

74. A. W. Mayo Robson. Abdominal hysterectomy with treatment of the pedicle by the intraperitoneal method. (British Medical Journal, 1894, № 1725, January 20). Объ удаленіи матки чрезъ вѣченіемъ съ внутрибрюшиннымъ методомъ ухода за ножкой.

Всѣ гинекологи согласны между собой въ настоящее время относительно наилучшаго метода ухода за ножкой послѣ овариотоміи, но значительно расходятся въ своихъ мнѣніяхъ относительно ухода за ножкой послѣ надвлагалищной ампутаціи матки. Введеніе въ практику такъ называемаго *serre-noeud Koeberlé*, дающее возможность ежедневными повязками держать ножку въ надлежащей чистотѣ, составляетъ значительный успѣхъ въ внутробрюшинномъ уходѣ за ножкой, но безспорно безопаснѣе и быстрѣе излѣчиваетъ больную внутрибрюшинный способъ, подобный описанному впервые *Schroeder* омъ. Авторъ оперируетъ фиброміомы матки слѣдующимъ образомъ. Когда матка вмѣстѣ съ опухолью вытянута впереди брюшнаго разрѣза, и на кишки наложена широкая плоская губка для предупрежденія ихъ выпаденія, на основаніи опухоли возможно ниже накладывается эластическій жгутъ. Затѣмъ крѣпкая шелковая лигатура проводится съ каждой стороны матки чрезъ широкія связки и плотно завязывается внизу яичника, захвативши и яичниковыя артеріи. Всѣ части, лежащія выше лигатуры, отрѣзываются, оставляя яичники и трубы въ связи съ удаляемой опухолью; затѣмъ на передней стѣнкѣ матки дѣлается полудунный разрѣзъ вглубь ткани по направленію книзу и кзади, и такой же разрѣзъ на задней стѣнкѣ по направленію книзу и впереди; оба клинообразныхъ разрѣза встрѣчаются между собой на уровнѣ внутренняго отверстія или нѣсколько выше, и матка съ опухолью такимъ путемъ удаляется. *Arteriae uterinae* и всѣ другіе видимые сосуды перевязываются, а жгутъ снимается, и полость шейки, насколько возможно, выполняется іодоформной марлей.

Оба клиновидныхъ лоскута маточной ткани сшиваются вплотную цѣлымъ рядомъ швовъ; точно также сшивается брюшинный покровъ непрерывнымъ швомъ, направляющимъ отъ одной широкой связки къ другой.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ, оперированныхъ авторомъ такимъ образомъ, кровотеченіе во время операціи было самое ничтожное, и брюшинная полость настолько свободна отъ выдѣленій, что въ вставленіи дренажа не было никакой надобности; больныя приблизительно черезъ 3 недѣли послѣ операціи выписывались изъ

больницы совершенно здоровыми, между тѣмъ какъ у больныхъ, лѣченныхъ внѣбрюшиннымъ методомъ ухода за ножкой, съ ежедневными перемѣнами повязокъ, проходило до полного выздоровленія не менѣе 6-ти недѣль. По мнѣнію автора, къ операциі *laparo-hysteromyomectomy* и слѣдуетъ всегда приступать съ намѣреніемъ оставлять культю внутри брюшной полости, но слѣдуетъ имѣть наготовѣ *serre-noeud Koeberlé* для внѣбрюшиннаго способа только на тотъ случай, если почему либо окажется необходимымъ поспѣшить съ окончаніемъ операциі, или если техника внутрибрюшиннаго метода будетъ сопряжена съ чрезвычайными, почти непреодолимыми трудностями. *В. Каплянскій.*

75. Harrison Cripps. The treatment of ovarian and extrauterine cysts, communicating with the rectum. (British Medical Journal, 1894, № 1728, February 10). **О лѣченіи яичниковыхъ и другихъ внѣматочныхъ кистъ, сообщающихся съ прямой кишкой.**

На 100 оваріотомій автору пришлось наблюдать 4 случая, въ которыхъ гной еще до операциі выдѣлялся чрезъ прямую кишку, вслѣдствіе образовавшагося сообщенія послѣдней съ нагноившейся опухолью. При этомъ всегда возникаютъ два вопроса—во первыхъ, относительно выбора способа вскрытія брюшной полости и удаленія опухоли, во вторыхъ, по окончаніи операциі слѣдуетъ рѣшить какъ залѣчить фистулу передней стѣнки *recti*. Для перваго вопроса крайне важна постановка точнаго діагноза. Тщательное изслѣдованіе больной обыкновенно выясняетъ характеръ брюшной опухоли, служащей источникомъ выдѣленія гноя чрезъ прямую кишку; но иногда нельзя точно рѣшить, происходитъ ли гной отъ абсцесса тазовой клѣтчатки, или отъ нагноившейся оваріальной кисты. Въ послѣднемъ случаѣ опасность отъ оваріотоміи значительно увеличивается, такъ какъ по удаленіи опухоли остается открытое сообщеніе между кишкой и брюшной полостью, настоящее положеніе котораго и возможность закрытія тѣмъ или другимъ способомъ только тогда и выясняется. Въ первомъ изъ описанныхъ авторомъ 4-хъ случаевъ былъ распознанъ при надлежащемъ изслѣдованіи тазовой абсцессъ, образовавшій фистулезный ходъ въ прямую кишку. Для дренированія гнойной полости предстоялъ выборъ между тремя различными путями: либо расширить ректальное отверстіе и вставить въ него дренажную трубку, либо опорожнить гнойную полость чрезъ влагалище, либо наконецъ сдѣлать чревосѣченіе и вставить дренажъ