

больницы совершенно здоровыми, между тѣмъ какъ у больныхъ, лѣченныхъ внѣбрюшиннымъ методомъ ухода за ножкой, съ ежедневными перемѣнами повязокъ, проходило до полнаго выздоровленія не менѣе 6-ти недѣль. По мнѣнію автора, къ операциі *Laparo-hysteromyomectom'i* слѣдуетъ всегда присгунать 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

черезъ брюшную рану. Первый путь былъ сейчасъ же оставленъ, какъ вслѣдствіе чрезвычайной трудности удержать дренажную трубку въ прямой кишкѣ, такъ и вслѣдствіе желательности скорѣйшаго закрытія ректальнаго отверстія. Изъ двухъ остальныхъ путей было отдано предпочтеніе дренированію черезъ влагалище, такъ какъ при глубокомъ положеніи гнойной полости она гораздо болѣе доступна опораживанію черезъ влагалище, чѣмъ путемъ чревосѣченія. Кромѣ того въ случаѣ, если окажется нагноившаяся киста, крайне желательно было выиграть время до радикальной операціи для самопроизвольнаго закрытія ректальнаго отверстія, которое должно воспослѣдовать при открытіи другаго болѣе удобнаго пути для стока гнойнаго выдѣленія.

Послѣднее предположеніе блистательно оправдалось; какъ только былъ вставленъ *lege artis* дренажъ черезъ влагалище, пересталъ выдѣляться гной черезъ прямую кишку, и когда черезъ нѣсколько недѣль было сдѣлано чревосѣченіе, ректальное отверстіе найдено совершенно закрывшимся. Такой исходъ для больной былъ самый благопріятный, такъ какъ отверстіе въ прямой кишкѣ было расположено такъ низко, что искусственное закрытіе его послѣ операціи было-бы сопряжено съ громадными трудностями. Добыть себѣ доступъ къ гнойной полости сверху черезъ брюшные покровы было-бы въ данномъ случаѣ весьма неудобно, и еще съ большими затрудненіями было-бы связано фиксированіе краевъ гнойнаго очага къ пристѣночной брюшинѣ и защита полости брюшины отъ попаданія въ нее гноя, можетъ быть и злокачественнаго. Въ другихъ же случаяхъ при расположеніи гнойнаго очага высоко въ тазу, и близко къ брюшнымъ покровамъ является болѣе показаннымъ первичное чревосѣченіе съ цѣлью полного удаленія гнойнаго фокуса или только его дренированія. Остальные 3 случая автора были гораздо проще, такъ какъ имѣлись ясно обозначенныя нагноившіяся кисты, и ректальныя отверстія были расположены настолько высоко, что ихъ легко было зашить послѣ вылуценія кисты. Но, спрашивается, какъ поступить въ томъ случаѣ, если по удаленіи нагноившейся кисты нельзя по той или другой причинѣ очистить отъ гноя и зашить надлежащимъ образомъ отверстіе въ прямой кишкѣ? Тогда, если это возможно, слѣдуетъ захватить края отверстія въ широкихъ связкахъ, черезъ которое была вылучена киста, пришить ихъ въ нижній уголъ брюшной раны, и дренировать. Если же зашивать отверстіе широкихъ связокъ *in situ*, то остается надѣяться на выдѣленіе оставшагося обезвреженнаго гноя черезъ прямую кишку и позднѣйшее самопроизвольное закрытіе рек-

тальнаго отверстія. Во всякомъ случаѣ, говоритъ авторъ, если оказывается невыполнимымъ фиксированіе краевъ отверстія широкихъ связокъ къ нижнему углу брюшной раны, то лучше уже совершенно закрыть это отверстие *in situ*, и стараться дать гною выходъ чрезъ прямую кишку, чѣмъ подвергать большую малѣйшему риску попаданія гноя въ полость брюшины. *В. Каплянскій.*

76. J. Furneaux Jordan. A successful case of Porro's operation for cancer of the rectum. (British Medical Journal, 1894, № 1728, February 10). Удачный случай операціи Porro, произведенной вслѣдствіе рака прямой кишки.

Больная Д., 30 лѣтъ отъ роду, *multipara*, и находящаяся въ 7 мѣсяцѣ беременности, жаловалась на выдѣленія изъ прямой кишки, появившіяся за послѣдніе 6 мѣсяцевъ; за это время она значительно ослабла и похудѣла. При изслѣдованіи оказался *carcinoma recti*, величиною въ апельсинъ, и находившійся на 2—3 дюйма выше *anus'a*. 14/xii 93 года начались роды. Вслѣдствіе давленія разросшагося рака влагалище, было сужено до крайности, а матка настолько оттѣснена вверхъ въ брюшную полость, что чрезъ рукавъ она была совершенно недостижима. Въ виду такихъ обстоятельствъ авторъ рѣшился произвести операцію Porro. Животъ былъ быстро вскрытъ на протяженіи 5 дюймовъ, матка выведена чрезъ брюшную рану наружу, разрѣзана въ косомъ направленіи на протяженіи 4 дюймовъ, и вынуть плодъ, который оказался 8 мѣсячнымъ, весьма плохо упитаннымъ, онъ умеръ чрезъ нѣсколько минутъ. Брюшныя стѣнки были руками помощниковъ такъ плотно прижаты къ маткѣ, что отъ излившейся въ изобиліи околоплодной жидкости не попало въ полость *peritonei* ни капли. Затѣмъ матка была удалена посредствомъ проволочнаго жгута *Lawson-Tait'a*, въ который предварительно была захвачена, какъ это совѣтуетъ *John W. Taylor*, пристѣпная брюшина. Для предупрежденія попаданія истекавшей во время ампутаціи матки крови въ полость *peritonei* было примѣнено прижатіе брюшныхъ стѣнокъ настолько же успѣшно, какъ и при излитіи околоплодной жидкости. Наконецъ, полость брюшины вытерта досуха, и брюшная рана выше маточной культы закрыта. Никакихъ противугнилостныхъ средствъ употреблено не было; если бы нужно было промывать брюшную полость, то авторъ, горячій поклонникъ новѣйшей англійской асептики, пользовался бы только простой чистой водой. Пооперационное теченіе—нормальное; больная оправилась и вскорѣ выписалась изъ больницы. Состояніе ея нѣсколько улучшилось,