

грызками—пупочной и паховомошошной и заднепроходнымъ свищемъ. Считаю грыжи крайне опаснымъ осложненіемъ для послѣоперационнаго періода, авторъ рѣшилъ, если позволитъ состояніе больного, сдѣлать всѣ операціи въ одинъ разъ. Это и удалось. Послѣоперационный періодъ и результаты операцій не оставляютъ желать ничего лучшаго. Удаленная почка, размѣрами $22 \times 12 \times 10$ см. вѣс. 536,0, содержала въ верхней половинѣ правильно 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 частию расположенныхъ въ видѣ железистыхъ образований. Авторъ называетъ опухоль аденокарциномой.

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

Главнѣйшимъ и наиболѣе частымъ доброкачественнымъ заболѣваніемъ желудка является круглая язва съ ея осложненіями. Это заболѣваніе, которому подвержено (по нѣмецкой статистицѣ) 4—5% населенія 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 до 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 перигонитъ или подострый и хроническій въ формѣ перигастрита. Единственно рациональное леченіе при распознанномъ прободеніи—хирургическое. Статистика въ этомъ отношеніи даетъ слѣдующія цифры. Оказывается, что общая цифра благоприятныхъ исходовъ = 50%, но при болѣе ранней операціи (въ первые 12 часовъ), она значительно повышается (до 70—78%).—Что касается хирургической помощи при кровотеченіяхъ, то въ острыхъ 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 имѣетъ лучшее предсказаніе.—Съуженіе привратника и сращения желудочной стѣнки на почвѣ перигастрита требуютъ также хирургическаго леченія. Въ послѣднемъ случаѣ примѣняется разсѣченіе тяжей, резекція желудка или гастроэнтеростомія. Для устраненія явленій суженія привратника выдвинуты двѣ операціи—пилоропластика и гастроэнтеростомія. Вопросъ о предпочтительности той или иной изъ

нихъ авторъ оставляетъ открытымъ, но дѣлаетъ нѣсколько замѣчаній въ пользу гастроэктеростоміи, а именно: во 1-хъ, хотя она и даетъ нѣсколько большій % смертности, но за то примѣнима всегда, тогда какъ пилоропластика невозможна при неподвижности привратника, при плотныхъ сращеніяхъ его и инфильтраціи стѣнки. Во 2-хъ, только гастроэнтеростомія удовлетворяетъ требованію легкаго опорожненія желудка, устраняя три задерживающихъ аппарата желудка—привратниковую область, жомъ и рефлексъ съ duodenum.—Въ трехъ оперированныхъ авторомъ случаяхъ примѣнена гастроэнтеростомія по Roux съ удачнымъ исходомъ.

П. Осинниковъ.
