

нія, 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 caries 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 соответственнаго 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

—непроходимость паралитическая и спастическая. Вторая также обнимает двѣ формы—странгуляціонную (подъ которой разумѣется непроходимость, сопровождающаяся омертвѣніемъ кишки) и обтураціонную (безъ нарушенія питанія кишечной стѣнки). Что касается странгуляціонной непроходимости, то она имѣетъ нѣсколько видовъ: ущемленіе (наружное и внутреннее), заворотъ и вѣдреніе кишки съ брыжжейкою. Наконецъ, обтураціонная непроходимость можетъ зависѣть отъ сдавленія кишки снаружи, закупорки инороднымъ тѣломъ, суженія, перегиба, заворота и вѣдренія кишечной стѣнки. Въ этой классификаціи слѣдуетъ отмѣтить три пункта, которые не вводились въ прежнія классификаціи. Это—во 1-хъ, рефлекторная непроходимость въ группѣ паралитической; во 2-хъ, весь второй подъотдѣлъ динамической непроходимости и въ 3-хъ, признаніе заворота, брюшинныхъ тяжей и отверстій въ качествѣ производящихъ причинъ для обѣихъ группъ механической непроходимости. Доказательству справедливости послѣдняго положенія посвящена значительная часть статьи. По литературнымъ справкамъ, оказывается, во 1-хъ, что поворотъ кишки вокругъ оси брыжжейки вызываетъ только обтурацію въ томъ случаѣ, когда перегибъ брыжжейки не настолько силенъ, что не ведетъ къ перекручиванію сосудовъ (въ б. ч. случаевъ не долѣе 180°); во 2-хъ что образующіеся въ peritoneum тяжи не рѣдко вызываютъ лишь явленія обтураціи; наконецъ, въ 3-хъ, что брыжжеечные отверстія, прежде считавшіяся причиною исключительно странгуляціи, иногда вызываютъ только обтурацію путемъ одиночнаго или двойного перегиба кишки черезъ край отверстія. Поставленные авторомъ эксперименты даютъ ему возможность по отношенію къ послѣднему вопросу подтвердить клиническія наблюденія. Касаясь въ концѣ статьи вопроса о происхожденіи брыжжеечныхъ отверстій, авторъ указываетъ въ качествѣ несомнѣнныхъ этиологическихъ моментовъ на травму и порокъ развитія и оставляетъ открытымъ вопросъ объ ихъ воспалительномъ происхожденіи.

Г. И. Волынецъ. *О способахъ достиженія носоглоточнаго пространства путемъ ринотоміи и резекцій. Новый способъ для доступа въ носоглотку.* Хирургія т. XIV № 84.

Классифицируя способы достиженія носоглотки, авторъ въ 1-ю группу относитъ тѣ, въ которыхъ не повреждается носовой отрѣзокъ верхней челюсти; таковы способы Rouge, Baracz'a, Castex и др. Общее достоинство ихъ—въ незначительномъ обезображиваніи лица, общій, наиболѣе важный недостатокъ—въ маломъ раскрытіи носоглотки. Вторая группа—способы частичнаго смѣщенія носа съ поврежденіемъ носоваго отростка верхней челюсти. Сюда принадлежатъ способы: Langenbeck'a (крайне безобразящій лицо и дающій мало простора); видоизмѣненіе его—способъ Lingart'a (также не дающій про-