

142, 343 0 0 1254

Радикальное леченіе паховой грыжи.

(Съ одной таблице рисунковъ).

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень

ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Давида Кана.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Проф. д-ръ В. Г. Цеге фонъ Мантейфель, проф. д-ръ Н. К. Дегио,
проф. д-ръ В. А. Афанасьевъ.

ЮРЬЕВЪ.

Печатано въ типо-литографіи Г. Лакмана.

1901.

Печатано съ разрѣшенія медицинскаго факультета ИМПЕРАТОРСКАГО Юрьев-
скаго Университета.

Деканъ В. Курчинскій.

г. Юрьевъ, 3 мая 1901 г.
№ 601.

Памяти моей матери

и

моему дорожному отцу

4VA

14109

Считаю нравственнымъ долгомъ выразить здѣсь же глубокую благодарность моему многоуважаемому учителю профессору Цеге фонъ Мантейфель за предоставленіе мнѣ темы для диссертациі, за руководство при выполненіи этой работы и за всѣ цѣнныя указанія, во время моихъ занятій въ госпитальной клиникѣ.

Выражаю свою глубокую благодарность многоуважаемому профессору Рауберу за разрѣшеніе мнѣ работать въ анатомическомъ театрѣ.

Пользуюсь случаемъ, чтобы поблагодарить Директора Петербургской Обуховской Больницы доктора Кернига за разрѣшеніе мнѣ работать на трупахъ.

Выражаю сердечную благодарность моему другу студенту Э. Ландау за исполненіе рисунковъ.

Въ древности и въ средніе вѣка боролись съ грыжами посредствомъ лекарствъ и бандажей. Исходя изъ положенія, что грыжа является результатомъ слабости тканей, врачи направляли свои старанія на укрѣпленіе послѣднихъ при помощи внутреннихъ и наружныхъ лекарствъ: тинктурами, пластырями, разными мазями, травяными подушечками и проч., главнымъ образомъ *Tonica* и *Adstringentia*.

Затѣмъ прибѣгали къ такому способу леченія: выступившія внутренности вправляли и удерживали болѣе или менѣе продолжительное время въ брюшной полости, что достигалось или просто продолжительнымъ положеніемъ на спинѣ, или при помощи бандажей. При этомъ надѣялись, что грыжевой мѣшокъ, оставаясь долгое время пустымъ, облитерируется. Полагалось, что бандажъ имѣетъ еще то преимущество, что приводитъ внутреннія поверхности грыжевого мѣшка въ тѣсное соприкосновеніе другъ съ другомъ. Но крайне недостаточные результаты этого способа леченія постоянно заставляли, какъ паціентовъ, такъ и врачей, прибѣгать къ операціи, не смотря на опасности, сопряженныя съ послѣдней. Плохіе результаты примѣненія бандажей зависѣли и отъ недостатковъ неэластическаго бандажа того времени. И мы видимъ, что, дѣйстви-

тельно, грыжевой бандажъ быстро занялъ первое мѣсто при леченіи грыжъ, послѣ того, какъ голландскій врачъ, Петръ Камперъ (Graser) усовершенствовалъ его, снабдивъ металлической пружиной. Операція же подвижной грыжи въ это время сильно порицалась. Правда, скоро замѣтили, что радикальное излеченіе можетъ быть достигнуто при помощи пружиннаго бандажа только у юныхъ пациентовъ, и то лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, но полагали, что этотъ бандажъ устраняетъ всякую опасность и совершенно парализуетъ болѣзнь. Такъ на примѣръ Richter утверждаетъ: „Der Kranke ist bei dem Gebrauche eines guten Bruchbands für alle Gefahr gesichert, und wenn ich die Unbequemlichkeit, die etwa das Bruchband verursacht, ausnehme, übrigens so gut daran, als wenn er geheilt wäre“. Но съ теченіемъ времени стали съ одной стороны все болѣе и болѣе проявляться недостатки, свойственные и этому бандажу, все чаще попадались больные, которые требовали оперативнаго леченія; а съ другой стороны, благодаря успѣхамъ анатоміи и усовершенствованной техники, операція сдѣлалась болѣе надежной, а въ послѣдствіе антисептика и асептика уменьшили опасность операціи, и мы видимъ, что примѣненіе бандажа при грыжахъ все болѣе отступаетъ на задній планъ, уступая свое мѣсто оперативному леченію, которое въ концѣ XIX столѣтія является уже господствующимъ.

Оперативное леченіе. Какъ трудно было рѣшить вопросъ о радикальномъ леченіи грыжъ, видно изъ того, что даже такіе авторитеты, какъ Linhart, Billroth и Langenbeck на этотъ вопросъ отвѣчали: „Ignorabimus.“ Въ своемъ трудѣ „Abhandlung über die Brüche“ Linhart говоритъ: „Die Methoden sind von Zeit zu Zeit ganz vergessen und später als neue Erfindungen wieder begrüsst worden und zwar mit demselben Enthusiasmus und derselben Grossprecherei, mit welcher man Mittel für unheilbare Krankheiten gewöhnlich anempfiehlt“. Billroth въ 1871 году высказалъ свое знаменитое положеніе, что тайна радикальнаго леченія грыжъ будетъ открыта только тогда, когда мы съумѣемъ искусственно создавать ткани, обладающія крѣпостью и плотностью фасціи и сухожилиіи. А Langenbeck утверждалъ, что никогда нельзя будетъ найти вѣрнаго метода радикальнаго леченія грыжъ.¹⁾ Такой пессимизмъ легко понять, если принять во вниманіе, что медицинская наука въ теченіе почти 2-хъ тысячелѣтій тщетно рабо-

1) Wölfler. Festschrift für Th. Billroth.

тала надъ разрѣшеніемъ этого вопроса. Тѣмъ больше должны мы радоваться, что факты дѣйствительности не соотвѣтствуютъ выше приведеннымъ предположеніямъ.

При оперативномъ методѣ леченіе паховой грыжи распространялось сначала на грыжевой мѣшокъ, потомъ и на наружное паховое кольцо, потомъ главнымъ образомъ на внутреннее паховое кольцо, и, наконецъ, на весь грыжевой каналъ.

Первое описаніе операціи грыжи мы находимъ у Celsus'a. Онъ обнажалъ грыжевой мѣшокъ, вскрывалъ его, вправлялъ содержимое, изолировалъ, потомъ перевязывалъ и резецировалъ грыжевой мѣшокъ, и давалъ ранѣ зажить грануляціями. Послѣдователи Celsus'a примѣняли исключительно этотъ методъ. Въ виду трудности изоляціи грыжевого мѣшка, нѣкоторые однако довольствовались перевязкой, не резецируя мѣшка. Raulus Aeginet, который, въ противоположность этому, считалъ удаленіе грыжевого мѣшка безусловно необходимымъ, далъ роковой совѣтъ — въ затруднительныхъ случаяхъ удалять также и яичко. Этотъ совѣтъ былъ особенно опасенъ вслѣдствіе того, что хирургія въ то время находилась всецѣло въ рукахъ, такъ называемыхъ, производителей грыже- и камнестѣній, безсовѣстныхъ шарлатановъ и круглыхъ невѣждъ, которые въ продолженіи всѣхъ среднихъ вѣковъ и еще вплоть до XVIII столѣтія безъ всякаго милосердія подвергали

оскопленію всѣхъ больныхъ грыжею, попадавшихся въ ихъ руки.

Первымъ противъ такого варварскаго леченія выступилъ Ambrosius Paré въ XVI столѣтіи. Онъ предложилъ, вмѣсто кастраціи свой „королевскій шовъ“: грыжевой мѣшокъ обнажался, поднимался въ продольную складку и зашивался швомъ. Другіе же старались достигнуть того же посредствомъ такъ называемаго золотого прокола: перевязывали шейку грыжевого мѣшка золотою проволокой, и оставляли ее въ такомъ положеніи, пока не прорѣжетъ. Результаты этихъ оперативныхъ методовъ не были очень ободряющіе: частые перитониты, а въ болѣе благопріятныхъ случаяхъ, почти постоянно повторяющіеся рецидивы заставили уже Celsus'a быть очень осторожнымъ въ выборѣ своихъ пациентовъ: у стариковъ и дѣтей, равно какъ и у молодыхъ людей съ большими грыжами онъ систематически отказывался отъ операціи, а подвергалъ операціи только здоровыхъ и крѣпкихъ молодыхъ людей съ небольшими или средней величины грыжами.

Опасность открытыхъ ранъ старались устранить такъ называемыми подкожными и инъекціонными методами. Подкожной скарификаціей грыжевого мѣшка или введеніемъ постороннихъ тѣлъ подъ кожу, пытались вызвать слипчивое воспаленіе и облитерацію грыжевого мѣшка. Иные же обкалывали иглою кожу вокругъ грыжевого мѣшка, завязывали оба конца нитки узломъ надъ пластинкой изъ слоновой кости, поворачивали послѣд-

ною нѣсколько разъ въ теченіе послѣдующихъ дней, пока не достигалось отшнурованіе грыжевого мѣшка, отдѣленіе кожи. (Graser).

Но и эти методы не предупреждали появленія перитонитовъ. По аналогіи съ методами леченія hydrocele, Velpeau (1837) пытался достигнуть радикальнаго леченія паховой грыжи впрыскиваніемъ іодной тинктуры въ грыжевой мѣшокъ. Онъ производилъ проколъ въ косомъ направленіи, присоединя иногда еще инцизію и, сжимая пальцемъ шейку грыжевого мѣшка, впрыскивалъ чистую тинктуру iodi, которую потомъ обратно высасывалъ шприцемъ¹⁾. Но при этомъ методѣ невозможно вполнѣ ограничить вызванное воспаленіе только грыжевымъ мѣшкомъ, и потому опасность общаго перитонита не исключалась. Уже во второй половинѣ XVIII столѣтія Mauger предложилъ, посредствомъ надрѣза, обнажать шейку грыжевого мѣшка и, не раскрывая ее, подвергать въ продолженіе одной минуты дѣйствию крѣпкой сѣрной кислоты (A. G. Richter). Но хирургическая Академія отвергла этотъ методъ, какъ опасный и негодный.

Спустя ровно 100 лѣтъ, Luten въ 1875 году, руководимый тою же мыслью — именно желая искусственнымъ воспаленіемъ вокругъ шейки грыжевого мѣшка довести ее до облитерациі — предложилъ впрыскиваніе раствора поваренной соли вокругъ грыжевого

1) Robert Traitement. Des Hernies au moyen des injections — iodies.

отверстія. Въ слѣдующемъ году Schwalbe предложилъ для инъекцій алкоголь. Heaton и Warren впрыскивали экстрактъ дубовой коры. Еще очень недавно (въ 1897 году) выступилъ Lannelongue¹⁾ въ защиту инъекціоннаго метода, рекомендуя для впрыскиванія 10⁰/₀ растворъ хлористаго цинка. Тутъ слѣдуетъ еще упомянуть Асирпунктур Bonnet'a и способъ Belmas'a (и Пирогова). Первый прокалывалъ поднятый въ видѣ складки грыжевой мѣшокъ пуговчатыми иглами и оставлялъ ихъ тамъ. Belmas дѣлалъ небольшой надрѣзъ кожи мошонки, проводилъ нитку оттуда насквозь наружу къ наружному паховому кольцу, втягивалъ въ грыжевую полость прикрѣпленный къ этой ниткѣ мѣшочекъ золотобитной шкурки и раздувалъ его. Мѣшочекъ дѣйствовалъ не столько механически, въ качествѣ пробки, затыкающей грыжевое отверстие, сколько какъ раздражающее средство, способствующее воспаленію грыжевого мѣшка.

Всѣ приведенные до сихъ поръ методы не могли претендовать на названіе, „радикальной операциі“ Критика, которой A. G. Richter подвергъ современные ему оперативные методы, примѣнима ко всѣмъ выше указаннымъ способамъ леченія грыжъ. Въ своемъ трудѣ „Abhandlung von den Brüchen“ 1788. Richter говоритъ: „Alle bisher beschriebene Methoden der Radicalcur wirken garnicht auf den Bauchring, sind nicht vermögend diesen zu

1) Bulletin medic. Nr. 18. 1897.

verengern oder zu schliessen. Gesetzt nur der Bauchring ist widernatürlich weit und offen, was hilft es dem Kranken, dass der Hals des Bruchsackes verschlossen ist? Der hinter dem offenen und weiten Bauchringe liegende und ununterstützte Theil des Darmfells wird sich bei der ersten Gelegenheit in einen Sack ausdehnen und einen neuen Bruch erregen. Zu einer wirklichen Radicalcur wird erfordert, dass nicht allein der Hals des Bruchsackes, sondern auch der widernatürlich erweiterte Bauchring verengt oder gar geschlossen wird.“

Послѣ того, какъ Dzondi въ 1829 году пытался закрыть грыжевое отверстіе, пересаживая въ него для заживленія кожный лоскутъ, Gerdy предложилъ свой такъ называемый „Инвагинаціонный методъ“, который состоитъ въ томъ, что кожа мошонки пальцемъ вдвигалась въ паховой каналъ, и эту инвагинированную часть кожи прикрѣпляли тамъ швами. Gerdy хотѣлъ такимъ образомъ механически закрыть паховой каналъ. Wutzer, Rothmundl и Langenbeck придумали, вмѣсто нитокъ, особые инвагинаторы, для фиксаціи кожного конуса въ паховомъ каналѣ. Но все это не помогло: по удаленію швовъ или инвагинаторовъ, впяченная кожа мошонки опускалась снова. Случаи исцѣленія, по примѣненіи этого метода, объяснялись исключительно облитераціей грыжевого мѣшка.

Зашиваніе грыжевого отверстія мы встрѣчаемъ впервые у Gross'a, который освѣжалъ ножки наружного пахового кольца и накладывалъ шовъ изъ серебрянной проволоки. Его примѣру послѣдовалъ Wood, который subcutan отдѣлялъ кожу отъ ниже лежащихъ тканей, которыя онъ вдвигалъ въ паховой каналъ, и зашивалъ надъ ними ножки наружного пахового кольца.

Между тѣмъ наступила эра антисептики, имѣвшая особенно важное значеніе въ области грыжесѣченія. Оперативные методы, подорвавшіе довѣріе къ себѣ опасностью въ доантисептическое время, теперь опять вступили въ свои права, потому что они выгодно отличались отъ безкровныхъ методовъ „durch Sicherheit, Zuverlässigkeit und Genauigkeit“¹⁾ при строжайшемъ соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, были испробованы всѣ методы отъ Celsus'a до Wood'a. Но, кромѣ старыхъ методовъ, предложены были новые, между ними и такіе, которые указывали на несомнѣнный прогрессъ, въ сравненіи съ прежними. Антисептическій періодъ въ грыжесѣченіи начинается съ Nussbaum'a, который довольствовался высокой лигатурой и резекціей грыжевого мѣшка Riesel также довольствовался высокой лигатурой, но при этомъ поступалъ такъ: разсѣкалъ паховой каналъ, перевязывалъ грыжевой мѣшокъ на уровнѣ внутренняго пахового канала и резецировалъ его; затѣмъ онъ

1) Stocker. Z. f. Chir. 88 стр. 641.

запиралъ переднюю стѣнку пахового канала узловымъ швомъ.

Czerny предложилъ накладывать высокую лигатуру или пришивать шейку грыжевого мѣшка, не раскрывая пахового канала, и шовъ на ножки (Wölfler). Экстирпацію грыжевого мѣшка онъ производилъ только въ болѣе легкихъ случаяхъ; въ болѣе же трудныхъ, т. е. когда была затруднительна изоляція грыжевого мѣшка, онъ довольствовался дренажемъ (мѣшка). Однако конечные результаты этого метода не соответствовали ожиданіямъ: 6,6 % смертности и 27,8 % случаевъ рецидивовъ¹⁾. И такъ мы видимъ, что скоро многіе перестали накладывать шовъ на ножки, считая его ненужнымъ.

Потомъ стали искать причину неуспѣха въ швейномъ матеріалѣ, при чемъ одни предлагали шелкъ, а другіе старались найти усовершенствованный способъ для приготовленія кѣтгута. При этомъ Banks ввелъ въ хирургию серебрянную проволоку, въ качествѣ швейнаго матеріала, считая, что она не даетъ реакціи при заживленіи и служить опорой для рубцовой ткани.

Взрывъ негодованія былъ вызванъ методомъ Kraske, который въ сущности не что иное, какъ воскресеніе метода Paulus Aegineta; Kraske стремился къ совершенному удаленію грыжевого мѣшка, а въ трудныхъ случаяхъ рекомендовалъ ablatio testis. Между прочими противниками этого метода главнымъ образомъ

1) Benno Schmidt, стр. 111.

выступили Albert, Czerny и Sonnenburg, которые усматривали въ этомъ изуродованіи подрывъ репутаціи радикальной операціи¹⁾.

Какъ мы видѣли, уже въ доантисептическое время сдѣланы были попытки закрыть не только наружное паховое кольцо, но и часть канала, лежащую центрально. Сюда относятся всѣ тѣ методы, которые стремились вызвать доброкачественное нагноеніе и слипчивое воспаленіе пахового канала и такимъ образомъ достигнуть рубцового соединенія послѣдняго.

Эти попытки повторялись также въ анти- и асептическомъ періодѣ вплоть до 90-хъ годовъ. Одни посредствомъ глубокой тампонады, другіе введеніемъ въ паховой каналъ стерилизованной стеклянной шерсти, губокъ и. т. п. старались вызвать грануляціонный процессъ, чтобъ такимъ образомъ получить рубцовое закрытіе. Trendelenburg вводилъ въ каналъ костную пластинку въ 4 см длины, 3 см ширины и 0,3 см толщины и прикрѣплялъ ее кѣтгутовыми швами ко внутреннему паховому кольцу.

Испробованы были также многочисленные пластические оперативные методы.

Championnière вшивалъ кожный лоскутъ въ наружное паховое отверстіе²⁾.

Kolischer предложилъ, послѣ предварительнаго дугообразнаго разрѣза вдоль нижняго края Symphysis,

1) Benno Schmidt.

2) Трещинъ.

отдѣлить musculus pyramidalis отъ его мѣста прикрѣпленія и отъ мускула rectus'a, потомъ отвернуть лоскутъ наружу и пришить его къ наружному паховому отверстию. Pouillet образовалъ изъ os pubis фибро-періостальный лоскутъ и вшивалъ его въ наружное паховое отверстіе.

Несомѣнный и существенный прогрессъ въ области грыжесѣченія представляетъ погруженный шовъ (Kanalnath) Kuster'a, впервые произведенный имъ въ 1884 году. Kuster обнажалъ паховое отверстіе, отдѣлялъ грыжевой мѣшокъ и резецировалъ его, возможно выше, перевязывалъ или зашивалъ культю грыжевого мѣшка и давалъ ей проскользнуть обратно въ полость живота; затѣмъ накладывалъ погруженный шовъ, производимый подъ контролемъ введеннаго въ каналъ указательнаго пальца лѣвой руки, и тѣмъ же пальцемъ отодвигалъ Funiculus назадъ. Правильно наложенные глубокіе швы должны были захватить также мышцы верхней внутренней стѣнки канала съ одной стороны и lig. Pouperti — съ другой. Остальную часть раны Kuster закрывалъ погруженными и поверхностными швами. Результаты этого метода были сравнительно очень хороши, и такимъ образомъ онъ скоро приобрѣлъ многочисленныхъ сторонниковъ.¹⁾

Этотъ же методъ примѣнялъ и Lucas Championnière, который въ то же время старался уда-

1) Verhandl. des XV. Kongress d. deutsch. Gesellschaft für Chirurgie 1886.

лить воронкообразное выпячиваніе брюшины и резецировалъ частицу сальника, какъ главныя причины рецидивовъ. Перваго онъ старался добиться, резецируя грыжевой мѣшокъ возможно выше, и соединяя края культи нѣсколькими цѣпочными швами.

