

—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-

стора) и способъ, разработанный Chalotomъ, дающій, особенно при двустороннемъ отворачиваніи носа, дов. значительный просторъ. Къ третьей группѣ—съ полнымъ смѣщеніемъ носа въ томъ или иномъ направленіи—относятся способы: Laugenseя (закидываніе носа на лобъ), Ollier (смѣщеніе внизъ), Chassaing-a-Brunsa (или Воескеля) (отведеніе носа въ сторону). Четвертая группа—временной частичной резекціи верхней челюсти—обнимаетъ способы: Langenbesk'a (крайне неудобный и въ смыслѣ эстетическомъ непримѣнимый), Воескеля (также крайне неудобный и безобразный), Huguiet, Кочегера и Weber'a (съ модификаціей автора). Къ слѣдующей группѣ (временная полная резекціи верхней челюсти) принадлежитъ одинъ способъ Roux. Последнюю группу составляютъ небные способы Nélatona, Gussenbauer'a Partsch'a Habs'a и Делицина. Способъ автора разработанъ на трупномъ матеріалѣ. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ. Въ первый актъ, послѣ кожного разрѣза, идущаго отъ основанія носа по спинкѣ и разсѣкающаго губу по средней линіи, и отсепаровыванію губошечнаго лоскута (лучше на сторонѣ, противоположной наибольшему развитію опухоли), а также по отдѣленіи крыла носа отъ края apert. rugiformis, дѣлается распилъ верхней челюсти по вертикальной линіи, идущей отъ мѣста перехода дугообразнаго края челюсти въ нижній край скуловой дуги къ краю глазницы (наружная $\frac{1}{3}$). Во второй актъ перепиливается лобный отростокъ въ направленіи отъ верхняго края грушевиднаго отверстія къ срединному краю глаза. Вслѣдъ за этимъ пилою Gigli, проведенною за задній край сошника (концы пилы торчатъ изъ отверстій ноздрей) распиливается носовая перегородка, при чемъ необходимо стремиться къ тому, чтобы большая часть осталась въ связи съ дномъ полости носа. Тою же пилой распиливаются по длинѣ кости носа. Въ третій моментъ разсѣкается мягкое небо и перепиливается твердое. Послѣ этого легкаго нажатія достаточно, чтобы отодвинуть верхнюю челюсть, а съ нею нижнюю часть носовой перегородки внизъ и наружу, чѣмъ дается широкій и свободный доступъ въ носоглотку.

А. Ф. Кабуновъ. *Изъ области почечной хирургіи: изстѣненіе правой первичнораковой почки, одновременно сочетанное съ пупочнымъ и паховымъ грыжесъщеніемъ.* Хирургія т. XIV. № 84.

Заболѣваніе почки первично заложеннымъ въ ней злокачественнымъ новообразованіемъ встрѣчается дов. рѣдко, какъ о томъ свидѣтельствуютъ литературныя данныя и находящійся въ распоряженіи автора матеріалъ. Одинъ изъ наблюдавшихся имъ 5 случаевъ авторъ описываетъ наиболѣе подробно. У больного діагностировано быстро растущее злокачественное новообразование правой почки, доведшее его до значительнаго истощенія. Случай осложнился присутствующими