Г. А. Колосовь. Случай сочетания двуполостного мочевого пузыря с удвоением одного мочеточника; происхождение и практическое значение этих аномалий. Рус. Хир. Архивъ 1903 г. кн. 3.

При вскрытии больного, умершаго при диагнозѣ: pyelocystitis tuberculosa (?), descendens, было обнаружено, что отъ правой почки отходящие два мочеточника, изъ которыхъ верхній значительно расширенъ и извитъ, представляетъ рядъ кармановъ и выступовъ. Онь идетъ сначала рядомъ съ нижнимъ, также расширеннымъ, ближе къ средней линіи, а потомъ оба мочеточника перекрещиваются. Лѣвый мочеточникъ также расширенъ. Васъ три мочеточника впадаютъ въ пузырь, но только отверстіе праваго верхнаго облитерировано. Полость пузыря раздѣлена косвенно—сзади и сверху кпереди внизъ идущую перегородкою на дѣвъ камеръ, между которыми имѣется сообщеніе лишь въ видѣ незначительнаго отверстія, пропускающаго зондъ 5—ммт’о- ваго диаметра. Перегородка, при микроскопическомъ изслѣдованіи, оказывается содержащей всѣ составные части стѣнки пузыря (кромѣ serosa) и въ силу этого должна быть считана за прирожденную аномалию, какъ и удвоеніе мочеточника. Аномалія увеличенія числа мочеточниковъ, по нѣкоторымъ авторамъ, встрѣчается въ 1/0 (Krause), по другимъ—значительно рѣже. Она можетъ быть объяснена образованіемъ лишнихъ дивертикуловъ Больфрова протока при эмбриональномъ развитіи мочеваго аппарата. Практическое значеніе этой аномалии заключается въ возможности застойвъ мочи, давленія мочеточниковъ одинъ на другой, и при слѣпомъ окончаніи въ полости пузыря въ возможности закрытия отверстія уретры. По большей части аномалія обнаруживается на вскрытии, но есть случаи прижизненнаго ея диагноза. Раздѣленіе пузыря принадлежитъ къ еще болѣе рѣдкимъ аномаліямъ. Выдѣливаясь терори Keibel’я—происхожденія мочеваго пузыря изъ клоаки (путемъ дѣленія ея двумя боковыми складками на пузырь и rectum), авторъ ставить происхожденіе двуполостнаго пузыря въ зависимости отъ образования третьей складки. Въ практическомъ отношении существованіе описанной аномаліи важно, какъ благоприятное условіе для образования цистита и какъ препятствие къ опорожненію пузыря, особенно при катетеризации.

Б. Е. Гершуни. Къ вопросу объ оперативномъ лечении слоновости. Рус. Хир. Архивъ. 1903 г. кн. 3.

Въ качествѣ этиологическаго момента elephantiasис’а большинство авторовъ указываетъ на повторныя появленія воспалительныхъ (лимфангитическихъ, рожистыхъ) процессовъ, въ результата чего появляется уплотненіе тканей и вслѣдствіе давленія послѣднихъ на вены и лимфатическія сосуды образованіе транскутана. Въ случаѣ, опи-
сываемом автором, начало болезни относится к детскому возрасту; с этого времени замечено постепенное увеличение длины бедра, а позднее мошонки, которая к 22 году достигала громадных размеров. Она спускается до нижней трети бедра; окружность ее вверху = 42 см., в средину 64 см.—В лечении элефантазии на применились: бинтование, массаж, втирание различных веществ, парезиса приводящего артериального ствола, удаление части пораженных участков. По отношению к сбросу высказываются за ее ампутацию. В описываемом случае была удалена избыточное часть ткани, освобожденное в несколько опухоль penis и слаблено соответствующая пластика. Послелоперационный период прошел довольно. Через год не констатировано увеличения мошонки.

В. И. Лисянский. К кашустику операций выключения кишки при лечении каловых свищей. Хирургія т. XIV. № 82.

Присутствие калового свища является одним из показаний к операции выключения кишки, применимому в настоящее время в трех видах—энтероанастомоза и собственно выключения одно и двуствороннего. Применение операции исключения при каловых свищах необходимо, по автору, в тех случаях, где невозможно в силу каких либо условий применить наиболее радикальный прием—резекцию кишки. Таковы, напр., каловые свищи при заболевании толстой кишки. Что же касается выбора того или иного вида выключения, то изучение литературы обнаруживает недостаток статистических данных для каких либо определенных выводов. Можно, впрочем, сказать, что простой энтроанастомоз применим при небольших свищах, в остальных же случаях необходимо дать выключение. В двух, описываемых автором случаях, не смотря на сложную операцию энтроанастомоза, свищ оставался, так что в обоих случаях он приблизился к круговой резекции, которой и был достигнут надлежащий результат.

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

Больная, наблюдавшаяся автором, имела в верхней части живота опухоль вид пузаревидного выпячивания с наивысшей точкой на средине; размеры между мечевидным отростком и пупком. Опухоль эластична, дозвительно напряжена, ясно флюктуирует. Отношение опухоли к окружающим частям таково, что