Къ полному удаленію воронкообразнаго выпячиванія брюшины стремился также и Mc-Ewen, который съ 1879 года примѣнялъ имъ самимъ изобрѣтенный и усовершенствованный методъ.¹⁾ По его методу, разрѣзъ кожныхъ покрововъ дѣлался по направленію пахового канала, затѣмъ обнажался и отдѣлялся грыжевой мѣшокъ, а его содержимое вправлялось; потомъ операторъ одной рукой напрягалъ грыжевой мѣшокъ, между тѣмъ какъ указательный палецъ другой руки проникалъ въ каналъ, отдѣлялъ грыжевой мѣшокъ вплоть до внутренняго пахового кольца и Peritoneum parietale, приблизительно на разстояніи $\frac{1}{2}$ дюйма отъ внутренняго пахового кольца. Затѣмъ накладывался узловый шовъ изъ кѣткута черезъ вершину грыжевого мѣшка, при чемъ одинъ конецъ нитки оставался длиннымъ, этстъ свободный конецъ вдвѣвался въ изогнутую хирургическую иглу, которою прокалывалъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ обѣ стѣнки напряженнаго грыжевого мѣшка по направленію пахового канала, какъ для наложенія продольнаго непрерывнаго шва, пока нитка не достигнетъ наружнаго пахового кольца. Тутъ

1) О радикальной операціи грыжъ, по Mc-Ewen'y, Dr. Carl Lauenstein Archiv für klin. Chir. Bd. 40. См. XXII стр. 639.

то свободный конец нитки вдвигался въ ушко Mc-Ewen'овской грыжевой иглы, (очень похожей на аневризматическую иглу Deschamp'a) и проводился шовъ чрезъ паховой каналъ къ брюшной сторонѣ передней брюшной стѣнки и сквозь послѣднюю изнутри кнаружи, около 1 дюйма выше верхняго внутренняго пахового кольца. Стягивая кверху верхній уголъ кожныхъ покрововъ раны, избѣгали прободенія кожи иглою, и выводили иглу паружу въ области раны: теперь конец нитки вынимали изъ ушка иглы, иглу удаляли и, потягивая за этотъ конец нитки грыжевой мѣшокъ, собранный въ складки, на подобіе гардины, вправляли въ брюшную полость, позади внутренняго кольца. Многократнымъ проколомъ мускулатуры брюшной стѣнки закрѣпляли нить. Затѣмъ просвѣтъ пахового канала закрывался способомъ, который Mc-Ewen называлъ „возстановленіемъ клапанообразной формы ингвинальнаго канала“. Подъ руководствомъ и контролемъ указательнаго пальца лѣвой руки вводили иглу снаружи внутрь и выводили изнутри наружу, накладывая шовъ изъ кѣтгута — чрезъ внутреннюю стѣнку пахового канала („conjoint tendon“ = соединенныя сухожилія *musculi obliqui interni et transversi*); при чемъ влагаище *musculi recti* не должны были захватить; затѣмъ нижній конец нитки проводился на уровнѣ нижняго прокола изнутри кнаружи чрезъ *lig. Pouparti*, а верхній конец нитки такимъ же образомъ проводился изнутри кнаружи на высотѣ

верхняго прокола чрезъ мускуль *transversum obliquum internum*. Послѣ этого оба конца нитки стягивались и завязывались узломъ; *Funiculus* же долженъ оставаться подвижнымъ и помѣщаться позади нитокъ и подъ ними. Если того требовала ширина пахового канала, можно было наложить второй матрасный шовъ.

Послѣдніе приведенные методы стремятся, какъ мы видѣли, достигнуть слѣдующаго: 1) возможно полного удаленія серознаго покрова пахового канала, 2) устройства, возможно прочнаго завтора внутренняго пахового кольца, на сколько это позволяетъ свободное прохожденіе сѣмяннаго канатика, и 3) суженія расширеннаго пахового канала. Оба послѣднія требованія, повидимому, удовлетворяются погруженнымъ швомъ Küster'a, а всѣ три методомъ Mc-Ewen'a.

Тѣмъ не менѣе всѣ выше приведенные методы не могли удовлетворить потребности въ простомъ, возможно болѣе надежномъ, способѣ операціи: необходимость накладывать швы ощупью, необходимость остерегаться, чтобы не повредить сѣмянной канатикъ, сосуды и органы брюшной полости, дѣлали аккуратное наложеніе погруженнаго шва въ большинствѣ случаевъ неосуществимымъ. Въ методѣ Mc-Ewen'a Wölfler усматриваетъ возвратъ къ методу Wood'a, который производилъ операціи *subcutan'o*; тотъ фактъ, что приходится собирать грыжевой мѣшокъ въ складки и помѣщать позади внутренняго кольца, Wölfler считаетъ неблагоприятной особенностью этого метода, потому что

«die Verstopfung der Opertura Canalis inguinalis interna durch ein organisches Material hat sich — so oft diese Methode immer wieder aufgenommen wurde — nicht bewährt¹⁾.»

Первымъ, который зашилъ внутреннее паховое кольцо былъ Barker. Изолировавъ грыжевой мѣшокъ, вплоть до внутренняго кольца, онъ перевязывалъ его возможно выше (но концы нитки не срезалъ) и резецировалъ его. Вслѣдъ затѣмъ протягивалъ концы нитки въ двѣ иглы, проводилъ ихъ черезъ паховой каналъ, вплоть до внутренняго пахового кольца, а отсюда проводилъ черезъ всю толщу брюшной мускулатуры и завязывалъ ихъ узломъ на апоневрозѣ m. obl. ext. Такимъ образомъ культи грыжевого мѣшка зашивалась во внутреннемъ паховомъ кольцѣ, кольцо это отчасти затыкалось швомъ. Затѣмъ глубоко захватывающій погруженный шовъ и закрытіе раны²⁾.

Если мы теперь бросимъ ретроспективный взглядъ на исторію развитія грыжелечения, то прежде всего наше вниманіе останавливаетъ постепенное, но постоянное стремленіе перенести операціонное поле извнѣ внутрь, — отъ грыжевого мѣшка, расположеннаго внѣ ингвинальнаго канала вплоть до внутренняго пахового кольца.

1) Festschrift gewidmet Th. Billroth. 1892.

2) Бобровъ „Курсъ оперативной хирургіи 1894 стр. 54. Березовскій „Радикальная операція паховой грыжи“ 1895. Трещинъ „Радикальная операція паховой грыжи“ 1898.

Врачебное воздѣйствіе распространяется сначала на выступающій наружу грыжевой мѣшокъ: его или цѣликомъ удаляютъ, или добиваются исчезновенія его другими приѣмами (перевязкой, слипчивымъ воспаленіемъ). Затѣмъ переходятъ къ наружному паховому кольцу: его стараются закрыть, возбуждая образованіе грануляціонной ткани, органическими затычками и, наконецъ, наложеніемъ шва, и дѣлаютъ его такимъ образомъ способнымъ противостоятъ напору органовъ брюшной полости. Затѣмъ слѣдуетъ возможно болѣе высокая резекція грыжевого мѣшка. Далѣе — попытка закрыть паховой каналъ, на сколько позволяетъ проходящій съмянной канатикъ. Какъ прежде пытались закрыть наружное паховое кольцо, такъ теперь пытаются, но тщетно, прочно закрыть паховой каналъ и возбужденіемъ грануляціоннаго процесса, и органическими затычками; но и тутъ, наконецъ, останавливаются на наложеніи шва на стѣнки канала.

Въ заключеніе мы замѣчаемъ стремленіе устранить послѣдніе слѣды Infundibulum'a и закрыть внутреннее паховое кольцо. И здѣсь, при запираніи внутренняго пахового кольца, мы прежде всего встрѣчаемся съ органической затычкой, (являющейся въ грыжесѣченіи, по видимому, типичной предшественницей шва), а потомъ уже и со швомъ. На манипуляціяхъ, предпринимаемыхъ для устраненія Infundibulum'a и для воздѣйствія на брюшину, я остановлюсь послѣ, рассматривая оперативный методъ Kocher'a. Кромѣ того, мы отличаемъ

еще 2 направленія: такъ называемые болѣ консервативные методы, гдѣ операція производится на ощупь, и операціи, производимыя подѣ контролемъ глаза.

Теперь приступимъ къ обоимъ главнымъ методамъ, которые въ самое послѣднее время борются за главенство на поприщѣ грыжесѣченія. Обозрѣвая литературу по этому вопросу за послѣднее десятилѣтіе, мы видимъ, что хирурги раздѣлены на 2 главныхъ лагеря: одни съ Kocher'омъ во главѣ, другіе съ Bassini.

Разсмотримъ прежде оперативный методъ Kocher'a. Уже Barker въ своемъ оперативномъ методѣ, очевидно, исходилъ изъ предположенія, что грыжа происходитъ не отъ растяженія, а отъ передвиженія брюшины, и потому онъ культю грыжевого мѣшка фиксировалъ во внутреннемъ отверстіи пахового канала. Это предположеніе, въ извѣстномъ смыслѣ, вѣрно только по отношенію къ нормальной брюшинѣ, но непримѣнимо къ измѣненной зарубцевавшейся ткани. Поэтому Bonnet, Ball, Baxter, Kocher стремились получить при грыжевомъ отверстіи здоровую, способную къ сопротивленію брюшину тѣмъ, что перемѣщали культю грыжевого мѣшка, и перетягивали сосѣднюю брюшину за грыжевое отверстіе.

Методъ Kocher'a пережилъ нѣсколько фазисовъ развитія. Въ 1892 году Kocher опубликовалъ¹⁾ новый методъ радикальнаго грыжесѣченія названный имъ методомъ перемѣщенія „Verlagerungsmethode“, (погру-

1) „Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte.“

женный шовъ“ Kocher'a нельзя разсматривать, какъ самостоятельный методъ, потому что онъ ужъ слишкомъ сходенъ съ „погруженнымъ швомъ“ (Kuster'a). По методу Kocher'a, кожный разрѣзъ проходилъ параллельно lig. Pouparti на 1 поперечный палецъ выше внутреннихъ $\frac{2}{3}$ lig. Pouparti, разсѣкая по порядку слѣдующіе слои: кожу, подкожную клѣтчатку — перевязка arter. epigast. и venae pubicae — fasciam Cooperi надъ сѣмяннымъ канатикомъ, cremaster, fasciam infundibuliformem. Затѣмъ онъ изолировалъ грыжевой мѣшокъ, отъ шейки его, сначала книзу, потомъ энергично натягивая его, кверху вплоть до области внутреннего пахового кольца. Потомъ дѣлалъ вдоль волоконъ апоневротическаго растяженія m. obl. int. надъ lig. Pouparti, снаружи отъ области внутреннего пахового кольца небольшое отверстіе, протыкалъ загнутымъ корнцангомъ переднюю стѣнку пахового канала и выводилъ остріе этого корнцанга черезъ паховой каналъ впереди сѣмяннаго канатика къ наружному паховому кольцу. Корнцангомъ захватывалъ кончикъ отсепарированнаго грыжевого мѣшка и вытягивалъ его чрезъ паховой каналъ въ отверстіе aponeurosis musc. obl. ext. Грыжевой мѣшокъ Kocher сильно натягивалъ, перекручивалъ и укрѣплялъ двумя глубокими швами къ мускулатурѣ брюшной стѣнки, потомъ заворачивалъ внизъ, фиксировалъ нѣсколькими швами къ наружной поверхности апоневроза musc. obl. ext. для укрѣпленія передней стѣнки пахового канала. Послѣдніе изъ упомянутыхъ швовъ

должны были захватить, какъ можно, глубже верхнюю и нижнюю стѣнки пахового канала и, такимъ образомъ, должны были проходить непосредственно надъ сѣмяннымъ канатикомъ.

Этотъ методъ Kocher примѣнялъ къ не слишкомъ большимъ и не слишкомъ толстостѣннымъ грыжамъ, но онъ не оправдалъ возложенныхъ на него надеждъ: скрученный и перегнутый грыжевой мѣшокъ легко некротизировался, и болѣе 20 0/0 случаевъ давали нагноеніе. Поэтому Kocher видоизмѣнилъ свой способъ такимъ образомъ, что, по выходѣ мѣшка изъ отверстія aponeuros. m. obl. ext., не перекручивалъ и не перегибалъ его, а прикрѣплялъ, не какъ прежде — медиально и напавляя внизъ, а латерально и направляя вверхъ на aponeuros. m. obl. ext., въ направленіи пахового канала, и наружиѣ его. Затѣмъ погруженный шовъ. Этимъ своимъ видоизмѣненнымъ методомъ, названнымъ имъ „laterale Verlagerungsmethode“, Kocher остался вполне довольнымъ; но въ 1897 году опубликовалъ ¹⁾ новую модификацію своего метода для тѣхъ коллегъ, которые допускаютъ возможность образованія воронкообразнаго выпячиванія брюшины на мѣстѣ перемѣщенія. Первая часть операціи — направленіе разрѣза, обнаженіе и изолированіе грыжевого мѣшка — остается та же. Затѣмъ на 1½ cm. ширины разсѣкается фасція obliqua ext. надъ ligament. Pouparti на 2 cm. наружиѣ (лате-

1) Zentralblatt f. Chir. Nr. 19.

ральнѣ) внутренняго пахового кольца. Потомъ желобоватымъ зондомъ (Kropfsond) дѣлаютъ разрѣзъ вдоль волоконъ obliqui interni и transversi, разсѣкаютъ fasc. transvers. и брюшину, проводятъ корнцангъ въ полость брюшины и внутрь грыжевого мѣшка, захватываютъ корнцангомъ выпяченный конецъ грыжевого мѣшка и вводятъ его черезъ паховой каналъ въ наружное отверстие брюшной полости такъ, что грыжевой мѣшокъ, инвагинируясь во всю длину, выворачивается перитонеальной поверхностью наружу и выдается изъ раны надъ ligament. Poupart. Вытянутый грыжевой мѣшокъ вмѣстѣ съ Peritoneum parietale, прокалывается и перевязываются обѣ стороны его съ брюшиной. Пара швовъ закрываетъ остатокъ раны въ брюшной стѣнкѣ. „Will man sich mit gründlicher Beseitigung des Bruchsackes nicht begnügen lassen, so verengt man unter Einstülpung der fascia obliqui externi noch den Leistencanal durch ein paar Knopfnähte.“ Какъ видно изъ этой дословной цитаты Kocher'a, онъ при своемъ методѣ операціи придаетъ главное значеніе возможно полному удаленію выпячиванія брюшины и укрѣпленію самой брюшины. Кому этого мало — но ему, очевидно, совершенно достаточно, — тотъ можетъ, для большей увѣренности, наложить еще погруженный шовъ, который отъ Küster'скаго шва отличается только тѣмъ, что при немъ упускаются поверхностные швы, и онъ представляетъ собой просто рядъ глубоко проходящихъ

узловыхъ швовъ. Я хочу здѣсь замѣтить, что изъ опубликованныхъ работъ Kocher'a нельзя заключить, что онъ не пользовался погруженнымъ швомъ, а удовлетворялся только перемѣщеніемъ грыжевого мѣшка. Прекрасный результатъ его метода, особенно въ его рукахъ, я приписываю, главнымъ образомъ, аккуратному наложенію шва. Я повторяю здѣсь слова Richter'a¹⁾: „Was hilft dem Kranken, dass der Hals des Bruchsackes verschlossen ist? Der hinter dem offenen und weiten Bruchringe liegende und ununterstützte Theil des Darmfells wird sich bei der ersten Gelegenheit in einen Sack ausdehnen. Zu einer wirklichen Radicalcur wird erfordert, dass nicht allein der Hals des Bruchsackes, sondern auch der widernatürlich erweiterte Bauchring geschlossen wird.“ Между тѣмъ мы, правда, знаемъ эксперименты Cloquet'a, которые показали, что отсепарированный кусокъ брюшины, натянутый на барабанъ, можетъ вынести довольно сильное давленіе, не теряя своей эластичности. Эти экспериментальные результаты, вмѣстѣ съ нѣкоторыми наблюденіями на операционномъ столѣ, доказали тотъ взглядъ, что, при образованіи грыжи, брюшина сдвигается, но не растягивается. Я не отрицаю, что въ единичныхъ случаяхъ это утвержденіе справедливо, но наоборотъ protestую противъ того, чтобъ признавать его правиль-

1) Abhandlung über die Brüche. 1788.

нымъ для всѣхъ пріобрѣтенныхъ грыжъ и для рецидивовъ. Эксперименты Cloquet, правда, показали, что растянутый кусокъ брюшины въ человѣческаго организма можетъ переносить сравнительно большее давленіе, не переходя при этомъ границы эластичности брюшины. Но это ни чуть не показываетъ, что данный кусокъ брюшины проявилъ бы ту же силу сопротивленія, еслибы былъ подвергнутъ въ теченіе долгаго времени (приблизительно въ теченіе 1 года или больше) постоянному давленію или тому же давленію, но съ перерывами, или даже меньшему давленію. Да еслибы это было такъ, то и тогда нельзя полученные результаты этого эксперимента перенести прямо на брюшину: кость, удаленная изъ организма абсолютно не подвергается измѣненію подъ вліяніемъ не чрезчуръ сильнаго постоянного давленія, тогда какъ та же кость при жизни (т. е. въ организмѣ живого человѣка) будетъ очень сильно реагировать на такое давленіе. По моему мнѣнію, надъ каждой тканью, не исключая и брюшины, можно сдѣлать то же наблюденіе; и я поэтому нахожу вполне возможнымъ, что грыжевой мѣшокъ можетъ быть обязанъ своимъ происхожденіемъ растяженію брюшины. Если же даже допустить, что ошибочно мое предположеніе, будто здоровая нормальная брюшина подъ вліяніемъ постоянного или часто повторяющагося давленія можетъ растянуться, то никто вѣдь не станетъ оспаривать этого для брюшины, измѣненной воспаленіемъ или зарубцевавшейся. А само собою разумѣется, что

при методѣ Kocher'a, при которомъ въ области внутреннего кольца брюшины не падаютъ, она не можетъ остаться нормальной. Впрочемъ и самъ Kocher сообщаетъ о случаѣ вскрытія одного пациента, которому за годъ до его смерти, вызванной самоубійствомъ, была сдѣлана операція по названному способу («Verlagerungsmethode») дословно сказано ¹⁾: «Besonders bemerkenswerth aber war, dass keine Andeutung einer trichterförmigen Ausstülpung des verlagerten obliterirten Bruchsackes mehr bestand, vielmehr das Peritoneum in der Gegend des hinteren Leistenrings etwas verdickt narbig aussehend mit einigen strahligen Narbenzügen der Bauchwand fester adhären war, als auf der anderen Seite.» Изъ этихъ данныхъ слѣдуетъ, что способомъ Kocher'a, названнымъ имъ Verlagerungsmethode, устраняется воронкообразное выпячиваніе брюшины, но, вмѣсто этого, вводятъ въ область внутреннего пахового кольца зарубцевавшуюся брюшину, которая, какъ и всякій рубецъ, значительно менѣе эластична, и подъ вліяніемъ внутри — брюшнаго давленія, опять легко можетъ выпячиваться. Тотъ фактъ, что у пациентовъ Kocher'a это встрѣчается только въ единичныхъ случаяхъ, слѣдуетъ, по моему мнѣнію, объяснить другими моментами, и прежде всего аккуратно наложеннымъ погруженнымъ швомъ, а не большей силой сопротивленія брюшины,

1) Архивъ Langenbeck'a 50 стр. 173.

