъ дѣлаетъ в. легкимъ доступъ къ нижнимъ груднымъ и поясничнымъ позвонкомъ. Доступъ къ крестцу и крестцовоподвздошному сочлененію открывается сравнительно мало по способамъ Deibet и Schede; значительно шире и свободнѣе по способу Ollier и Bardenheura. Въ случаѣ автора нельзя было примѣнить способа Ollier въ виду опасности кровотечения. Авторъ поступилъ такъ: онъ провелъ разрѣзъ по гребню подвздошной кости черезъ обѣ верхнія ости до середины паховой связки. Оттягивая m. ileopsoas, при согнутой въ тазобедренномъ сочлененіи конечности, онъ достигъ крестцовоподвздошнаго сочлененія спереди. А проведя второй разрѣзъ отъ начала перваго внизъ отвѣсно къ копчику, открылъ это сочлененіе и сзади.

---

**В. Н. Орловъ.** *Современная классификація острой кишечной непроходимости; брызжеечныя отверстія, какъ причина обтураціонной непроходимости кишекъ.* Хирургія т. XIV. № 83.

Историческій обзоръ литературныхъ данныхъ приводитъ къ слѣдующей класификаціи кишечной непроходимости. Различаются двѣ большія группы—непроходимая динамическая (безъ анатомической причины) и механическая. Первая подраздѣляется на двѣ подгруппы