

стора) и способъ, разработанный Chalot'omъ, дающій, особенно при двустороннемъ отворачиваніи носа,дов. значительный просторъ. Къ третьей группѣ—съ полнымъ смѣщеніемъ носа въ томъ или иномъ направленіи—относятся способы: Laurens's (закидываніе носа на лобъ), Ollieger (смѣщеніе внизъ), Chassaignac-Brunsa (или Boeckeler) (отведеніе носа въ сторону). Четвертая группа—временной частичной резекціи верхней челюсти—обнимаетъ способы: Langenbeck'a (крайне неудобный и въ смыслѣ эстетическомъ непримѣнимый), Boeckeler'a (также крайне неудобный и безобразяшій), Huguenier, Kochera и Weber'a (съ модификацией автора). Къ слѣдующей группѣ (временная полная резекція верхней челюсти) принадлежитъ одинъ способъ Roux. Послѣднюю группу составляютъ небные способы Nélatona, Gussenbaueger'a Parutsch'a Hab's'a и Делицина. Способъ автора разработанъ на трупномъ матеріалѣ. Онъ состоить въ слѣдующемъ. Въ первый актъ, послѣ кожного разрѣза, идущаго отъ основанія носа по спинкѣ и разсѣкающаго губу по средней линіи, и отсепаровываніи губощечнаго лоскута (лучше на сторонѣ, противоположной наиболѣшему развитію опухоли), а также по отдѣленіи крыла носа отъ края aper. rugiformis, лѣгаетъ распилъ верхней челюсти по вертикальной линіи, идущей отъ мѣста перехода дугообразнаго края челюсти въ нижній край складкой дуги къ краю глазницы (наружная  $\gamma_3$ ). Во второй актъ перепиливается лобный отростокъ въ направлении отъ верхняго края грушевиднаго отверстія къ срединному краю глаза. Вслѣдъ за этимъ пилою Gigli, проведеною за задній край сошника (концы пилы торчатъ изъ отверстій ноздрей) распиливается носовая перегородка, при чёмъ необходимо стремиться къ тому, чтобы большая часть осталась въ связи съ дномъ полости носа. Тою же пилой распиливаются по длини кости носа. Въ третій моментъ разсѣкается мягкое нѣбо и перепиливается твердое. Послѣ этого легкаго на жатія достаточно, чтобы отодвинуть верхнюю челюсть, а съ нею нижнюю часть носовой перегородки внизъ и вынути, чѣмъ дается широкій и свободный доступъ въ носоглотку.

---

**А. Ф. Каблуковъ.** Изъ области почечной хирургіи: исченіе правой первичнораковой почки, одновременно сочетанное со пупочнымъ и паховымъ прыжесченіемъ. 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 случаевъ авторъ описываетъ наиболѣе подробно. У больного диагностировано быстро ростущее злокачественное новообразование правой почки, доведшее его до значительного истощенія. Случай осложнялся присутствующими

грыжами—пупочной и паховоймощечной и заднепроходнымъ свищемъ. Считая грыжи крайне опасными осложненіемъ для послѣоперационнаго періода, авторъ рѣшилъ, если позволить состояніе больного, сдѣлать всѣ операции въ одинъ разъ. Это и удалось. Послѣоперационный періодъ и результаты операций не оставляютъ желать ничего лучшаго. Удаленная почка, размѣрами 22 $\times$ 12 $\times$ 10 стм. вѣс. 536,0, содержала въ верхней половинѣ правильную округленную, осумкованную опухоль, величиною съ крупный апельсинъ,дов. мягкой консистенціи въ центральныхъ и б. плотной въ периферическихъ частяхъ. Микроскопическое изслѣдованіе указываетъ на присутствіе въ опухоли клѣтокъ, характерныхъ для средней части надпочечника и частію расположенныхъ въ видѣ железистыхъ образованій. Авторъ называетъ опухольadenокарциномой.

---

**А. А. Абрахановъ. Гастроэнтеростомія при доброкачественныхъ страданіяхъ желудка. Хирургія т. XIV № 84.**

Главнѣйшимъ и наиболѣе частымъ доброкачественнымъ заболѣваніемъ желудка является круглая язва съ ся осложненіями. Это заболеваніе, которому подвержено (по нѣмецкой статистикѣ) 4—5% населения и которое самопроизвольно излечивается только въ 0,75%, даетъ среднія цифры смертности въ 25—30%. Этой высокой смертностью и оправдывается стремленіе хирурга къ активному вмѣшательству наступленія осложненій, съ которыми въ настоящее время, главнымъ образомъ, приходится встрѣчаться хирургу. Наиболѣе опасными, но и наиб. рѣдкими осложненіями круглой язвы являются прободеніе и кровотеченіе. Результатомъ прободенія можетъ быть или острый прободной перитонитъ или подъострый и хроническій въ формѣ перигастрита. Единственно рациональное лечение при распознанномъ прободеніи—хирургическое. Статистика въ этомъ отношеніи даетъ слѣдующія цифры. Оказывается, что общая цифра благопріятныхъ исходовъ = 50%, но при болѣе ранней операции (въ первые 12 часовъ), она значительно повышается (до 70—78%).—Что касается хирургической помощи при кровотеченіяхъ, то въ оstryхъ случаяхъ, особенно, когда не примѣнимо болѣе радикальное мѣропріятіе (какъ вырѣзываніе язвы, обкалываніе, перевязка кровоточащаго сосуда) по тѣмъ или инымъ условіямъ, хирургическое вмѣшательство б. ч. оканчивается печально. Наоборотъ, при повторныхъ кровотеченіяхъ, хирургическое пособіе имѣеть лучшее предсказаніе.—Съженіе привратника и срошенія желудочной стѣнки на почвѣ перигастрита требуютъ также хирургического лечения Въ послѣднемъ случаѣ примѣняется разсѣченіе тяжей, резекція желудка или гастроэнтеростомія. Для устраненія явленій съженія привратника выдвинуты двѣ операции—пилоропластика и гастроэнтеростомія. Вопросъ о предпочтительности той или иной изъ