какъ это полагаетъ Kocher. Я, конечно, не отрицаю, что, фиксируя брюшину, мы устраняемъ моментъ, способствующій образованію грыжи. Но я утверждаю, что способность брюшины перемѣщаться не единственная и даже не самая существенная причина происхожденія рецидивовъ, какъ хотятъ насъ увѣрить Kocher и Тиле ¹⁾. Какъ могли бы объяснить отсутствіе грыжъ при существованіи раскрытаго processus'a vaginalis'a, гдѣ есть готовый грыжевой мѣшокъ? И какъ было бы возможно, что такой тонкій рубецъ, какъ рубцововидоизмѣненная брюшина, представляетъ большее сопротивленіе внутри — брюшному давленію, чѣмъ рубецъ распространяющійся чрезъ всю толщу брюшной стѣнки? Далѣе Kocher превозноситъ свой методъ еще за то, что онъ совершенно устраняетъ углубленіе. Уже Тиле указалъ, что невозможно достаточно высоко изолировать грыжевой мѣшокъ, не разсѣкая fasciae obliquae externae, я хотѣлъ бы отсюда исключить большія грыжи съ широкими отверстіями: при нихъ легко удастся изолировать грыжевой мѣшокъ, вплоть до внутреннего паховаго отверстія. Достаточно же высоко изолировать малыя и среднія грыжи часто совершенно невозможно. Какъ Kocher оперируетъ по своему методу интерстиціальныя грыжи или даже зачатки грыжъ — это для меня загадка, такъ какъ при Kocher'овскомъ методѣ ихъ и видѣть не удастся. Чтобы совершенно

1) Лѣтопись русской хирургіи 1898 „Современное положеніе etc. . .“

изолировать грыжевой мѣшокъ въ области внутренняго пахового кольца, Kocher совѣтуетъ, послѣ того, какъ вывели грыжевой мѣшокъ, чрезъ латеральное отверстіе въ fasc. obl. ext., сильно натянуть грыжевой мѣшокъ кнаружи и кверху, а сѣмянной канатикъ внутрь и внизъ. Удастся ли благодаря этимъ манипуляціямъ, вполне изолировать грыжевой мѣшокъ, и не разрывается ли при этомъ иногда, какъ опасается Тиле, брюшина въ области углубленія — это вопросъ. Но для меня не подлежитъ сомнѣнію, что эти манипуляціи ощупью значительно больше нарушаютъ сѣмянной канатикъ, чѣмъ осторожная изоляція его подъ контролемъ глаза, по методу Bassini.

Намъ остается еще рассмотреть закрытіе внутренняго пахового кольца и погруженный шовъ. Относительно перваго, я хочу привести объясненіе Тиле, рѣзкаго противника Bassini'вскаго метода: „на первый вопросъ — можно ли надежно закрыть внутреннее паховое кольцо? — я отвѣчу прямо отрицательно. Этого можно достигнуть только при примѣненіи способа Bassini.“

То же, по моему мнѣнію, можно сказать и о погруженномъ швѣ. Аккуратное наложеніе швовъ на ощупь удастся, пожалуй, такому опытному хирургу, какъ Kocher, но едва ли удастся менѣе опытному и менѣе ловкому оператору.

При Kocher'овскомъ методѣ, я хочу упомянуть видоизмѣненіе его по Тиле.¹⁾ Tilo разсѣкает fasciam musculi obliqui externi, а не m. obliquum internum и transversum, фиксируетъ высоко полированный грыжевой мѣшокъ, по первоначальной Verlagerungsmethode Kocher'a, при этомъ онъ старается ссудить внутреннее паховое кольцо, потомъ закрываетъ рану узловымъ швомъ, отказываясь отъ погруженного шва.

Тиле стремится достигнуть своимъ методомъ, и, какъ онъ утверждаетъ, достигаетъ слѣдующаго:

1. Брюшина фиксируется самымъ надежнымъ образомъ и при томъ выше и кнаружи отъ anuli interni, каковое обстоятельство представляется крайне неблагоприятнымъ для появленія возврата. Эта фиксация дѣлается еще болѣе прочной, вслѣдствіе того, что послѣ операции вокругъ укрѣпленной шейки мѣшка развивается въ предѣлахъ *fovea inginal ext.* раздраженіе *peritonei*, ведущее, вслѣдствіе воспалительнаго уплотненія, къ болѣе тѣсной связи брюшины съ окружающими частями. Понятно, что при повышеніи внутрибрюшного давленія *peritoneum* уже не можетъ легко скользить сверху внизъ по направленію пахового канала.

2. Вслѣдствіе такого укрѣпленія, натянутого мѣшка, брюшина и fascia transversa въ области пахового ка-

1) Лѣтопись русской хирургіи 1898 „современное положеніе вопроса о коренномъ леченіи паховыхъ грыжъ.“ Медицинск. Обозр. 1898 г. XII 826. Профессоръ Подрезъ. „Радикальное грыжесѣченіе Kocher'a.“

нала напрягаются, слагаясь въ продольныя и отчасти радіальныя складки. Такимъ образомъ восстанавливается совершенно нормальная уступчивая задняя стѣнка пахового канала, а внутреннее отверстіе его значительно суживается.

3. Скрученный грыжевой мѣшокъ, вполне затыкая полость брюшины, срастаясь съ передней стѣнкой пахового канала служить подкрѣпленіемъ для нея и болѣе надежной преградой отъ напора внутренностей, нежели всякій другой кожный, мышечный и періостальный лоскутъ.

4. Тщательной отсепаровкой грыжевого мѣшка за внутреннее отверстіе пахового канала, что возможно только при условіи разсѣченія его передней стѣнки, мы достигаемъ того, что уничтожаемъ *infundibulum*, могущій въ послѣдствіи послужить зерномъ для образованія возврата.

5. *Funiculus spermaticus* остается *in loco*, слѣдовательно не травмируется во время операціи, послѣ же нея онъ не сдавливается.

6. Ибо при этомъ методѣ *canalis inguinalis* дѣйствительно восстанавливается въ своемъ нормальномъ видѣ: съ задней напряженной, но уступчивой стѣнкой.

7. Паховой каналъ на всемъ протяженіи суживается, но не уничтожается совершенно, въ чемъ положительно нѣтъ необходимости.

Тѣмъ же видитъ въ способности брюшины къ перемѣщенію единственную причину возникновенія грыжъ и

думаетъ фиксаціей брюшины устранить возможность рецидивовъ. Канальный шовъ онъ упускаетъ, какъ вредный, потому что этотъ шовъ, правильно наложенный, долженъ повредить *funiculum spermaticum*. Закрытіе внутренняго пахового кольца онъ считаетъ, какъ при Косчет'овскомъ, такъ и при своемъ собственномъ методѣ, ненадежнымъ и въ то же время ненужнымъ. Онъ основываетъ все на способности фиксированной брюшины къ сопротивленію. При этомъ онъ, правда, самъ упоминаетъ, что въ области *foveae inguinalis* брюшина, вслѣдствіе операціи, представляется видоизмененной — въ ней замѣтно воспалительное уплотненіе, но онъ рассматриваетъ это, какъ удобный моментъ для фиксированія брюшины, упуская изъ виду вытекающее отсюда ослабленіе способности къ сопротивленію. Тѣмъ же полагаетъ, что, благодаря крѣпко натянутой брюшинѣ, напрягается и *fascia transvers.* задней стѣнки пахового канала, вслѣдствіе чего послѣдняя будетъ достаточно восстановлена. При томъ я долженъ замѣтить, что о дѣйствительномъ восстановленіи задней стѣнки канала здѣсь и рѣчи быть не можетъ. Расширеніе внутренняго пахового кольца грыжи происходитъ на счетъ задней стѣнки канала, и волокна *fasc. transvers.* отдѣленные другъ отъ друга, расщепляются. Эта расщепленная ткань не можетъ соединиться вновь, какъ бы туго ни напрягали брюшину. Правда, благодаря напряженію брюшины, желобовато растянутая назадъ стѣнка брюшины, или вѣрнѣе остатки

ея, нѣсколько поднимаются. Желобокъ, благодаря этому, нѣсколько уплощается, внутреннее кольцо кажется не много уменьшеннымъ, такъ какъ края его въ нижней части приближаются другъ къ другу. Это кажущееся восстановление задней стѣнки и суженіе внутренняго кольца, которыя a priori недостаточны, не могутъ, конечно, долго существовать, потому что измѣненія здѣсь вызваны только напряженной брюшиной, которая на задней стѣнкѣ канала соединена съ fascia transversalis рыхлой субперитонеальной тканью и недостаточно фиксирована. Принимая во вниманіе, что какъ-разъ у этихъ пациентовъ повышенная способность брюшины перемѣщаться и приспособляться къ брюшной стѣнкѣ, мы должны придти къ заключенію, что и здѣсь брюшина очень скоро, уступая натяженію съ боковъ и снизу, перемѣстится и приспособится къ слабой въ этомъ мѣстѣ fascia transversalis, вслѣдствіе чего опять пропадетъ кажущееся частичное восстановление задней стѣнки канала, и внутреннее паховое кольцо сдѣлается такитъ же широкимъ, какимъ оно было до операціи.

Изъ статистики, приведенной Тиле о случаяхъ, оперированныхъ имъ и профессоромъ Вельяминовымъ, результаты операціи не ясно видны. Приведены 39 исторій болѣзней, 19 изъ нихъ заканчиваются выходомъ пациентовъ изъ больницы. Изъ остальныхъ 20 случаевъ я исключаю 1, потому что операція была сдѣлана женщиной; значить послѣ операціи были прослѣжены (или инымъ путемъ получены свѣдѣнія) 19 слу-

чаевъ. Къ сожаленію, и въ этихъ случаяхъ не указана продолжительность наблюденія. Все же 5 случаевъ можно вычеркнуть, потому что прошло меньше года, со дня выхода пациентовъ изъ больницы до опубликованія отчета. Изъ остальныхъ 14 случаевъ надо отмѣтить 2 рецидива, слѣдовательно 14,3⁰/₀.

Способъ радикальной операціи по Bassini. Въ 1888 году Bassini опубликовалъ практикуемый имъ съ 1884 года способъ операціи паховой грыжи, но это сообщеніе¹⁾ оставлено было почти безъ вниманія. Спустя 2 года, онъ снова опубликовалъ свой методъ операціи, присовокупивъ на этотъ разъ статистику о 262 случаяхъ, которые дали 0⁰/₀ смертности, рецидивовъ 28⁰/₀.²⁾

Это былъ доселѣ неслыханно хорошій результатъ, возбуждившій вниманіе всего хирургическаго міра. Въ короткое время способъ Bassini завоевалъ себѣ симпатію большинства хирурговъ и занялъ выдающееся, если не первое, мѣсто въ хирургіи грыжъ.

Способъ Bassini основанъ на анатомическихъ данныхъ и старается достигнуть восстановления пахово-го канала въ его нормальномъ косомъ направленіи чрезъ брюшные покровы, съ брюшнымъ и подкожнымъ от-верстіями и съ передней и задней стѣнками канала.

1) Allg. Wien. Med. Zeit. 1888.

2) Архивъ Langenbeck'a.

Каждый разръзъ проводится по направленію пахового канала и надъ нимъ. Изолировавъ fascia obl. ext., разсѣкаютъ переднюю стѣнку канала до внутренняго пахового кольца. Затѣмъ высоко изолируютъ грыжевой мѣшокъ, вскрываютъ его и, вправивъ содержимое грыжи, перевязываютъ высоко и резецируютъ. Культю грыжевого мѣшка пускаютъ потомъ проскользнуть обратно въ брюшную полость. Теперь поднимаютъ вверхъ тупымъ крючкомъ funiculum spermaticum и подъ нимъ пришиваютъ узловатыми швами заднюю мышечную стѣнку пахового канала во всю ея толщю (Mm. Obliquum internum, transversus, fasc. vertebr. cooperi) къ заднему краю Ligamenti Pouperti. На этой возстановленной такимъ образомъ задней стѣнкѣ пахового канала помѣщаютъ funicul. spermatic. и поверхъ него сшиваютъ края fasc. obl. ext. Затѣмъ кожный шовъ.

Этотъ методъ операціи очень скоро приобрѣлъ массу сторонниковъ, но и въ противникахъ недостатка не было. — Прежде всего Kocher'овская школа, которая примѣняетъ способъ Kocher'a и считаетъ его выше способа Bassini.

Березовскій перечисляетъ слѣдующіе недостатки метода Bassini:

1. Сшивание тройного слоя мышцъ возстановляетъ, правда, заднюю стѣнку канала, но наложеніе этихъ швовъ при очень большихъ грыжахъ затруднительно. Кромѣ того мышечный слой часто ненормаленъ: въ немъ произошло растяженіе и соединительно-

тканное перерожденіе, такъ что мы получаемъ не мышечную, а соединительно-тканную заднюю стѣнку канала.

2. Культя прилежитъ непосредственно къ задней поверхности глубокого шва пахового канала, приблизительно на срединѣ его протяженія.

3. Нераціонально захватывать въ шовъ край musculi recti въ виду того, что этотъ мускулъ, при своихъ сокращеніяхъ, будетъ отрывать шовъ, проведенный чрезъ край его.

4. Разрѣзываніе передней стѣнки, вслѣдствіе чего тутъ получается, хотя тонкій, но все таки рубецъ.

5. Не отзывается ли операція неблагоприятно, какъ на питаніи яичка, такъ и на послѣдовательной функціи его? Отвѣта на этотъ вопросъ Березовскій ждетъ въ будущихъ сообщеніяхъ по этому предмету.

Березовскій приводитъ выше сказанные пункты, какъ недостатки метода Bassini, въ сравненіи съ методомъ Kocher'a.

Я хочу къ этому замѣтить слѣдующее:

Къ 1. Упрекъ, что, для закрытія канала, употребляется атрофированная мускулатура, касается Kocher'a еще больше, чѣмъ Bassini, такъ какъ Kocher сшиваетъ именно эту атрофированную мускулатуру, тогда какъ Bassini, правда, примѣняетъ этотъ тройной мышечный слой, но еще и новую, неослабленную ткань — ligamentum Pouperti и musculus rectum.

Ко 2. Культя лежитъ на срединѣ линіи шва. Мы должны были бы слѣдовательно на этомъ мѣстѣ

ожидать и возвратовъ, но, какъ мы увидимъ ниже, этого не бываетъ.

Къ 3. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, obliqui атрофированы, шовъ накладываютъ на влагалище musculi recti, а у Kocher'a въ этихъ случаяхъ грыжевое отверстіе остается совсѣмъ раскрытымъ.

Къ 4. Когда оперируютъ всегда получается рубецъ. Противъ этого можно возразить, что существуетъ и prima intentio musculorum. Образование складокъ, по Kocher'у, плохо, что видно изъ прежнихъ способовъ операции грыжъ живота. Кромѣ того Березовскій упускаетъ изъ виду, что матеріалъ, примѣняемый здѣсь, не нормальный, а растянутый.

Къ 5. Можно, конечно, говорить только о контролѣ атрофіи яичка, функцію же его контролировать едва-ли удастся.

Далѣе методу Bassini ставятъ въ упрекъ:

1. Способъ этотъ очень сложный.
2. Prima intentio глубокихъ швовъ является conditio sine qua non для радикальнаго леченія.
3. Много швовъ.

Что касается перваго пункта, то онъ опровергается уже тѣмъ, что этотъ методъ такъ быстро приобрѣлъ всеобщую популярность и сдѣлался общимъ достояніемъ земскихъ врачей.

О пунктѣ второмъ я хотѣлъ бы только замѣтить, что это относится и къ методу Kocher'a, какъ и ко

всѣмъ вообще другимъ способамъ операціи, съ тою разницей, что у Bassini гной легче находить себѣ выходъ наружу.

Далѣе Березовскій видитъ недостатокъ метода Bassini въ томъ, что, при рецидивѣ, если таковой наступитъ, онъ представляетъ собою не косвенную, а прямую грыжу. По моему мнѣнію, въ этомъ слѣдуетъ видѣть преимущество метода, потому что при такомъ рецидивѣ можно посредствомъ бандажа легко удержать грыжу, и такимъ образомъ ущемленіе почти что устранено. Что рецидивы при другихъ методахъ операціи даютъ ущемленіе со смертельнымъ исходомъ, показываетъ случай, приведенный Wolter'омъ¹⁾.

Является ли большое количество швовъ при методѣ Bassini недостаткомъ его, это, по пониманію новѣйшаго времени, еще большой вопросъ (см. ниже). Спрашивается теперь, что приобрѣлъ этотъ методъ возстановленіемъ задней стѣнки?

Если мы себѣ представимъ, что нерѣдко встрѣчаются люди съ частично или вполне открытымъ processus'омъ vaginalis'омъ, въ который не опускаются внутренности, то это обстоятельство можно приписать исключительно только клапанообразному строенію пахового канала. Повышенное брюшное давленіе, которое одно только способно было бы выпячить брюшину въ паховой каналъ или вогнать внутренности въ видоизмѣ-

1) Sammlung klin. Vorl. v. Volkmann Nr. 360, 3465 случай 75.

ненный грыжевой мѣшокъ, одновременно запираетъ этотъ паховой каналъ, прижимая заднюю стѣнку его къ передней. Такимъ образомъ восстановленіемъ этого клапанообразного запора пахового канала дана наиболѣе возможная защита противъ рецидивовъ.

Этого чрезвычайно существеннаго преимущества лишаются всѣ тѣ, которые, хотя и принимаютъ мышечный шовъ по Bassini, но помѣщаютъ funiculus не впереди, а позади шва (Ferrari, Mugnani, Girard, Walder, Praxin, Stinson, Jonescu, Villar) или тѣ, которые направляютъ сѣмянной канатикъ въ верхній уголъ раны непосредственно подъ кожей (Halsted), такъ какъ во первомъ случаѣ отсутствуетъ задняя стѣнка, во второмъ — передняя.

Если мы сопоставимъ методъ операціи Kocher'a съ методомъ Bassini, то получимъ слѣдующее:

Преимущества метода Kocher'a.

1. Незначительное поврежденіе при разрѣзѣ.
2. Фиксація брюшины перемѣщеніемъ грыжевого мѣшка.

3. Мало швовъ (?).

Недостатки метода Kocher'a.

1. Паховой каналъ не восстанавливается.
2. Недостаточное замыканіе внутренняго пахового кольца.

3. Предполагаемая малая способность къ сопротивленію зарубцевавшейся брюшины въ области внутренняго пахового кольца.

4. Ненадежность налагаемаго на ощупь погруженнаго шва.

5. Слабое мѣсто въ брюшной полости, вслѣдствіе прохожденія грыжевого мѣшка.

6. Употребленіе только растянутой ненормальной ткани при погруженномъ швѣ.

7. Невозможность примѣненія этого метода при hernia incipiens и при очень большихъ грыжахъ.

Преимущества метода Bassini.

1. Приведеніе пахового канала въ нормальное состояніе восстановленіемъ задней стѣнки его.

2. Обусловленное этимъ клапанообразное замыканіе даетъ наилучшую возможную гарантію, что не послѣдуетъ рецидивъ.

3. Только при Bassini'вскомъ методѣ возможно наложеніе совершеннаго шва на внутреннее паховое кольцо.

4. Проведеніе операціи подъ контролемъ глаза.

5. Примѣненіе еще не ослабленной ткани для укрѣпленія задней стѣнки.

6. Возможность производства этой операціи при всѣхъ грыжахъ — малыхъ и большихъ, подвижныхъ и ущемленныхъ.

Недостатки метода Bassini

1. Необходимость разрѣзать много тканей.

2. При нагноеніи, зараженіи швовъ и долго продолжающагося отдѣленіе ихъ.

Модификаціи метода Bassini. Независимо отъ Bassini, Wölfler съ 88 года примѣнялъ мышечный шовъ, при чемъ сѣмянной канатикъ помѣщался позади шва. Въ 92 году Wölfler измѣнилъ свой способъ такъ, что онъ выводилъ сѣмянной канатикъ чрезъ брюшную полость по внутреннему (медиальному) краю *musculi recti* соответственной стороны и совершенно запиралъ паховой каналъ. Wölfler не удалялъ грыжевого мѣшка, а, перевязавъ и резецировавъ шейку мѣшка, прижигалъ термокаутеромъ.

Girard, Praxin, Stinson, Jonnesco и др. сшиваютъ мышечный слой впереди сѣмянного канатика, такъ что канатикъ проходитъ чрезъ брюшную стѣнку въ углу между *musculo recto* и *ligam. Pouparti* прямо сзади напередъ¹⁾. Girard при этомъ старается заднюю стѣнку укрѣпить еще тѣмъ, что онъ верхній край *fasciae obliquae externae* пришиваетъ къ *ligament. Poupart*, а нижній лоскутъ фасціи прикрѣпляетъ къ верхнему посредствомъ швовъ. Jonnesco²⁾ сначала запираетъ каналъ пятиэтажнымъ швомъ, при чемъ верхніе швы постоянно захватывали нижніе слои. Потомъ онъ видоизмѣнилъ свой шовъ тѣмъ, что накладывалъ временные серебрянные швы въ 2 этажа³⁾. Postempski⁴⁾ и С у б б о т и н ъ⁵⁾ перерѣзываютъ край *musculi Obliqui*

1) Girard. Über Radicaloperat. etc. Correspondenzbl. 1894, Nr. 6.

2) Jonnesco. Centralblatt für Chirurgie 97, 12.

3) C. für Chir. 1899, 3.

4) Lo Sperimentale 1890, IV по Трещину.

5) Хирург. вѣстн. 1893.

interni, transvers и фасцію на 1—2 cm отъ внутренняго пахового кольца снизу вверхъ, укладываютъ сѣмянной канатикъ въ верхнемъ углу раны и потомъ шьютъ по Bassini.

Phelps¹⁾ перерѣзываетъ на протяженіе 1½—2" наружный край внутренняго пахового кольца и тамъ помѣщаетъ *funiculum*. Halsted²⁾ оперируетъ точно такъ, какъ Postempski и С у б б о т и н ъ, только онъ пришиваетъ и *fasciam Obliquam externam* тоже позади сѣмянного канатика, такъ что сѣмянной канатикъ прободаетъ брюшную стѣнку въ верхнемъ углу раны въ прямомъ направленіи сзади напередъ.

Frank тоже старался образовать новый паховой каналъ. Онъ въ *os pubis* внутрь отъ *tuberculi pubici* выдалбливалъ желобокъ, куда вкладывалъ сѣмянной канатикъ; затѣмъ закрывалъ паховой каналъ, и поверхъ сѣмянного канатика укрѣплялъ прежде соскабленную надкостницу и *muscul. rectum*.

Link³⁾ оперируетъ по Bassini, но примѣняетъ не узловыя швы, а непрерывныя временныя шелковыя швы. Крѣпкую хирургическую иглу, продѣтую двойной крѣпкой ниткой онъ на 3 cm внутрь отъ нижняго края раны вкалываетъ сквозь кожу, апоневрозъ и глубокія мышцы, и выкалываетъ эту иглу въ ранѣ. Между узлами концовъ нитки вкладывается

1) C. f. Chir. 95, Nr. 1.

2) Halsted. Cent. f. Chir. 94. 10.

3) Cent. f. Chir. 99, Nr. 12.

іодоформенная марля; затѣмъ онъ прокалываетъ ligament. Pouparti снизу вверхъ. Далѣе на 2 ctm выше мускулатура опять прокалывается и. т. д. Наконецъ Link проходитъ иглой въ направленіи діагонали на 3 ctm наружу отъ верхняго угла раны чрезъ lig. Pouparti, апоневрозъ musculi obliqui externi, чрезъ кожу и укрѣпляетъ двойную нитку надъ компрессомъ іодоформенной марли. Такимъ же образомъ сшиваетъ онъ и апоневрозъ obliqui надъ сѣмяннымъ канатикомъ; кожу замыкаютъ узловыя швы. На десятый день онъ удаляетъ компрессъ и вытягиваетъ нитку in toto, что должно удаваться легко. Bottini¹⁾ разсѣкаетъ паховой каналъ во всю его длину, резецируетъ грыжевой мѣшокъ и — чему онъ придаетъ особенно важное значеніе — сшиваетъ внутреннее паховое кольцо катгутомъ посредствомъ 2 Hargeton'овскихъ иглъ. Верхней иглой онъ прокалываетъ свободный край musculi obliqui interni и transversi, точно также и нижней иглой. Потомъ проходитъ ими чрезъ толщу lig. Pouparti. Рана зашивается узловыми швами.

Рагона²⁾ обвиваетъ сѣмянной канатикъ вокругъ бороздки, образовавшейся при перевязкѣ культи грыжевого мѣшка, которую пришиваетъ къ внутреннему паховому кольцу, такъ что сѣмянной канатикъ проходитъ между культей грыжевого мѣшка и наружнымъ

1) Centralbl. f. Chir. 92. 3.

1) Centrabl. f. Chir. 928.

краемъ внутренняго пахового кольца. Остальное по Bassini

Мининъ¹⁾ обнажаетъ наружное паховое кольцо, резецируетъ грыжевой мѣшокъ, и, не разсѣкая fasciam obliquam externam, пришиваетъ, по Bassini, всю толщу мышцъ (т. е. обѣ косыя и поперечныя мышцы живота) къ ligament Pouparti. Сѣмянной канатикъ, обшитый всѣми покрывающими его фасціями, помѣщается снаружи пахового канала. Кожный шовъ.

Всѣ приведенныя и подобныя модификаціи не имѣютъ никакихъ преимуществъ предъ методомъ Bassini, только измѣненія, примѣненныя Postempski'mъ и Субботинымъ имѣютъ нѣкоторыя преимущества, потому что они даютъ мышечный затворъ. Я не могу одобрить того, что нѣкоторые хирурги (Girard, Праксинъ, Jonnescu, Halsted, Bassini etc.) отказываются отъ возстановленія клапанообразнаго пахового канала, такъ какъ при отсутствіи его, создаются условія (прохожденіе сѣмянного канатика чрезъ брюшную стѣнку въ прямомъ направленіи сзади на передъ), которыя должны способствовать наступленію рецидивовъ. Помѣщеніе же сѣмянного канатика по Frank'y, въ костный желобокъ, заключаетъ въ себѣ опасность ущемленія, вслѣдствіе образованія Callus'a.

Вшиваніе культи грыжевого мѣшка, по Рагона, на мѣстѣ выхода канатика есть не что иное, какъ искусственно созданное predisposing условіе для

1) Мининъ „Врачъ“ 97 г. № 30. стр. 829.

грыжи. Какая цѣль обвивать культю грыжевого мѣшка сѣмяннымъ канатикомъ — непонятно.

Способъ наложенія шва Link'a чрезвычайно простъ и остроуменъ. Его можно рекомендовать.

Модификація, по Минину, трудна и не всегда выполняма. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она легко выполняется, ее лучше предпочесть первоначальному методу Bassini. Какъ видно изъ исторіи болѣзней, въ послѣднее время и въ Юрьевской клиникѣ нѣкоторые случаи оперированы на этой модификаціи Bassini'вскаго метода.

На первомъ конгрессѣ русскихъ хирурговъ въ Москвѣ 28—30 Декабря 1900 года разсуждался и вопросъ о радикальной операціи паховой грыжи. Большинство хирурговъ, участвовавшихъ въ дебатахъ, отдавало полное преимущество методу Bassini (Склифасовскіи, Zoesge von Manteuffel, Гороховъ, Лысенковъ, Дьяконовъ, Спасокурокій, Михалькинъ). Даже Березовскій, ревностный сторонникъ метода Kocher'a, примѣняетъ при большихъ грыжахъ комбинацію метода Kocher'a и Bassini: онъ помѣщаетъ культю грыжевого мѣшка по Kocher'у, а потомъ пришиваетъ нижній край musc. obl. и transvers. къ Ligament. Pouparti позади сѣмяннаго канатика. При этомъ онъ не разсѣкаетъ апоневрозъ musculi obliqui externi, а затягиваетъ его вмѣстѣ съ сѣмяннымъ канатикомъ наружу.

В. К. Горбатовскій индивидуализируетъ случаи и оперируетъ то по методу Kocher'a, то по методу Bassini. Болѣе подробныя данныя не указаны.

И Д. Сарычевъ предпочитаетъ оперировать по методу Championnier'a, такъ какъ этотъ методъ представляется ему болѣе легкимъ.

В. И. Разумовскій и Бобровъ при радикальной операціи придаютъ главное значеніе анатомическимъ отношеніемъ паховой области. „Пока окружающія части не атрофированы“, говоритъ Разумовскій: „и пластическія силы молодого организма хороши, можно ограничиться самыми простыми приѣмами, здѣсь всѣ способы дадутъ радикальное излеченіе, но лучшимъ ее считаю способъ безъ погруженныхъ швовъ, который я описалъ въ 1898 году.“

Способъ этотъ заключается въ слѣдующемъ: Разумовскій накладываетъ швы, по принципу двойного матраснаго шва, описаннаго при Sectio alta; при этомъ всѣ слои пахового канала (fasciam obl. ext. musculum obliquum internum, transversum, fasciam transversam) соединяетъ передъ resp. надъ сѣмяннымъ канатикомъ, и послѣ прокола кожи снаружы шовъ закрѣпляется надъ марлевымъ компрессомъ. Только каждый матрасный шовъ захватываетъ здѣсь не одинъ раневой край глубокихъ слоевъ, а оба. Съ грыжевымъ мѣшкомъ Разумовскій поступаетъ, подобно Kocher'у, т. е. грыжевой мѣшокъ, послѣ изоляціи его, сильно натягивается — перекручивается и запирается 2-мя захватывающими другъ друга матрасными швами, нитки

которыхъ проходя чрезъ кожу наружу и вверхъ, закрѣпляются на марлево́мъ компресси́ѣ, вслѣдствіе этого напряженіе и перемѣщеніе шейки грыжевого мѣшка. Шовъ изъ серебрянной проволоки. Кромѣ того кожные покровы раны запираются швами.

Подобно Разумовскому, высказывается и Бобровъ, но въ то время, какъ первый при недостаточно благоприятныхъ случаяхъ считаетъ особенно важнымъ выборъ операціоннаго метода, Бобровъ сомнѣвается и оперируетъ по методу Бобровъ-Championniere. По мнѣнію Боброва, методъ Kocher'a недостаточенъ, методъ Bassini слишкомъ сложенъ.

Разумовскій рекомендуетъ методъ Phelps'a съ погруженнымъ серебряннымъ швомъ и сѣткой изъ серебрянной проволоки.

Операціи на трупахъ. Чтобы изучить непосредственный результатъ методовъ операціи Kocher'a и Bassini, я, вслѣдствіе недостатка такого рода вскрытій, былъ вынужденъ продѣлать эти операціи на трупахъ. Результатъ этихъ экспериментовъ соотвѣтствуетъ теоретическимъ соображеніямъ, которыя я привелъ выше. Всего было въ моемъ распоряженіи 4 трупа: 2 съ развитыми грыжами, 2 съ грыжевыми мѣшками безъ содержимаго и съ открытымъ, но узкимъ грыжевымъ каналомъ. У двухъ послѣднихъ и при жизни

не было діагностицированы грыжи. Операціи я дѣлалъ точно по даннымъ Kocher'a и Bassini, такъ что я думаю въ дальнѣйшемъ не останавливаться на повтореніи описанія операцій.

I. Петръ Гавриловъ 55 лѣтъ. Паховой каналъ съ лѣвой стороны пропускаетъ 1 палецъ. Внутренности не выступили внизъ. Операція по способу Kocher'a. Культи грыжевого мѣшка, послѣ того какъ ее, посредствомъ 2 глубокихъ швовъ, прикрѣпили въ отверстіи мышцъ, низко отрѣзана. При осмотрѣ оказались, что лѣвая половина пузыря стала болѣе плоской; *anulus internus* оставленъ нѣсколько дальше; вѣроятныя складки брюшины, отъ разрѣза мышцъ по направленію къ низу.

II. Павелъ Григорьевъ 41 года. Паховой каналъ съ правой стороны пропускаетъ 1 палецъ. Грыжевой мѣшокъ пустъ. Операція по Kocher'у. При перемѣщеніи грыжевого мѣшка, *funiculus spermaticus* умереннымъ натяженіемъ въ направленіи, обратномъ первоначальному положенію, отдѣленъ въ области внутреннего пахового кольца. (Березовскій). Ни при умеренномъ, ни при сильномъ натяженіи я не находилъ суженія *anul. inguinal. int.* Двумя глубокими швами я потомъ укрѣплялъ культю грыжевого мѣшка въ отверстіи мускулатуры, наложилъ еще одинъ глубокий шовъ на *anul. inguinal. intern.* Затѣмъ погруженный шовъ (5 швовъ).

Повѣрка: брюшина на правомъ внутреннемъ паховомъ кольцѣ слегка сложена въ складки, подѣ нимъ напряжена и перетянута вверхъ. Мѣсто выхода наружной складки брюшины, проходящей отъ пузыря вверхъ, (*Plica vesico umbilicalis lateralis*) передвинута вверхъ, и складки брюшины поднимаются болѣе круто, чѣмъ на другой сторонѣ. Брюшина таза легко передвигается.

III. Василий Машаковъ 61 года. *Hernia inguinalis sinistra*, величиною въ мужской кулакъ; Грыжевое отверстіе свободно пропускаетъ 3 пальца. Операция по Kocher'у. Грыжевой мѣшокъ уплотненъ, рубцово перерожденъ, трудно изолируемъ. Культи грыжевого мѣшка фиксировала двумя швами, изъ которыхъ верхніе захватываютъ еще культи грыжевого мѣшка. Погруженный шовъ.

Повѣрка: одинъ конецъ мочевого пузыря, вмѣстѣ съ брюшиной, затянутъ въ отверстіе мышцъ и захваченъ швами, именно средній шовъ, который долженъ фиксировать культи грыжевого мѣшка и въ то же время сѣзуть внутреннее паховое кольцо, проходить чрезъ всю толщѣ пузыря, а слѣдующій за тѣмъ четвертый сверху шовъ захватилъ только жировую клетчатку, находящуюся подѣ пузыремъ, и стѣнку мочевого пузыря. Кончикъ пузыря, если разсматривать съ брюшной полости, лежитъ въ верхнихъ $\frac{2}{3}$ внутреннего пахового кольца, а непосредственно подѣ нимъ вступаетъ въ него сѣмянной канатикъ. Пузырь съ лѣвой стороны

нѣсколько уплощенъ и, начиная со шва, представляетъ на нѣкоторое пространство желобоватое выпячиваніе въ полость пузыря.

IV. Иванъ Васильевъ 46 лѣтъ. *Hernia inguinalis sinistra*, величиною въ мужской кулакъ. Грыжевое отверстіе свободно пропускаетъ 2 пальца. Операция по Bassini. Грыжевой мѣшокъ уплотненъ, легко изолируемъ. Содержимое — тонкія кишки, салники, послѣдній ссоченъ, резецированъ. Культи вправлена, все выполнено по описаніямъ Bassini.

Повѣрка: брюшина въ области пахового канала напряжена, культи грыжевого мѣшка лежитъ 3—4 см ниже внутреннего пахового кольца. Ея положеніе — не точно соответствуетъ линіи шва, она помѣщается близъ шва, только нѣсколько лѣвѣе его. Брюшина на мѣстѣ перевязки сложена въ радіальныя складки.

Третій случай ясно показываетъ, какія опасности влечетъ за собой операция на ощупь. Заключенія, которыя можно сдѣлать изъ этихъ экспериментовъ, можно выразить въ немногихъ положеніяхъ:

1. При Kocher'овскомъ методѣ аккуратный шовъ на внутреннемъ паховомъ кольцѣ, по крайней мѣрѣ, для не очень опытныхъ хирурговъ, является чистой случайностью и часто совсѣмъ не удается.

2. При Kocher'овскомъ методѣ напряженіе и фиксация брюшины не оказываютъ вліянія на ширину внутреннего пахового кольца.

3. Сшиваніе на ощунъ, по методу Kocher'a, заключаетъ въ себѣ ту опасность, что важные внутренніе органы, какъ въ случаѣ III мочевого пузыря, могутъ быть повреждены.

4. При методѣ Bassini, можно, при достаточномъ натяженіи, перевязать брюшину довольно высоко, такъ что она въ области пахового канала напряжена. Гдѣ это не удастся, гдѣ лигатура не достаточно высоко накладывается, тамъ близокъ мочевого пузыря.

Что въ подобныхъ случаяхъ методъ Kocher'a прямо таки опасенъ, показываетъ случай 3-й.

Въ теченіе 1893—1899 годовъ профессоромъ Цёге фонъ Мантейфель было оперировано 206 паховыхъ грыжъ, въ первомъ семестрѣ 1900 года еще 9 случаевъ, всего 115 случаевъ у 185 мужчинъ.

Изъ этихъ грыжъ было ущемленныхъ 38, вправимыхъ 77, невправимыхъ 13, и 87 случаевъ не ущемленныхъ, гдѣ не указано, были ли эти грыжи вправимы или нѣтъ.

Положеніе грыжъ: 30 случаевъ двустороннихъ, 96 правостороннихъ, 50 лѣвостороннихъ, въ 9 случаяхъ сторона не указана.

Возрастъ пациентовъ колеблется между 3 мѣсяцами и 74 годами, большинство пациентовъ, именно болѣе 35% было въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ.

возрастъ	число пациентовъ	вправим.	невправим.	безъ указан.	ущемл.	всего
1—10 л.	14	13	—	2	1	16
10—20 „	15	11	1	3	2	17
20—30 „	65	26	5	35	10	76
30—40 „	39	19	2	20	5	46
40—50 „	22	4	3	14	6	26
50—60 „	13	4	—	6	5	15
60—70 „	10	—	—	5	5	10
70—74 „	4	—	2	—	3	5
?	3	—	—	3	1	4
	<u>185</u>	<u>67</u>	<u>13</u>	<u>87</u>	<u>38</u>	<u>215</u>

Продолжительность существованія грыжи, считая съ того времени, когда пациентъ замѣтилъ существованіе или появленіе грыжи, была указана въ 141 случаѣ, именно:

продолжительность существованія	подвижныхъ	ущемл.	всего
10—27 л.	13	9	22
5—10 „	9	1	10
много лѣтъ.	2	2	4
4 л.	3	1	4
3 „	5	0	5
2 „	11	0	11
1 „	9	0	9
меньше 1 г.	33	6	39
съ дѣтства	32	5	37
	<u>117</u>	<u>24</u>	<u>141</u>

Величина грыжъ была отмѣчена только въ немногихъ случаяхъ (75). Изъ нихъ было:

	подвижн.	ущемл.	
Интерстиціальныя грыжъ	9	—	
малыхъ	32	—	величиной въ куриный, гусиный, голуб. яйцо и въ дѣтск. кулакъ
среднихъ	14	3	величиной въ мужск. кулакъ,
большихъ	9	8	в. дѣтскую головку и больше.
	<u>64</u>	<u>11</u>	<u>= 75</u>

Ширина пахового канала указана въ 79 случаяхъ:

	Число пальцевъ.	Число случаевъ.
Проходимы для кончика пальца	3	
„ „ 1	39	
„ „ 2	21	
„ „ 3	10	
„ „ 4	2	
„ „ нѣсколькихъ	1	
Широко раскрыт.	—	3
		79

Я хочу еще упомянуть нѣкоторыя особенности, по сколько онѣ записаны въ исторіяхъ болѣзней: 1 грыжа была *Hernia directa*, 4 изъ оперированныхъ грыжъ рецидивовъ; изъ нихъ нѣкоторыя операціи сдѣланы были здѣсь, нѣкоторыя въ другихъ клиникахъ. 5 грыжъ были сопровождаемы *varicosel'*ами, 12 — *Hydrocel'*ами, одна — *Hydrocele'*ой другой стороны; въ 2 случаяхъ — *Kryptorchie*, въ 2 случаяхъ атрофія яичка, въ одномъ случаѣ *Sarcoma*, вмѣстѣ съ грыжей. Въ одному случаѣ яичко помещалось въ кистѣ, исходящей изъ наружной стороны сѣмянного канатика, 2 раза въ грыжевомъ мѣшкѣ находили мочевоу пузырь, 13 разъ сросшійся салъникъ, липомы грыжевого мѣшка почти никогда не отсутствовали. Кромѣ того въ 9 случаяхъ были и другія болѣзни, именно: туберкулезный перитонитъ, *Gonorrhoe*, *Phimosi*, грыжа живота, *Fistula pararectalis*, *cysta dermoidalis frontis dextra*, *ulcus antibrachii*, *Abscessus suprapatellar. dextri* и *Prolapsus ani*. 24 пациента

съ 26 грыжами носили бандажъ, именно 8 пациентовъ съ ущемленными грыжами и 16 — съ подвижными.

Леченіе исключительно оперативное. Оперировали по слѣдующимъ методамъ:

		подвижн.	ущемл.
по Bassini	167	146	21
„ Kocher'у	19	15	4
„ Цере ф. Мантейфель	5	3	2
Шовъ грыж. отверстія	10	6	4
Castratia	2	1	1
Открытыя раны	3	0	3
Anus praeternatur.	3	0	3
Яичко въ брюшной пол.	1	1	0
Методъ не указанъ	5	5	0
	215	177	38

Послѣоперационное теченіе указано въ 203 грыжахъ — въ 166 подвижныхъ и 37 ущемленныхъ.

Методъ.	I. Intentio.		Нарушен. одного канала нива.		II. Intentio.		Умерло.		Сумма.	
	подвижныхъ	ущемлен.	подвижныхъ	ущемлен.	подвижныхъ	ущемлен.	подвижныхъ	ущемлен.	подвижныхъ	ущемлен.
Bassini	124	17	6	0	11	4	0	0	141	21
Kocher	10	1	1	0	4	2	0	1	15	4
Цере ф. Мантейф.	3	2	0	0	0	0	0	0	3	2
Шовъ грыж. отверстія	4	3	1	0	0	0	0	0	5	3
Castratia	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Открытыя раны и вторичн. шовъ	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3
Anus praeternaturalis	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Яичко въ брюшн. пол.	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Методъ не указанъ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	142	25	8	0	16	7	0	5	166	37

Какъ показываетъ таблица, изъ 166 подвижныхъ грыжъ зажили *per II intentio* 16, т. е. $9,6\%$, нагноение одного канала шва въ $4,8\%$ случаевъ. Изъ случаевъ, оперируемыхъ по Bassini, зажили *per secundam* изъ 141 подвижной грыжи 11, т. е. $7,8\%$; нагноение одного канала шва $4,2\%$. Тѣ случаи, гдѣ шовъ далъ нагноеніе, я помѣстилъ въ отдѣльную рубрику, потому что они заживали не вполне *prima*, но я не могъ причислить ихъ къ зажившимъ *per secundam*, такъ какъ инфекция была такъ незначительна, что она не имѣла вліянія ни на продолжительность леченія, ни на результатъ операціи. Изъ 23 случаевъ, зажившихъ *per secundam* — 5 съ поверхностнымъ подкожнымъ нагноеніемъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ не обозначено, было ли нагноеніе поверхностное или глубокое. Далѣе я хочу здѣсь указать, что большинство нагноеній принадлежитъ первымъ случаямъ, изъ первыхъ 20 случаевъ, оперированныхъ въ госпиталѣ, — 7 зажили *per secundam intentio*. Отчасти эти случаи слѣдуетъ разсматривать, какъ жертву, которую всегда требуетъ изученіе новаго метода, хотя главную причину я приписываю условіямъ, въ которыхъ была произведена операція. Правда, въ госпитальной клиникѣ существовала операціонная комната, но она одновременно служила перевязочной, и амбулаторный приемъ производился въ той же комнатѣ. Кромѣ того первое время не было хорошо вышколенныхъ помощниковъ.

Если мы сравнимъ послѣоперационное теченіе у оперированныхъ по Bassini и у оперированныхъ по Kocher'у, то найдемъ —

у Bassini подвижныхъ грыжъ излеченныхъ <i>per II</i>	=	$7,8\%$
у Kocher'a „ „ „ „		$26,6\%$
у Bastini ущемленныхъ „ „ „		19%
у Kocher'a „ „ „ „		50%
сумма у Bassini „ „ „ „		$9,25\%$
„ Kocher'a „ „ „ „		$31,5\%$

Изъ сопоставленія этихъ чиселъ, можно заключить, что методъ операціи Bassini даетъ гораздо лучший результатъ леченія раны, чѣмъ Kocher'овскій. Но я допускаю, что этимъ числамъ нельзя приписать такого значенія, потому что они слишкомъ малы: мы имѣемъ дѣло при методѣ Bassini съ 162 случаями, при Kocher'овскомъ съ 19, и, какъ я уже указалъ, случаи первые оперированные по новому методу, даютъ худшій исходъ, чѣмъ послѣдующіе. Но странно, что методъ Kocher'a даетъ неравномѣрно больше случаевъ, протекающихъ *per secundam*. Тѣ неудовлетворительныя условія, которыя мы приняли въ расчетъ, при оцѣнкѣ результатовъ метода Bassini, не должны быть приняты во вниманіе при оцѣнкѣ метода Кохера, потому что всѣ первые случаи, оперированные по Kocher'у, зажили *per primam*; здѣсь плохіе результаты слѣдуетъ приписать некрозу культи. Напротивъ же данныя метода Bassini, которыя охватываютъ 162 случая, мы можемъ употре-

бить, какъ статистическій матеріалъ. Если оставить въ сторонѣ первые, оперированные по этому методу, 20 случаевъ, давшихъ 7 случаевъ, гдѣ заживленіе шло per secundam, то мы получимъ 142 случая, изъ нихъ зажило per secundam 8, что = $5,6\%$. Если мы въ этихъ 142 случаяхъ, рассмотримъ отдѣльно подвижныя и ущемленные грыжи, то получимъ:

на 123 подвижныхъ грыжъ леченіе per II въ 5 случ. = 4%
на 19 ущемленныхъ „ „ „ 3 „ = $15,9\%$

Въ общемъ теченіе всѣхъ грыжъ, оперированныхъ по различнымъ методамъ, въ сравненіи съ данными другихъ клиникъ, вполне удовлетворительное. По сообщеніямъ М. Трещина, теченіе оперированныхъ грыжъ въ госпитальной хирургической клиникѣ профессора В. А. Ратимова было осложнено нагноеніемъ 29% , именно 9 поверхностныхъ нагноеній и 20% глубокихъ. Грыжи, оперированныя въ клиникѣ профессора Landerer'a (Stuttgart Karl-Olga Krankenhaus) были $23,9\%$ случаевъ осложнены нагноеніемъ. Наша же статистика показываетъ осложненіе нагноеніемъ въ $15,6\%$ случаевъ, а если оставимъ въ сторонѣ 8 случаевъ съ нагноеніемъ одного только канала шва, тогда получимъ всего $11,6\%$ случаевъ нагноенія.

Продолжительность послѣоперационнаго леченія въ 164 случаевъ можно опредѣлить, я считаю послѣоперационное леченіе со дня операции до выхода пациента изъ клиники. Продолжительность слѣдующая:

въ 5	случаяхъ по	8 дней =	40 дней
„ 3	„ „	9 „ =	27 „
„ 6	„ „	10 „ =	60 „
„ 12	„ „	11 „ =	132 „
„ 22	„ „	12 „ =	264 „
„ 16	„ „	13 „ =	208 „
„ 26	„ „	14 „ =	364 „
„ 17	„ „	15 „ =	255 „
„ 7	„ „	16 „ =	112 „
„ 7	„ „	17 „ =	119 „
„ 8	„ „	18 „ =	144 „
„ 4	„ „	19 „ =	76 „
„ 3	„ „	20 „ =	60 „
„ 3	„ „	21 „ =	63 „
„ 2	„ „	22 „ =	44 „
„ 2	„ „	23 „ =	46 „
„ 2	„ „	24 „ =	48 „
„ 1	„ „	25 „ =	25 „
„ 1	„ „	26 „ =	26 „
„ 3	„ „	27 „ =	81 „
„ 4	„ „	28 „ =	112 „
„ 2	„ „	29 „ =	58 „
„ 1	„ „	34 „ =	68 „
„ 1	„ „	46 „ =	46 „
„ 1	„ „	51 „ =	51 „
„ 1	„ „	58 „ =	58 „
„ 1	„ „	68 „ =	68 „
„ 1	„ „	69 „ =	69 „
„ 1	„ „	70 „ =	70 „
въ 164 случаяхъ		=	= 2794 дня.

$2794 : 164 = 17$ дней для каждаго случая; въ числѣ этихъ 164 случаевъ есть 18, леченіе которыхъ протекало per II и требовало для леченія 615 дней; оставляя эти случаи въ сторонѣ, получимъ, что средняя продолжительность послѣоперационнаго леченія осталь-

ныхъ случаевъ меньше 15 дней. Кромѣ того среди остальныхъ случаевъ есть такіе, которые оставались въ клиникѣ дольше, чѣмъ того требовало послѣоперационное леченіе, вслѣдствіе осложненія разными болѣзнями, какъ-то. Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Cystitis etc., или вслѣдствіе другихъ причинъ. Обыкновенно случаи, неосложненные выписывались на 12 resp. 14 день послѣ операціи. 118 случаевъ, оперированныхъ по Bassini, и протекившихъ per primam, потребовали 1653 дня послѣоперационнаго леченія, т. е. 14 дней для каждаго пациента. Пульсъ и температура послѣ операционнаго теченія у многихъ пациентовъ не указаны. Но сколько же они отмѣчены, можно заключить, что въ первый день послѣ операціи большей частью наступало незначительное повышеніе температуры, которая обыкновенно не достигала 38^0 , а на слѣдующій день падала, Puls обыкновенно нормальный. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣоперационное леченіе осложнялось нагноеніемъ, или комбинировалось другими болѣзнями, напр, Pneumonie'ей, плевритомъ etc., было соответственное повышеніе температуры и учащеніе пульса. Въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ, протекавшихъ per primam, повышеніе температуры было повидимому вызвано упорнымъ запоромъ и падало послѣ слабительнаго или клизмы.

Конечный результатъ операціи для 84 случаевъ можно было провѣрить по истеченіи срока, большаго 1 года послѣ операціи. Въ числѣ этихъ случаевъ

было оперированныхъ по Bassini 71 случай, по Kocher'у 8 случаевъ, по Цѣге Ф. Мантейфель 4, шовъ на грыжевое отверстіе въ 1 случаѣ. Изъ 84 случаевъ 76 излечены радикально, т. е. по истеченіи больше чѣмъ одного года не наступилъ рецидивъ и нѣтъ данныхъ въ будущемъ предполагать наступленіе такового; въ остальныхъ 8 случаяхъ результаты неудовлетворительны: въ 2 случаяхъ, спустя короткое время, послѣ выхода пациента изъ клиники, наступилъ рецидивъ; въ одномъ случаѣ грыжа давала рецидивъ дважды (послѣ двухъ операціи), оба раза спустя 6 мѣсяцевъ, послѣ выхода изъ клиники; въ одномъ случаѣ замѣтили рецидивъ, по истеченіи 1 года 2 мѣсяцевъ послѣ операціи; въ одномъ случаѣ появилась грыжа живота въ верхней части операционнаго рубца, еще въ другомъ случаѣ была невыраженная грыжа, но рубецъ въ верхней части былъ нѣсколько растянутъ, и при кашлѣ на этомъ мѣстѣ прощупывалось напряженіе внутреннихъ; затѣмъ въ одномъ случаѣ рубецъ былъ твердъ и плотенъ, но мягкія части вокругъ рубца немного выпуклы. Въ заключеніе въ одномъ случаѣ послѣ операціи наступило ущемленіе сѣмяннаго канатика, такъ что пришлось вторично оперировать этого пациента. Здѣсь слѣдуетъ упомянуть еще девятый случай, гдѣ вскорѣ, послѣ выхода пациента изъ клиники, наступилъ рецидивъ. Такъ какъ этотъ случай не принадлежитъ къ тѣмъ, которые были наблюдаемы больше 1 года, то я долженъ оставить его безъ вниманія, разъ я не

принимаю въ расчетъ болѣе раннихъ случаевъ, не давшихъ рецидивовъ.

Я принимаю минимальный періодъ наблюденія 1 годъ потому, что большинство рецидивовъ наступаетъ въ теченіе перваго года послѣ операциі. Правда, въ рѣдкихъ случаяхъ во 2-омъ, 3-ьемъ и слѣдующихъ годахъ тоже наступаютъ рецидивы, но я не могъ принять этого во вниманіе, потому что не могъ бы иначе принять минимальнаго срока для наблюденія.

Итакъ мы имѣемъ 84 случая съ 8 неудовлетворительными исходами, т. е. $9,5\%$, изъ нихъ въ 2 случаяхъ невыраженные рецидивы которые пока не требовали вторичнаго вмѣшательства. Если мы оставимъ эти 2 случая, то получимъ только $7,1\%$ рецидивовъ.

По отдѣльнымъ методамъ эти случаи распредѣляются такъ:

1. Шовъ грыжевого отверстія провѣренъ 1 случай — 1 еще только начинающая грыжа.
 2. Методъ Цеге ф. Мантейфель . . . 4 „ 0 recid.
 3. Kocher'a 8 „ 2 „
 4. Bassini 71 „ 4 „
- и еще 1 случай
ущемленіе сѣмяннаго канатика.

При ближайшемъ разсмотрѣніи рецидивовъ, мы можемъ установить, что грыжи, оперируемые по методу Kocher'a, и рецидивировавшие, могутъ быть примѣнены для критическаго обзора стараго Кохеровскаго метода, а не для новой и новѣйшей модификаціи его, потому

что оба случая, давшіе рецидивы, оперируемы были по старому методу Кохера, т. е. съ перегибомъ грыжевого мѣшка на переднюю стѣнку канала. Одинъ изъ этихъ 2 случаевъ, О. Т., далъ нагноеніе и протекъ *per secundam*; во 2 случаѣ К. R. рана зажила *per primam*, но, спустя 3 недѣли, по словамъ паціента, появился на внутреннемъ углу раны небольшой abscess, который лечили въ теченіе 2 недѣль. На томъ мѣстѣ, гдѣ abscess зажилъ, развилась затѣмъ грыжа живота, которая требовала оперативнаго вмѣшательства. Эти факты подтверждаютъ высказанное съ другихъ сторонъ положеніе, что перевязываніе и перегибаніе грыжевого мѣшка, по методу Kocher'a, влечетъ за собой опасность — некрозъ и нагноеніе грыжевого мѣшка.

Результаты такого некроза грыжевого мѣшка мы ясно видимъ на этомъ же самомъ случаѣ. Самъ Kocher видѣлъ недостатки своего метода и старался уничтожить ихъ, посредствомъ модификаціи, названной имъ „Laterale Verlagerung des Bruchsackes“. Собственнаго матеріала объ этой „Laterale Verlagerungsmethode“ нѣтъ въ моемъ распоряженіи, я думаю однако на основаніи обоихъ этихъ рецидивовъ послѣ операциі по первоначальному методу Kocher'a я вправѣ отрицать утвержденіе Kocher'a, что на конечный результатъ его оперативнаго метода не вліяетъ дальнѣйшее леченіе.

Я хотѣлъ бы еще прибавить, что для операциі, по методу Kocher'a, большей частью выбирали паціентовъ съ хорошо сохранившимся паховымъ каналомъ,

геср. задней стѣнкой канала. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, такъ въ обоихъ случаяхъ, давшихъ рецидивы, оперировали по методу Kocher'a потому, что было желательнѣе сократить продолжительность операціи.

Я уже выше, рассматривая послѣоперационное теченіе, указалъ на то, что мы при обзорѣ находящагося въ нашемъ распоряженіи статистическаго матеріала, можемъ различать 2 періода. Какъ тамъ изъ 20 первыхъ случаевъ 8 протекли *per secundam*, тогда какъ послѣ подобные случаи повторялись значительно рѣже, такъ и здѣсь 17 первыхъ случаевъ дали 4 рецидива, а всѣ остальные случаи дали только одинъ (вторичный) рецидивъ (изъ этихъ же 4 случаевъ) и одинъ случай ущемленія сѣмяннаго канатика. Эти 4 рецидива можно отнести отчасти на счетъ изученія метода и тѣхъ условій, которыя и въ первыхъ случаяхъ такъ часто вызывали нагноеніе. Приведенные 4 случая суть слѣдующіе:

- | | | | |
|----|-------|----------------------|---------------|
| 1. | J. R. | поступилъ въ клинику | 15/II 95 г. |
| 2. | J. P. | „ „ | 20/IV 95 г. |
| 3. | J. K. | „ „ | 27/IV 95 г. |
| 4. | T. K. | „ „ | { 10/I 96 г. |
| | | | { 16/II 98 г. |

Случай J. R. отличается величиной грыжи (величиною въ дѣтскую головку) и шириною грыжевого отверстія (пропускаетъ 4 пальца). О случаѣ J. P. у насъ, къ сожалѣнію, нѣтъ подробныхъ данныхъ, такъ какъ нельзя были найти его исторію болѣзни, и я вы-

нужденъ былъ ограничиться лаконическими замѣтками изъ журнала для больныхъ. Въ случаѣ J. K. изслѣдованіе до операціи показали грыжевое отверстіе, пропускающее 2 пальца и слабость мягкихъ частей, покрывающихъ грыжу. Кромѣ того случай этотъ далъ нагноеніе и рана зажила *per secundam*. Случай T. K. былъ дважды оперируемъ, и оба раза далъ рецидивъ. Первая его исторія болѣзни, къ сожалѣнію, пропала, а изъ журнала только видно, что въ этомъ случаѣ мускулатура были очень атрофирована и перерождена.

Если мы примемъ въ вниманіе особенности этихъ случаевъ, ихъ послѣоперационное теченіе, если далѣе примемъ во вниманіе обстоятельства, при которыхъ въ этихъ случаяхъ оперировали, если въ заключеніе еще примемъ въ расчетъ, что это были первые случаи операціи, которые, такъ сказать, служили матеріаломъ для изученія новаго метода, то мы должны признаться, что причину неудовлетворительнаго конечнаго результата мы не можемъ приписать методу Bassini. Если мы оставимъ эти 17 случаевъ въ сторонѣ, остается 54 случая съ 1 рецидивомъ = $1,9\%$. Сюда надо прибавить уже упомянутый случай ущемленія сѣмяннаго канатика (3/IV 98 A. T. *Hernia inguinalis incarcerata*). Въ литературѣ я подобнаго случая не встрѣчалъ. При операціи *funiculus spermaticus* оказался плотно уложеннымъ въ рубцовой ткани и сращенъ съ нею.

Далѣе здѣсь слѣдуетъ еще упомянуть случай J. K. *Hernia inguinalis incarcerata* 19/VI 98 года. Пациентъ

пишетъ, что его правое яичко стало меньше. Можно предположить, что въ данномъ случаѣ, вслѣдствіе операціи, повреждена функція яичка.

Методъ Bassini, примѣняемый профессоромъ Цеге фонъ Мантейфель.

Результаты подлинной операціи Bassini, оставляя въ сторонѣ само собою разумѣющееся асептическое теченіе, зависятъ еще отъ нѣкоторыхъ другихъ обстоятельствъ. Многіе хирурги дѣлали разрѣзъ почти перпендикулярно, чтобы такимъ образомъ ближе подойти къ краю Rectus'a и оставить наружи возможно большій лоскутъ musculi obliqui. Но это направленіе разрѣза непрактично, потому что почти всегда въ такихъ случаяхъ наталкиваются на мочевой пузырь. Если же проводить разрѣзъ параллельно ligament. Poupart., то, послѣ сшиванія задняго края ligament. Poupart. съ влагалищемъ musculi recti, resp. obliqui interni, сохраняется только узкій край для образованія передней стѣнки канала. Профессоръ Цеге фонъ Мантейфель проводитъ разрѣзъ по серединѣ между Ligament. Poupart. и краемъ musculi recti, при чемъ этотъ разрѣзъ проходитъ какъ разъ въ направленіи волоконъ musculi obliqui, вслѣдствіе чего онъ можетъ всего меньше повредить ткани. Далѣе этотъ разрѣзъ доходитъ только до основанія мошонки, но не разсѣкаетъ ее самое, что лишь иногда бываетъ необходимо, именно при очень

большихъ невраваемыхъ грыжахъ. При отдѣленіи слоевъ надо стараться не изолировать каждый слой отдѣльно: чистое анатомическое отсепарированіе fasc. musculi obliqui interni было бы ошибкой. Сухожилие должно остаться соединеннымъ съ окружающей тканью и быть отдѣленнымъ отъ нижней поверхности лишь на столько, чтобы сѣмянной канатикъ могъ свободно помѣститься. Musculus obliquus internus вмѣстѣ съ transversus'омъ непрерываются ножницами поперечно вплоть до его сухожильнаго конца, который иногда кажется углубленіемъ, въ которомъ находится пара малыхъ сосудовъ. Если сѣмянной канатикъ длинный, а грыжевое отверстіе мало, то разрѣзъ можетъ быть сдѣланъ на сантиметръ выше, но это рѣдко бываетъ необходимо. Шовъ задней стѣнки канала начинается соединеніемъ отмѣченнаго жомомъ мѣста разрѣза musculi obliqui interni, потомъ снова начинается близко у вѣтви срамной кости и точно по Bassini, поднимается вверхъ вплоть до obliquus'a. Если шьютъ сверху внизъ то соединеніе нижняго угла представляетъ затрудненія, которыхъ нѣтъ, пока грыжевое отверстіе раскрыто широко.

Для успѣха необходимы слѣдующіе 3 главныхъ условія:

1. Вышколенная асептика.
2. Никакихъ ненужныхъ бесполезныхъ разъединеній соединенныхъ слоевъ ткани.
3. Аккуратная остановка кровотеченія.

Большей частью погрѣшность противъ 2 послѣднихъ пунктовъ, если не противъ всѣхъ трехъ, и вызываютъ плохіе результаты операціи Bassini, а вмѣстѣ съ тѣмъ и критику, порицающую этотъ методъ. Возражали также, что скверно и то, что при данномъ методѣ много швовъ, потому что такимъ образомъ вводятъ въ рану слишкомъ много постороннихъ тѣлъ. Но какое значеніе можетъ имѣть пара швовъ, въ сравненіи съ сѣтчатой рѣшоткой изъ серебрянныхъ проволокъ, которыя примѣняются для запиранія грыжевого отверстія и заживаютъ безъ реакціи. Послѣ опыта со включенной сѣткой изъ серебрянной проволоки, большое количество швовъ при методѣ Bassini едва ли можетъ считаться основаніемъ плохого исхода операціи, скорѣе, пожалуй, это можно разсматривать, какъ условіе хорошаго исхода. Но, конечно, эти швы должны быть хирургически части.

Методъ операціи профессора Цеге фонъ Мантейффель. При операціи одной ущемленной грыжи, нашли подвижное, нефиксированное gubernaculum'омъ яичко, которое, при изолированіи сѣмяннаго канатика, послѣдовано легкому натяженію, и лежало тамъ совершенно несвязанное съ мошонкой. Здѣсь напрашивалось избѣжать разрѣзъ musculi obliqui interni и провести яичко вмѣстѣ съ сѣмяннымъ канатикомъ, черезъ отверстие въ transverso и obliquo interno

на томъ мѣстѣ, гдѣ obliquus internus представляетъ естественное углубленіе (около $1\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца надъ паховымъ кольцомъ). Потомъ яичко было опять положено туда же. Грыжевое кольцо отъ вѣтви срамной кости до края musculi obliqui interni близко пришито. Яичко нѣсколькими швами прикрѣплено къ основанію мошонки, и надъ сѣмяннымъ канатикомъ соединили края разрѣзаннаго musculi obliqui interni.

Простота операціи, образованіе задней стѣнки канала изъ неразрѣзанной мускулатуры позволяли ожидать отъ этого метода хорошихъ результатовъ.

Послѣ того, какъ этотъ опытъ былъ при неущемленной грыжѣ со свободнымъ яичкомъ повторенъ точно такимъ же образомъ и съ такимъ же хорошимъ результатомъ, пытались въ 2 случаяхъ положить такимъ же образомъ и фиксированное яичко. При этомъ необходимо было разрѣзать gubernaculum Hunterii. Разрѣзъ его отмѣчался двумя артеріальными жомами, и потомъ проводился такъ какъ, и въ первыхъ двухъ случаяхъ. При этомъ оказалось, что здѣсь, вслѣдствіе большого объема яичка, отверстие, которое надо было сдѣлать, раздвигая тупымъ инструментомъ волокна musculi obliqui interni и transversi, такъ велико, что, повидимому, необходимо наложить нѣсколько швовъ для запора его.

Въ четвертомъ случаѣ грыжевое отверстие было очень велико, полоса неразрѣзанной мышечной ткани узка, такимъ образомъ выгоды незначительны, въ сравненіи съ пожертвованнымъ gubernaculo Hunteri. На-

конецъ въ 5 случаѣ условія были удобныя, т. е. позади сѣмянного канатика могла быть положена достаточно широкая полоса мускулатуры.

Послѣ этого, конечно, очень незначительнаго примѣненія даннаго метода, можно о немъ сказать слѣдующее: его можно рекомендовать, какъ наилучшій методъ, при подвижномъ яичкѣ; тѣмъ болѣе, что въ такихъ случаяхъ яичко постоянно бываетъ нѣсколько уменьшено. Его не слѣдуетъ рекомендовать при высоко лежащемъ краѣ *obliqui*, при широкомъ грыжевомъ отверстіи, при большомъ яичкѣ, потому что въ этихъ случаяхъ остается недостаточно нетронутой мускулатуры, и швовъ не меньше. При маломъ яичкѣ, даже когда оно фиксировано, и при спускающемся далеко внизъ *musculo obliquo interno*, жертва перерѣзки *gubernaculum Hunteri* кажется не слишкомъ большой, въ сравненій съ приобрѣтеніемъ нетронутой задней мышечной стѣнки новообразованнаго канала. Само собою разумѣется, что при протяженіи сѣмянного канатика слѣдуетъ избѣгать перекручиванія его.

Заключение.

Подвергая критикѣ различные методы операціи грыжъ, мы теперь наталкиваемся на массу затрудненій. — Обезпеченное теченіе раны даетъ сравнительно хорошій результатъ и при менѣе хорошихъ методахъ. Видимъ же мы вполне удовлетворительные результаты

даже при простомъ швѣ на ножки, который прежде казался мало годнымъ. Но при выборѣ метода операціи грыжи, какъ я упомянулъ выше, имѣется главнымъ образомъ въ виду найти такой методъ, который давалъ бы хорошіе результаты не только въ рукахъ выдающагося оператора, но и въ рукахъ каждаго хирурга. Методъ этотъ долженъ быть простъ, долженъ во 2-хъ анатомически быть хорошо обоснованъ, и долженъ въ 3-ихъ — это главное — возстановить возможно точно фізіологическія отношенія. Я думаю — мнѣ удалось выше доказать, что, кромѣ 1-го пункта, гдѣ методъ Kocher'a превосходитъ методъ Bassini, послѣдній заслуживаетъ преимущества, и особенно по отношенію къ 3-ьему пункту. Въ пользу этого говорятъ и мои анатомическія изслѣдованія на трупахъ и наблюденія надъ живыми. При методѣ Bassini гарантія въ правильномъ техническомъ выполненіи дана вполне уже тѣмъ, что все операціонное поле лежитъ предъ глазами хирурга.

При выборѣ метода операціи помимо и, пожалуй, прежде критическихъ соображеній, относительно анатоміи и техники метода, заслуживаетъ вниманія исходъ, результатъ примѣненія этихъ методовъ, что мы можемъ получить изъ статистическихъ данныхъ. Если мы здѣсь сравнимъ оба наиболѣе практикуемые теперь способа — Kocher'a и Bassini, то выборъ будетъ затруднителенъ: Kocher, какъ и Bassini имѣли, судя по первымъ ихъ публикаціямъ объ этомъ методѣ, 1 0/0 случаевъ съ плохимъ исходомъ.

Однако кажется страннымъ, что Kocher свой первоначальный методъ, которымъ онъ достигалъ блестящихъ результатовъ (около 1⁰/₀ съ плохимъ исходомъ) модифицировалъ, потому что, по словамъ самого Kocher'a, при этомъ методѣ наблюдался некрозъ оставленной культи грыжевого мѣшка; это заставляетъ думать, что плохіе результаты были наблюдаемы послѣ первой публикаціи на случаяхъ уже опубликованныхъ.

Въ заключеніе я хочу еще обратить вниманіе на тотъ фактъ, что Kocher, при примѣненіи своего метода, дѣлаетъ извѣстный выборъ: онъ оперируетъ этимъ способомъ малыя и средней величины грыжи съ тонкими стѣнками, т. е. случаи, которые и при всякомъ методѣ даютъ лучший прогнозъ, тогда какъ Bassini всѣ безъ исключенія оперируемыя грыжи, оперируетъ по своему методу.

Теперь я вкратцѣ приведу исторіи болѣзней, которыя были въ моемъ распоряженіи ¹⁾

1 ¹⁾. Hernia inguinalis congenita sinistra. II. P. 25 лѣтъ, поступилъ въ клинику 25/V. 23/V радикальная операція по Bassini. Высшее поднятіе температуры 38,0⁰. Prima intentio 15/VI выписанъ изъ клиники здоровымъ.

2. Hernia inguinalis sinistra incarcerata. X. II. 60 лѣтъ, поступилъ въ клинику 15/VI. Грыжа существуетъ много лѣтъ, достигаетъ теперь до середины бедра.

1) Оперативный матеріалъ, который я здѣсь привожу, взятъ отчасти изъ госпитальной клиники, отчасти изъ частной лечебницы.

Невправима уже въ теченіе 2 дней. Последнее испражненіе 15/VI, затѣмъ рвота. 15/VI послышное отдѣленіе и раскрытіе грыжевого мѣшка. Содержимое — сальникъ, colon transversus. Первый удаленъ, послѣдній послѣ Debridement вправленъ. Грыжевой мѣшокъ изолированъ и удаленъ. Шовъ фасціи. Тампонада, которая 19/VII была удалена. Температура нормальна, prima intentio. 29/VI выписанъ изъ клиники здоровымъ.

3. Hernia scrotalis sinistra incarcerata. W R. 41 года. Поступилъ въ клинику 10/XI 1891 г. Грыжа существуетъ много лѣтъ, величиною въ голову взрослого человѣка. Посилъ бандажъ. 4 года тому назадъ ущемилась въ 1-ый разъ. Вправлена. 7/IX ущемилась снова. Вправлена въ теплой ваннѣ. 8/IX ущемилась. Невправима 10/XI операція: послышное отдѣленіе и раскрытіе грыжевого мѣшка. Содержимое — толстыя кишки, вправлены, Debridement. Отдѣленіе, перевязка, удаленіе грыжевого мѣшка. Тампонада. Повязка. Пульсъ нормаленъ. 27/IX вторичный шовъ, который удаленъ 5/X Prima intentio. Повышеніе температуры до 38⁰. 7/X 91 выписанъ изъ клиники здоровымъ.

4. Hernia inguinalis dextra congenita. St. J. 23 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 27/IV 1892 г. Носить съ дѣтства бандажъ. Ущемлялась часто, въ послѣдній разъ весной 92 года 27/IV радикальная операція, по методу Bassini. Содержимое — сальникъ, который резецированъ. Часть грыжевого мѣшка зашита вокругъ яичка, какъ tunica vaginalis propria. Prima

intentio. 4/V удаление швовъ. 7/V выписанъ здоровымъ изъ клиники. При осмотрѣ въ 1894 году рецидива не было.

5. Hernia inguinalis dextra congenita. St. V. 20 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 30/IV 92. Грыжа была ущемлена въ февралѣ. 30/IV операція по методу Bassini. Сальникъ резецированъ. Часть грыжевого мѣшка зашита вокругъ яичка, какъ tunica vaginalis propria. Prima intentio. 12/V выписанъ изъ клиники здоровымъ. При осмотрѣ 5/V 1898 рецидива не было.

6. Hernia inguinalis sinistra. Hydrocele funicul. spermatic. Gonorrhoe. E. M. 15 лѣтъ, поступилъ въ клинику 16/V 1892. Грыжа въ послѣднее время ущемлялась нѣсколько разъ и вправлялась сама собой. 17/V операція Hydrocele, по способу v. Bergmann'a, а грыжи — по Bassini. Hydrocele была такъ сращена съ лежащимъ надъ ней грыжевымъ мѣшкомъ, что послѣдній втягивается въ первую. Prima intentio. 29/V выписанъ изъ клиники.

7. Hernia scrotalis dextra (canalis inguin. sin. opert.) A. K. 24 лѣтъ, поступилъ въ клинику 24/I 1893. Грыжа существуетъ около 10 лѣтъ. Грыжевое отверстие пропускаетъ 2 пальца. Носилъ бандажъ. 25/I радикальная операція, по методу Bassini. Температура нормальна. Prima intentio. 6/II 1893 выписанъ изъ клиники здоровымъ.

8. Hernia inguinalis sinistra. G. P. 24 лѣтъ, поступилъ въ клинику 2/III 1893 г. Грыжа существуетъ

съ дѣтства. Грыжевое отверстие пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа невраива. 6/III радикальная операція по методу Bassini. Содержимое — прироссій сальникъ, резецированъ. Въ верхнемъ углу раны и выше образовался абсцессъ. 12/III удаление швовъ. Incisio. Тампонада. Температура до 38°, Puls 80, II intentio. 14/V выписанъ здоровымъ изъ клиники, 10/VII 1899 рецидива не было.

9. Hernia inguinalis dextra. Л. К. 31 года, поступилъ въ клинику 8/VI 1893. Грыжа существуетъ 2 мѣсяца. Грыжевое отверстие пропускаетъ 2 пальца. 10/VI операція по методу Bassini. Температура нормальная. Prima intentio. 19/VI выписанъ изъ клиники здоровымъ.

10. Hernia inguinalis bilateralis. J. M. 34 лѣтъ, поступилъ въ клинику 16/VI 1893. Послѣ поднятія тяжести, въ февралѣ замѣтилъ грыжу съ лѣвой стороны, а съ правой — нѣтъ. При поступленіи пациента въ клинику лѣвосторонняя грыжа, величиной въ куриное яйцо, грыжевое отверстие широко раскрыто, съ правой стороны меньше. 18/VI радикальная операція, по методу Bassini. Съ правой стороны prima intentio, съ лѣвой стороны нагноение, II intentio. Температура 38°. 29/VI удаление швовъ съ правой стороны. 4/VIII выписанъ изъ клиники здоровымъ, Recidiv'a нѣтъ 5/IV 1899 г.

11. Hernia inguinalis bilateralis congenita. A. H. 16 лѣтъ, поступилъ въ клинику 20/VI 93. Грыжевыя

отверстія обѣихъ сторонъ пропускаютъ 2 пальца. Носить бандажъ 13 лѣтъ. Грыжи вправимы 21/VI съ обѣихъ сторонъ радикальная операція, по методу Bassini. Prima intentio. Температура нормальна, 3/VII выписанъ здоровымъ изъ клиники.

12. Hernia inguinalis sinistra. F. 19 лѣтъ, поступилъ въ клинику 14/IX. Грыжа существуетъ много лѣтъ, вправима. 16/IX радикальная операція, по Bassini. Prima intentio. 17, 18, 19 сентября незначительное повышение температуры, въ остальномъ нормально, 25/IX швы сняты, 27/IX выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (въ мартѣ 1900 года).

13. Hernia inguinalis sinistra. N. V. 19 лѣтъ, поступилъ въ клинику въ 21/IX 1893. Замѣтилъ грыжу 3 мѣсяца тому назадъ послѣ прыжка. 22/IX радикальная операція, по методу Bassini (Возстановленіе правильного кавала). Наивысшая температура 38,9 одинъ день, остальное время температура нормальна. Prima intentio. I/XII удалены швы. Выписанъ изъ клиники 4/XII. Recidiv'a нѣтъ (іюль 98 г.).

14. Hernia inguinalis dextra. H. U. 44 лѣтъ, поступилъ въ клинику 29/XI 1893. Грыжа существуетъ 16 лѣтъ, колоссальной величины. Вправима. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 4 пальца. 24/XI радикальная операція, по методу Bassini (возстановленіе правильного канала), 25/XI повышение температуры до 38,0, потомъ нормальная температура. Prima intentio.

4/XII швы удалены, 6/XII выписанъ изъ клиники здоровымъ.

15. Hernia inguinalis dextra. H. J. поступилъ въ клинику 24/XI 1893. Грыжа колоссальныхъ размѣровъ, существуетъ много лѣтъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 4 пальца. Вправима. 30/XI радикальная операція, по методу Bassini. Вслѣдствіе очень большой ширины грыжевого отверстія, необходимо было оперировать высоко, такъ что яичко помѣщается почти у основанія penis'a. Нагноеніе, которое проходитъ и въ мошонку. Температура 38, II intentio. 6/XII выписанъ изъ клиники, по вѣшнимъ причинамъ. Умеръ въ 1896 году. Причина смерти неизвѣстна.

16. Hernia inguinalis sinistra. H. S. 32 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10/X 1894 года. Грыжа появилась 2 года тому назадъ, послѣ поднятія тяжести. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. 14/X радикальная операція, по Bassini. Небольшая Hydrocele, которую замѣтили во время операции, была оперирована по Bergmann'у. Температура вечеромъ 15/X — 38,2, остальное время нормальна. 1/XI выписанъ изъ клиники. 11/V 1898 года рецидива нѣтъ, хотя пациенту приходится поднимать большія тяжести.

17. Hernia inguinalis sinistra directa. J. L. 23 лѣтъ, поступилъ въ клинику 16/X 1894. Замѣтилъ грыжу 6 мѣсяцевъ тому назадъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ нѣсколько пальцевъ. 18/X радикальная операція по Bassini. Грыжевое отверстіе такъ велико,

что оно почти не отдѣлено отъ пахового кольца. Температура 19/X — 38,1, 21/X — 38,3, остальное время нормальна. Prima intentio. 10/XI выписанъ изъ клиники. 30/IV 99 рецидива нѣтъ.

18. Hernia inguinalis bilateralis. Varicocele sinistra. К. S. 15 лѣтъ, поступилъ въ клинику 18/XI 1894 г. Замѣтилъ грыжи 3 недѣли тому назадъ, послѣ паденія съ лошади. Грыжевое отверстие справа пропускаетъ 1 палецъ, слѣва — 3. Вправимы. 19/XI радикальная операція по Bassini съ обѣихъ сторонъ. Температура до 38°. Prima intentio. 2/XII выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (іюнь 98 г.).

19. Hernia inguinalis dextra congenita. J. H. 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику 5/XII 94 г. Грыжевое отверстие пропускаетъ 1 палецъ. 14/XII радикальная операція, по методу Bassini. При отдѣленіи грыжевого мѣшка найдена липома грыжевого отверстия. Температура до 38°. Нагноеніе поверхностного шва. II intentio. Bronchitis. Некрозъ поверхности фасціи. 12/II 95 выписанъ изъ клиники. 12/IV 99 рецидива нѣтъ.

20. Hernia inguinalis dextra congenita incarcerata. Э. К. 16 лѣтъ, 25/XII 94 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтили послѣ рожденія пациента. Въ послѣднее время часто выступали внутренности. 23/XII, послѣ сильнаго физическаго напряженія пациента, грыжа выступила. Вправить ее не удалось. 24/XII сдѣлалъ врачъ попытку вправить грыжу, но опять не удалось. Больного отправили въ клинику. На слѣдующій день

сильнѣйшая рвота. 25/XII операція. Послѣ отдѣленія грыжевого мѣшка, удалось изолировать непосредственно прилегающій сѣмянной канатикъ въ средней части легко а въ верхней и нижней съ трудомъ. Послѣ раскрытія мѣшка, выдѣлилось $\frac{1}{2}$ пивного стакана кровянистой жидкости безъ запаха; замѣтили величиною въ вишню верхушку темно-красной кишечной петли, которую вытянули послѣ нѣсколькихъ маленькихъ надрѣзовъ ущемляющаго кольца, состоящаго исключительно изъ брюшины. Прождали 5 минутъ, петля казалась жизнеспособной. Вправлена. Радикальная операція по Bassini. Послѣоперационное теченіе осложнилось абсцессомъ, который выходилъ изъ верхняго угла раны и распространился на нѣсколько см вверхъ и въ медіальномъ направленіи, и малымъ абсцессомъ на мошонкѣ. Дальнѣйшее леченіе продолжалось 5 недѣль. 27/I выписанъ изъ клиники съ гранулирующей поверхностью. 15/X 95 года рубецъ нѣсколько растянутъ, при кашлѣ на поръ внутренностей на этой сторонѣ меньше чувствуется, чѣмъ съ лѣвой стороны; оперированная (правая) сторона субъективно лучше лѣвой. Рецидива нѣтъ (май 98 г.).

21. Hernia inguinalis sinistra incarcerata. G. L. 20 лѣтъ, поступилъ въ клинику 28/I 95 г. 28/I радикальная операція по методу Bassini. II intentio. 13/III здоровъ выписанъ изъ клиники. 13/IV 99 г. рецидива нѣтъ. По выходѣ изъ больницы вернулся къ своимъ работамъ (сельскій рабочій).

22. *Hernia inguinalis sinistra incarcerata* W. M. 60 лѣтъ, грыжа существуетъ 4 года. Носилъ бандажъ. Неоднократно выступала, но каждый разъ была вправлена. 4/II грыжа ущемилась. Вправить ее не удалось. 6/II послѣ тщетныхъ попытокъ вправленія подъ наркозомъ, операція. Послойное отдѣленіе вплоть до грыжевого мѣшка. Раскрытіе мѣшка, при чемъ вытекла мутноватая жидкость, предлежалъ весь салъникъ, петля темнокрасныхъ тонкихъ кишокъ, около 20 см длины. При введеніи пальца въ очень узкое отверстіе пахового канала, сдѣланъ разрывъ. Странгуляціонная бороздка реагируетъ сокращеніями. Вправление. Освобожденіе грыжевого мѣшка. Радикальная операція, по методу Kocher'a. Послеоперационное теченіе осложнилось Наематом'ой въ верхнемъ углу раны, остальное нормально. Теченіе *per secundam intentionem*. Температура нормальная, только 11/II до 20/II нѣсколько повышена (до 38°). Пульсъ нормальный. 16/IV выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (май 98 года).

23. *Hernia inguinalis dextra*. J. R. 46 лѣтъ, поступилъ въ клинику 15/II 95 года. Грыжу замѣтилъ 2 года тому назадъ, при поднятіи тяжести. Грыжа величиною въ дѣтскую головку. Правое грыжевое отверстие пропускаетъ 4 пальца. Вправима. 17/II радикальная операція по Bassini. Шовъ грыжевого мѣшка. Резиновый дренажъ. 20/II удаленіе дренажа. Температура нормальная. *Prima intentio*. 3/III выписанъ

изъ клиники здоровымъ. Вскорѣ, послѣ выхода пациента изъ больницы, наступилъ рецидивъ.

24. *Hernia inguinalis sinistra*. P. O. 21 года, поступилъ въ клинику 4/III 95 года. Радикальная операція по методу Bassini. 22/III выписанъ изъ клиники здоровымъ.

25. *Hernia inguinalis sinistra*. J. R. 31 года, поступилъ въ клинику 12/III 95 года. Грыжа существуетъ 2 года. Вправима. 13/III радикальная операція по методу Bassini. Температура нормальная. *Prima intentio*. 20/III швы удалены. 27/III выписанъ здоровымъ изъ клиники. 10/VII 99 рецидива небыло.

26. *Hernia inguinalis dextra*. Г. П. 26 лѣтъ, поступилъ въ клинику 12/III 95 г. Грыжа существуетъ съ дѣтства. Величиной въ мужской кулакъ. Грыжевое отверстие пропускаетъ 2 пальца. 13/III радикальная операція по методу Bassini. Температура и пульсъ нормальны. *Prima intentio*. 20/III швы удалены. 1/IV выписался здоровымъ изъ клиники. 24/IV 99 г. рецидива небыло.

27. *Hernia inguinalis bilateralis et varicocele*. J. P. 40 лѣтъ, поступилъ въ клинику 22/IV 95 года. Радикальная операція по способу Bassini съ обѣихъ сторонъ. *Prima intentio*. 10/V выписанъ здоровымъ изъ клиники. Спустя 3 недѣли принялся за свои обычные работы (сельскій рабочий). Черезъ 1 годъ и 2 мѣс., послѣ выхода изъ клиники, рецидивъ.

28. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. Б. К. 63 лѣтъ. 22/IV 1895 поступилъ въ клинику. Грыжа существуетъ 20 лѣтъ. Носить бандажъ 6 лѣтъ 21/IV въ ваннѣ наступили сильныя боли, рвота. Ущемление, по словамъ пациента, наступило 22 часа тому назадъ. 22/IV 1895 г. въ 7 часовъ вечера операція. Послойное отдѣленіе и раскрытіе гангренознаго грыжевого мѣшка. Выдѣлилась вонючая темнобурая жидкость, содержащая газъ. Сосѣднія ткани неестественнаго цвѣта. На самомъ днѣ грыжевого мѣшка размягченная гематома, которая простиралась до *tunicae vaginalis testis*. Яичко распухло, его сосуды переполнены. *Ablatio testis*. Содержимое 12 *ctm.* гангренозныхъ, перфорированныхъ тонкихъ кишекъ. Грыжевое отверстіе очень узкое. Многократно *Debridement*. Гангренозная часть кишекъ удалена. Конецъ кишекъ пришить къ наружной кожѣ. Удаленіе гангренозной части кишки. Тампонада. Повязка. Колебанія температуры 36,8—35,2. Сравнительно хорошій пульсъ. Нормальное теченіе раны. Частая рвота. 2/V наложеніе кишечнаго жома *Dupuytren'a*. 3/V внезапно наступившій *Collaps*, *Exitus letalis*. При аутопсии: *Anus praeternaturalis*. Удаленіе ущемленнаго куска кишекъ вмѣстѣ съ сѣмяннымъ канатикомъ. Фибринозное разрастаніе выводящей части искусственнаго *anus'a* на почти 20 *ctm.* отъ *valvulae Bauhinii* въ паховую область. Проболеніе кишечной стѣнки приводящей части кишки непосредственно надъ *anus'on praeternatural*. Локализованный гнойный перитонитъ

вокругъ раны. Общій фиброзный перитонитъ. Паренхиматозное перерожденіе сердца и печени. Незначительный *tumor* селезенки.

29. *Hernia inguinalis dextra* И. К. 35 лѣтъ, поступилъ въ клинику 27/IV 1895 года. Замѣтилъ грыжу 6 мѣс. тому назадъ. Вправима. 29/IV радикальная операція по способу *Bassini*. Не смотря на нагноеніе самаго верхняго шва, *prima intentio*. 27/V выписанъ изъ клиники здоровымъ. Осенью 1894 года рецидивъ.

30. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. В. Г. 74 лѣтъ. 3/V 95 года поступилъ въ клинику. 1/V Ущепилась. 3/V операція по методу *Bassini*. 11/V удаленіе швовъ, абсцессъ, наполненный густымъ секретомъ (разложившейся кровью) вплоть до культи грыжевого мѣшка. Температура нормальная. Заживленіе раны шло *per secundam*. 20/V выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (августъ 98 г.)

31. *Hernia inguinalis sinistra et hydrocele*. Э. Ц. 67 лѣтъ. 26/V 95 поступилъ въ клинику. Операція по методу *Bassini* 3/VIII. Здоровымъ выписанъ изъ клиники. 29/X 1898 года рецидива не было.

32. *Hernia inguinalis sinistra congenita scrotalis*. О. С. 4 лѣтъ, поступилъ въ клинику 28/X 1895 года. Грыжа величиной въ мужской кулакъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 3 пальца. Грыжа вправима. 29/V радикальная операція, по способу *Bassini*. Повязка изъ *Photoxylum'a*. Температура и пульсъ нормальны.

Prima intentio. 5/VI сняты швы. 6/VI выписанъ здоровымъ. Рецидива нѣтъ (августа 1898 года.)

33. Hernia inguinalis. А. Т. Поступилъ въ клинику 20/VI 1895. Операция по способу Bassini. 10/VII выписанъ изъ клиники здоровымъ.

34. Hernia inguinalis. И. К. 46 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 7/VII 1895 года. Операция по способу Bassini, была сдѣлана 7/VII. Prima intentio. 15/VII выписанъ здоровымъ изъ клиники.

35. Hernia inguinalis dextra incarcerata. В. Л., 37 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 1/VIII года. Грыжа появилась 18 лѣтъ тому назадъ. Ущемилась 31/VII. 1/VIII радикальная операция по способу Kocher'a. На правой половинѣ мошонки прямой рубецъ — слѣды операции, сдѣланной много лѣтъ тому назадъ профессоромъ Wahl'емъ (по поводу Hydrocele?). Рубецъ такъ истонченъ, что разрѣзъ проникъ въ грыжевой мѣшокъ и ранилъ серозный покровъ кишечной петли и epididymis. Тотчасъ наложенъ шовъ. Вправление кишокъ безъ Debridement. Дальше все по Kocher'у. Тампонада на нижній край мошонки. Подкожное нагноение. II. Intentio. 3/VIII — 37,8; 38,2, 4/VIII — 37,5; 37,8; остальное время температура нормальная. 7/VIII швы сняты. Некрозъ фасции. 30/VIII выписанъ изъ клиники здоровымъ.

36. Hernia inguinalis dextra congenita. Р. Р. 20 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 4/VIII 1895. Впервые замѣтилъ грыжу 2 недѣли тому назадъ, при под-

нятіи тяжести. Мала. Вправима. 7/VIII радикальная операция по методу Bassini. Образовался абсцессъ. Нагноение поверхностной фасции. Температура до 38⁰. II intentio. 3/IX выписанъ здоровымъ изъ клиники.

37. Hernia inguinalis sinistra. И. Т. 32 лѣтъ, поступилъ въ клинику 5/VIII 1895 года. Грыжа величиной въ яблоко. Замѣтилъ её 4 недѣли тому назадъ. 10/VIII радикальная операция по методу Bassini. Послѣ операционное теченіе осложнилось плевритомъ. Нагноение одного канала шва. Температура до 39,1⁰. Prima intentio. 1/IX выписанъ здоровымъ изъ клиники. 29/IV 1899 рецидива небыло.

38. Hernia inguinalis sinistra congenita scrotalis. Я. Ф. 1 годъ. Поступилъ въ клинику 29/VIII. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 3 пальца. Грыжа вправима. 29/VIII радикальная операция по методу Bassini. (Повязка изъ Photoxylin'a). Температура и пульсъ нормальны. Prima intentio. Верхній уголь раны слегка выпуклый. 6/IX выписанъ здоровымъ изъ клиники.

39. Hernia inguinalis bilateralis. И. Н. 41 года, поступилъ въ клинику 2/IX 1895 года. Съ обѣихъ сторонъ сдѣлана радикальная операция. 2/X выписанъ изъ клиники здоровымъ.

40. Hernia inguinalis sinistra incarcerata. J. Р. 28 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 21/IX 1895 года. Ущемилась грыжа 18/IX. Рвоты небыло. 21/IX радикальная операция, по способу Bassini. Послѣ разрѣза кожи и фасции, на ряду съ наполненнымъ гры-

жевымъ мѣшкомъ нашли геморагически инфильтрованную ткань, которая оказалась изорваннымъ грыжевымъ мѣшкомъ, въ который выпяченъ второй. Отдѣленіе этого послѣдняго было очень затруднительно. Debridement. Удаленіе обоихъ грыжевыхъ мѣшковъ. Температура нормальна, только 22/IX вечеромъ повысилась до 37,9. Prima intentio. 2/X выписанъ здоровымъ изъ клиники.

41. Hernia inguinalis dextra et hydrocele dextra. И. П. 16 лѣтъ, поступилъ въ клинику 28/IX 1895. Замѣтилъ грыжу 6 лѣтъ тому назадъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. 23/IX грыжа ущемилась, но была вправлена врачомъ. 29/IX радикальная операція, по методу Kocher'a. Hydrocele сообщается съ брюшной полостью. Грыжевой мѣшокъ многими затягивающими перетяжками раздѣленъ на отдѣльныя полости. Грыжевое отверстіе очень узкое. Температура нормальная. Prima intentio. 11/X здоровымъ выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (15/IV 99 г.).

42. Hernia inguinalis sinistra, J. W. 46 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 16/XI 1895 года. Грыжа величиной въ волосскій орѣхъ. Замѣтилъ ее недѣлю тому назадъ. 17/XI радикальная операція по методу Bassini. Prima intentio. Температура 20/X вечеромъ 37,9°; 21-го — 38° (obstipatio), остальное время нормальна. 1/XII здоровъ, выписанъ изъ клиники. 4/V 1898 года рецидива нѣтъ, поднимаетъ тяжести, безпрепятственно

пашетъ и исполняетъ всѣ необходимыя работы (Сельскій рабочій).

43. Hernia inguinalis dextra. А. М. 41 года, 20/XI 1895 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 27 лѣтъ тому назадъ. Носить бандажъ. Грыжа не вполне вправима. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 3 пальца. 21/IX радикальная операція по методу Bassini. Содержимое — салникъ, сращенный съ грыжевымъ мѣшкомъ. Удаленіе посредствомъ прижиганія Raquelin'омъ. Температура 22/XI — 38,2, остальное время температура и пульсъ нормальны, Prima intentio. 26/XI удаленіе швовъ. 3/XII здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ. (12/V 1898 г.)

44. Hernia inguinalis dextra (et Tuberculosis peritonei). I. М. 23 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 21/XI 1895 г. Замѣтилъ грыжу въ августѣ. Грыжа вправима. 22/XI радикальная операція по Bassini. Продолженіе разрѣза вверхъ, при чемъ вытекло нѣсколько сотъ кубическихъ см. прозрачной желтой жидкости, и, поднятіемъ брюшныхъ покрововъ, впустили туда воздухъ. Шовъ (Laparotomie). Незначительное повышение температуры до 38°. Prima intentio. 2/XII здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (10/V 1899 года). Поднимаетъ тяжести.

45. Hernia inguinalis congenita dextra (canalis inguinalis sinistra operata). А. Г. 31 года, поступилъ въ клинику 23/XII 1895 года. Пациентъ — криптогамъ, замѣтилъ десять лѣтъ тому назадъ descensum testiculi

dextri и выпячивание внутренности. Грыжевое отверстие пропускает 2 пальца. Грыжа неврвпавима. Радикальная операція по методу Цеге фонъ Мантейфель. Послойное отдѣленіе атрофированнаго яичка и грыжевого мѣшка. Раскрытіе грыжевого мѣшка. Предлежащій сальникъ въ его верхней части сросенъ съ грыжевымъ мѣшкомъ. Отдѣленіе спаекъ. Удаленіе небольшой части сальника. Вправленіе. Перевязка грыжевого мѣшка. Вправленіе. Проведеніе яичка вмѣстѣ съ vas deferens и съ сѣмяннымъ канатикомъ черезъ отверстие, сдѣланное надъ паховымъ кольцомъ въ musculo obliquo interno и transverso. Шовъ на наружное паховое отверстие. Прикрѣпленіе яичка посредствомъ шва къ нижнему внутреннему концу мѣшка его. Наружный шовъ. Послѣ — операціонное теченіе нормальное, если не считать небольшой фистулы, которая образовалась на нижнемъ углу раны и потомъ закрылась prima intentio. 2/I 1896 года пациентъ выписался изъ клиники здоровымъ. (17/V 1898) Рецидива нѣтъ, поднимаетъ тяжести.

46. Hernia inguinalis dextra congenita. А. К. 11 лѣтъ. 9/I 1896 года поступилъ въ клинику. Грыжа неврвпавима. 11/I радикальная операція по методу Kocher'a. Трудное отдѣленіе очень разрывающагося грыжевого мѣшка. Содержимое — сросшійся сальникъ, перевязка. Вправленіе. Послѣопераціонное теченіе нормальное. Prima intentio. 30/I выписанъ здоровымъ. Рецидива нѣтъ (май 1898 года).

47. Hernia inguinalis sinistra. Т. К. 24 лѣтъ, 10/I 1896 года поступилъ въ клинику. 12/I радикальная операція по способу Bassini. Послѣопераціонное теченіе осложнилось подкожнымъ абсцессомъ, II intentio. 8/II 1896 выписанъ изъ клиники здоровымъ. 11/XII 1896 года оба яичка одинаково высоко. Грыжевое отверстие едва пропускаетъ кончикъ мизинца. При кашлѣ напора внутренностей незамѣтно. На верхнемъ концѣ рубца кожа сросена съ нижележащей тканью. На этомъ мѣстѣ пациентъ при тяжелой работѣ ощущаетъ незначительную боль. Вокругъ рубца замѣтно нѣкоторое выпячиваніе.

48. Hernia inguinalis sinistra. I. I. 38 лѣтъ, 22/1896 года поступилъ въ клинику. Грыжа великой въ дѣтскій кулакъ. Замѣтилъ ее пациентъ 2 мѣсяца тому назадъ. Грыжевое отверстие свободно пропускаетъ 3 пальца. 24/I радикальная операція по методу Bassini. Послѣопераціонное теченіе гладкое. Температура нормальная. Prima intentio. 7/II выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (14/IV 1899 г.), поднимаетъ тяжести.

49. Hernia inguinalis bilateralis congenita. А. К. 1 годъ. Поступилъ въ клинику 2/II 1896 г. Грыжа подвижная. 2/II радикальная операція на лѣвой сторонѣ по методу Kocher'a, на правой по методу Bassini, потому что грыжевого мѣшка не удалось отдѣлить. Температура 3/II вечеромъ 38,3; 4^{го} 37,3; 37,7; 5^{го} 37,7; 37,5; 6^{го} 37,7; 38,3; 7^{го} 37,8; 37,4; 8^{го} 37,4;

36,8. Остальное время нормальна. Экцема вокруг раны. *Prima intentio*. 15/II здоровымъ выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 11/V 1899 г.

50. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. G. K. 55 лѣтъ. 3/II 1896 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу лѣтъ 16 или 17 тому назадъ. Грыжа величиной въ дѣтскую головку. Грыжа ущемилась 2/II во время испражненія пациента. 3/II радикальная операція по способу *Zoege von Manteuffel*. Послѣоперационное теченіе осложнилось наступившей *Pneumonie*’й. Температура 38. *Prima intentio*. Швы сняты 16/II. Выписанъ 12/II здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ. 28/IV 1899г. Работаетъ на полѣ.

51. *Hernia inguinalis sinistra*. A. R. 28 лѣтъ. 15/II 1896 года поступилъ въ клинику. Грыжа существуетъ съ дѣтства. Грыжа величиною въ дѣтскую головку. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 3 пальца. Съ дѣтства носилъ бандажъ и считалъ себя уже здоровымъ. 8 лѣтъ тому назадъ грыжа появилась снова. Вправима. 20/II радикальная операція по способу *Vasini*. Послѣоперационное теченіе гладкое. Температура нормальная. *Prima intentio*. 7/III выписанъ изъ клиники здоровымъ. Рецидива нѣтъ (16/X 1898 год.)

52. *Hernia inguinalis sinistra incarcerata*. T. B. 28 лѣтъ, поступилъ въ клинику 25/II 1896 г. Ущемилась грыжа недѣлю тому назадъ. 25/II операція. Изолированіе и раскрытіе грыжевого мѣшка. Содержимое — *omentum* и гангрозныя тонкія кишки, ре-

зецированы. Томпонада. Повязка. Температура 26/II — 36,4; 35,9. 27/II — 36,5; 35,1. 28/II — 35,5. *Exitus Letalis*. Вскрытіе: *Herniotomia, resectio gangrenosae partis ileis et incarcerati omenti majoris, peritonitis purulenta. Sapticaemia haemorrhagica, Pneumonia hypostatica duplex*.

53. *Hernia inguinalis dextra congenita*. A. Л. 5 лѣтъ, 7/III 1896 года поступилъ въ клинику. Грыжа вправима. 8/III радикальная операція по *Kocher*’у. Теченіе послѣоперационнаго періода гладкое. Температура нормальная. *Prima intentio*. 19/III выписанъ здоровымъ изъ клиники.

54. *Hernia inguinalis dextra*. J. S. 35 лѣтъ, поступилъ 13/III 1896 года въ клинику. Замѣтилъ грыжу 1¹/₂ года тому назадъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа вправима. 14/III радикальная операція по способу *Kocher*’а. Если не считать небольшого совершенно поверхностнаго кожного абсцесса на первомъ швѣ въ верхнемъ углу раны, то теченіе совершенно гладкое. *Prima intentio*. 27/III выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (май 1899 г.).

55. *Hernia inguinalis congenita sinistra, et hydrocele congenita*. A. H. 5 лѣтъ, 30/III 96 г. поступилъ въ клинику. Радикальная операція по методу *Kocher*’а. *Prima intentio*. 8/IV сняты швы. 13/IV здоровъ, выписанъ изъ клиники.

56. *Hernia inguinalis congenita dextra*. I. C. 36 лѣтъ, 26/V 1896 года поступилъ въ клинику. Грыжа

неправима. Радикальная операція по способу Bassini. Въ грыжевомъ мѣшкѣ старые рубцы. Содержимое: сальникъ, сращенный со стѣнкой грыжевого мѣшка. Послѣоперационное теченіе безлихорадочное. Застой секрета въ подкожной клѣтчаткѣ замедлилъ выздоровленіе. Рубецъ, при выпискѣ пациента изъ клиники, вездѣ плотный и крѣпкій (пациентъ очень тучный). 21/VI здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (Іюнь 98 г.)

57. Hernia inguinalis sinistra. I. T. 27 лѣтъ, 25/VI 1896 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу въ ноябрѣ 1895 года. Грыжа вправима. 26/VI операція по методу Bassini. Температура нормальна. Prima intentio. 6/VII здоровъ выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (октябрь 1898 г.)

58. Hernia inguinalis. K. K. 32 лѣтъ, 23/VII 1896 г. поступилъ въ клинику. Операція по методу Bassini. Prima intentio. 5/VIII 1896 года выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (24/X 1898 г.)

59. Hernia inguinalis sinistra incarcerata. O. L. 72 лѣтъ, 30/VIII 1896 года поступилъ въ клинику. Грыжа ущемилась въ ночь съ 29^{го} на 30^{ое} августа. Радикальная операція — шовъ на грыжевое отверстіе. Въ грыжевомъ мѣшкѣ находится diverticul, въ которомъ ущемлена петля тонкихъ кишекъ. Prima intentio. 17/IX здоровъ, выписанъ изъ клиники.

60. Hernia inguinalis sinistra et prolapsus ani. J. M. 55 лѣтъ, 30/VIII 1896 года поступилъ въ клинику. Радикальная операція по методу Bassini.

Prima intentio. 12/IX 1896 года здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (апрѣль 1899 г.).

61. Hernia inguinalis dextra. J. K. 16 лѣтъ, 28/IX 96 года поступилъ въ клинику. 1/X 96 года радикальная операція по способу Bassini. Послѣоперационное теченіе гладкое. 28/X 96 года выписанъ здоровымъ изъ клиники.

62. Hernia iuguinalis bilateralis. J. M. 38 лѣтъ, 30/X 1896 года поступилъ въ клинику. Больной замѣтилъ грыжу нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, при поднятіи тяжести. Грыжа съ правой стороны величиною въ куриное яйцо, съ лѣвой меньше. Вправимы. 1/XI 96 съ обѣихъ сторонъ радикальная операція по методу Bassini. 2/XI температура 38,4, остальное время нормальная. Prima intentio. 13/XI выписанъ изъ клиники здоровымъ. Рецидива нѣтъ (26/II 99 года).

63. Hernia inguinalis sinistra et hernia Witzeli. K. K. 28 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 4/XI. Радикальная операція по способу Bassini. Была оперирована и Witzel'евская грыжа. 2/I 1897 г. выписанъ здоровымъ изъ клиники.

64. Hernia iguinalis dextra incarcerata. K. T. 32 лѣтъ, 24/XI 1896 года поступилъ въ клинику. 24/XI операція по способу Bassini. Содержимое грыжевого мѣшка — большая петля кишекъ темнубураго цвѣта. Debridement. Вправление, шовъ на рану. Prima intentio. 7/XII выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ. (25/IV 1898 г.)

65. *Hernia inguinalis dextra (Recidive)*. Р. Р. 24 лѣтъ, 27/XI 1896 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу въ 1892 г. Ущемленіе. Былъ оперированъ въ Рижской городской больницѣ. Въ 1889 году сдѣлана пункция *hydrocele*. Теперь грыжа невправима. 29/XI радикальная операція по способу Bassini. Содержимое — *omentum*, сращенное съ грыжевымъ мѣшкомъ. Резецировано. Температура 29, 30/X, 1/XI незначительно повышена до 37,8; остальное время нормальна. *Prima intentio*. 16/XII здоровъ, выписанъ изъ клиники.

66. *Hernia inguinalis bilateralis*. I. Т. 33 лѣтъ, 30/XI 1896 года поступилъ въ клинику. 3/XII и 11/XII операція по способу Bassini. *Prima intentio*. 23/XII здоровъ, выписанъ изъ клиники.

67. *Hernia inguinalis bilateralis*. М. М. 27 лѣтъ, 21/XII 1896 года поступилъ въ клинику. Грыжа вправима. 21/XII съ обѣихъ сторонъ операція по способу Bassini. Съ лѣвой стороны грыжевой мѣшокъ удаленъ, съ правой нѣтъ. *Prima intentio*. 13/I 1897 г. здоровъ, выписанъ изъ клиники.

68. *Hernia inguinalis dextra*. Г. Ц. 12 лѣтъ, 8/I 1897 года поступилъ въ клинику. Грыжа вправима. 9/I операція по способу Bassini (затруднена тонкостью грыжевого мѣшка, въ которомъ сдѣланъ надрывъ, зашить и погруженъ). Температура нормальная. *Prima intentio*. 23/I выписанъ здоровымъ изъ клиники.

69. *Hernia inguinalis bilateralis*. J. L. 54 лѣтъ, 20/I 1897 года поступилъ въ клинику. Грыжа на лѣвой сторонѣ, величиной въ мужской кулакъ; съ правой — въ лѣсной орѣхъ. 21/I съ обѣихъ сторонъ типичная операція по способу Bassini. Съ правой стороны содержимое — липома; съ лѣвой стороны — тонкія кишки. *Prima intentio*. 4/II выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 29/IV 99 года; Поднимаетъ тяжести (пациентъ — плотникъ).

70. *Hernia inguinalis sinistra et Phthisis*. К. К. 17 лѣтъ, 21/I 97 года поступилъ въ клинику. Радикальная операція по способу Bassini. Если не считать незначительнаго поверхностнаго нагноенія шва, *prima intentio*. *Habitus phthisicus*, ночные поты, на правой сторонѣ подъ лопаткой неопредѣленное дыханіе; вечернія повышенія температуры. Туберкулезныя бациллы не найдены. 19/II рана зажила. Больной переведенъ въ клинику по внутреннимъ болѣзнямъ. Рецидива нѣтъ 16/IV 1898 г.

71. *Hernia inguinalis dextra*. А. К. 23 лѣтъ, 26/II 1897 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтилъ впервые 6 лѣтъ тому назадъ. Грыжевое отверстие пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа невправима. 28/II радикальная операція по способу Bassini. Отдѣленіе грыжевого мѣшка изъ-за рубцовъ затруднено. Въ стѣнкѣ грыжевого мѣшка — *diverticul*. и 2 кисты (въ то же время вскрыта небольшая *hydrocele testeculi* и *tunica vaginalis propria* удалена.) Содержимое — сальникъ

сросшийся, резецированъ. Липома на наружномъ паховомъ кольцѣ. Температура нормальна. *Prima intentio*. 12/III здоровъ выписанъ изъ клиники.

72. *Hernia inguinalis dextra*. К. W. 25 лѣтъ 15/III 1897 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 2 года тому назадъ при тяжелой работѣ (больной — каменщикъ). Грыжа мала, вправима. 18/III радикальная операція по способу Bassini. *Prima intentio*. 28/III здоровъ, выписанъ изъ клиники. 1/VII 99 г. рецидива нѣтъ. Спустя 2 недѣли послѣ выхода изъ клиники принялся за обычныя работы. Поднимаетъ тяжести.

73. *Hernia inguinalis dextra et hydrocele*. О. К. 25 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 24/III 1897 года. Замѣтилъ грыжу 9 лѣтъ тому назадъ. Грыжа величиной въ мужскую голову. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 2 пальца. Грыжа вправима. 26/III радикальная операція по Bassini. Температура нормальна. *Prima intentio*. 7/IV здоровъ, выписанъ изъ клиники. 18/IV 1898 года рецидива нѣтъ. Поднимаетъ тяжести. (Больной крестьянинъ, сельскій рабочій).

74. *Hernia inguinalis dextra*. P. O. 46 лѣтъ 24/IV 1897 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 15 лѣтъ тому назадъ. Грыжа величиной въ мужскую голову, невправима. Бандажъ носилъ неаккуратно. 22/IV радикальная операція по Bassini (затруднена колоссальнымъ развитіемъ жировой кѣтчатки). Срощеніе тонкихъ кишекъ съ шейкой грыжевого мѣшка. Во время операціи надорванъ *plexus venъ*, наложена лига-

тура. Температура 24/IV 38,0°, остальное время нормальна. *Prima intentio*. 4/V 1897 года здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ. Свѣдѣнія о больномъ были 18/IV 1898 года и 14/V 1899 г.

75. *Hernia scrotalis dextra incarcerata*. О. P. 44 года. 1/V 1897 года поступилъ въ клинику. Грыжа большая. I/V радикальная операція по способу Bassini. Резекція почернѣвшей геморрагической петли тонкихъ кишекъ, длиною въ 3 метра непосредственно у *Coecum'a*. Соединеніе резекціонной культи. *Enteroanastomos'ы* съ передней поверхностью *Coecum'a*. Послѣ операционное теченіе безлихорадочное. *Prima intentio*. 29/V здоровъ, выписанъ изъ клиники.

76. *Hernia inguinalis sinistra, hydrocele testis, prostaticitis*. Е. Z. 49 лѣтъ. 3/VI 1897 года поступилъ въ клинику. Грыжа величиною въ мужскую голову. Радикальная операція по способу Bassini. При удаленіи мѣшка *hydrocele* поврежденіе придатка яичка. Шовъ. *Prima intentio*. 18/VI 1896 года выписанъ съ инфильтраціей сѣмянного канатика изъ клиники. Рецидива нѣтъ 15/VI 1899 года.

77. *Hernia inguinalis incipiens bilateralis. Varicocele bilateralis*. Н. В. 29 лѣтъ. 16/VI 1897 года поступилъ въ клинику. 18/VI радикальная операція по методу Bassini на обѣихъ сторонахъ. *Prima intentio*. 6/VII здоровъ, выписанъ изъ клиники.

78. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. J. N. 36 лѣтъ. 15/VII 1897 года поступилъ въ клинику.

Грыжа существуетъ 20 лѣтъ, величиною въ дѣтскую головку. Носилъ бандажъ. 15/VII ходилъ безъ бандажа, и грыжа ущемилась. 15/VII операція, но не радикальная операція: вправленіе посинѣвшей, но быстро возстановившейся (пульсирующей) петли тонкихъ кишекъ. Тампонада. Шовъ. *Prima intentio*. 31/VII здоровъ, выписанъ изъ клиники.

79. *Hernia inguinalis incarcerata sinistra*. M. R. 70 лѣтъ. 10/VII 1897 г. поступилъ въ клинику. Грыжа ущемилась 10/VII утромъ. 10/VII радикальная операція по способу Bassini. Содержимое — жидкость и посинѣвшая петля тонкихъ кишекъ, которая оказалась жизнеспособной и вправлена. Температура нормальна. *Prima intentio*. 28/VII здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 5/III 99. Поднимаетъ тяжести. (Занимаетъ мѣсто дворника.)

80. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. J. K. 45 лѣтъ. 15/IX 1897 г. поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу въ февралѣ 1897 года, поднимая сани, тотчасъ грыжа была вправлена. 2 недѣли тому назадъ, при поднятіи пациентомъ тяжести, грыжа выступила снова. 15/IX радикальная операція по Kocher'у. Содержимое — 15 cm тонкихъ кишекъ. Вправлены. Грыжевой мѣшокъ сращенъ съ мочевымъ пузыремъ. *Prima intentio*. 28/IX здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 14/IV 1899 г. Поднимаетъ тяжести.

81. *Hernia inguinalis bilateralis* J. A. 44 года. 22/IX поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу послѣ

поднятія тяжести съ лѣвой стороны 2 года тому назадъ, съ правой 1 годъ тому назадъ. 24/IX съ обѣихъ сторонъ радикальная операція по способу Bassini. Съ лѣвой стороны въ паховомъ каналѣ 2 hydrocele, одна надъ другой. Теченіе послѣоперационнаго періода на правой сторонѣ *prima intentio*, на лѣвой сторонѣ инфильтрація, гноя нѣтъ, грануляціонная пробка величиной въ орѣхъ. 8/X здоровымъ выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 27/IV 1899 г.

82. *Hernia inguinalis dextra incarcerata* I. P. 60 лѣтъ. 2/X 1897 года поступилъ въ клинику. Грыжа ущемилась 2/X въ полдень. Спустя 5 часовъ послѣ ущемленія, операція: послойное изолированіе, раскрытіе грыжевого мѣшка. Содержимое — прозрачная жидкость, петля нормальныхъ тонкихъ кишекъ. Послѣ расширенія очень узкаго грыжевого отверстія, наткулись на гангренозную петлю. Резецировано 37 cm кишекъ. Радикальная операція по способу Kocher'a. Вслѣдствіе недостатка брюшины, мезентеріальная культя только съ одной стороны прикрѣплена. 3/X — вѣтры; 4/X — стулъ, до 9/X самочувствіе хорошее: удовлетворительный аппетитъ, отсутствіе болей. 9/X сразу collaps. боли, рвота, малый и частый пульсъ. *Peritonitis incipiens*. *Laparotomia* — *abscessus*, величиною въ яблоко, вокругъ культи мезентеріума, прободеніе въ брюшную полость. 10/X *Exitus letalis*.

83. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. J. R. 45 лѣтъ. 3/X 1897 года поступилъ въ клинику.

Грыжа существуетъ съ дѣтства. 3/X радикальная операція по методу Цёге ф. Мантейфель; содержимое грыжевого мѣшка — жидкость и около шести метровъ тонкихъ кишекъ, изъ которыхъ одна петля черезъ грыжевое отверстіе вступила обратно въ брюшную полость, такъ что ея сосуды прошли дважды черезъ ущемленное кольцо. Кишки жизнеспособны. Prima intentio. 18/X выписанъ изъ клиники здоровымъ. Рецидива нѣтъ (апрѣль 1899 года).

84. Hernia inguinalis dextra. R. R. 34 лѣтъ. 24/X 1897 года поступилъ въ клинику. 23/X грыжа появилась сразу безъ особенной причины. Грыжевое отверстіе широко раскрыто. 23/X грыжа ущемилась, но была вправлена. 30/X радикальная операція по способу Kocher'a. Prima intentio. 12/XI выписанъ здоровымъ изъ клиники. 18/IV 1898 года рецидива не было, хотя пациентъ сразу, послѣ выхода изъ клиники, принялся за обычныя занятія, поднимаетъ тяжести.

85. Hernia inguinalis bilateralis. J. K. 70 лѣтъ. 3/XI 1887 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжи — правую 5 лѣтъ тому назадъ, лѣвую 20 лѣтъ тому назадъ. Невправимы. 5./XI съ обѣихъ сторонъ операція по способу Kocher'a. Въ обоихъ грыжевыхъ мѣшкахъ сальникъ срощенъ, лѣвый грыжевой мѣшокъ трудно изолировать изъ за того, что онъ рубцово видоизмѣненъ, уплотненъ. Prima intentio. 19/XI здоровымъ выписанъ изъ клиники. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ

послѣ выхода изъ клиники, умеръ отъ неизвѣстной болѣзни. Рецидива не было.

86. Hernia inguinalis dextra P. P. 28 лѣтъ, 11/XI поступилъ въ клинику, 20/XI операція по методу Bassini. Prima intentio. 1/XII 1897 года выписанъ. Рецидива нѣтъ (16/IV 1898 г.).

87. Hernia inguinalis. M. D. 13/XI 1898 года поступилъ въ клинику. Радикальная операція по способу Kocher'a. Prima intentio. 29/XI здоровымъ выписанъ изъ клиники.

88. Hernia inguinalis bilateralis et abscessus suprapatellaris dextra. J. S. 23 лѣтъ, 28/XI 1897 года поступилъ въ клинику. Выписанъ 26/I 1898 года.

89. Hernia inguinalis bilateralis. M. K. 20 лѣтъ, 15/XII 1897 года поступилъ въ клинику; грыжевое отверстіе на обѣихъ сторонахъ пропускаетъ 1 палецъ. 18/XII радикальная операція по способу Kocher'a сдѣлана на обѣихъ сторонахъ. II. intentio. Некрозъ грыжевого мѣшка. На обѣихъ сторонахъ образовались фистулы. 15/I выписанъ изъ клиники; амбулаторно продолжаетъ лечиться.

90. Hernia inguinalis bilateralis. K. R. 22 лѣтъ, 7/I 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжи — правую 15 лѣтъ тому назадъ, лѣвую 6 лѣтъ тому назадъ. Оба грыжевые отверстія пропускаютъ 1 палецъ. На обѣихъ сторонахъ операція по способу Bassini. Prima intentio. 22/I выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (25/II 96 г.).

91. *Hernia inguinalis dextra*. К. М. 22 лѣтъ. 10/I 1898 года поступилъ въ клинику. Радикальная операція по способу Bassini. Prima intentio. 29/I 1898 года выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (6/III 1899 г.).

92. *Hernia inguinalis congenita et hydrocele*. J. T. 23 лѣтъ, 20/I 1898 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтили въ дѣтствѣ. Грыжа величиной въ кулакъ. Грыжевое отверстіе свободно пропускаетъ 1 палецъ. 23/I удаленъ мѣшокъ hydrocele. Радикальная операція по способу Цеге фонъ Мантейфеля. Prima intentio. 6/II 1898 года выписанъ здоровымъ изъ клиники. Больной пашетъ и выполняетъ всѣ крестьянскія работы. Рецидива нѣтъ 26/II 99 года.

93. *Hernia inguinalis dextra congenita*. H. J. 18 лѣтъ, 5/II 1898 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 11 лѣтъ тому назадъ. Вправлена. Годъ тому назадъ появилась снова. Вправима. 7/II радикальная операція по способу Bassini. Оболочка яичка изъ tunic. vaginal communis. Prima intentio. 17/II сняты швы. 21/II 1898 года выписанъ изъ клиники здоровымъ. Рецидива нѣтъ (5/III 1899 годъ).

94. *Hernia inquinalis sinistra*. J. M. 20 лѣтъ. 13/II 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу 2 мѣсяца тому назадъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа вправима. 15/II радикальная операція по методу Bassini. Температура нормальная. Prima intentio. 27/II сняты швы. 2/III

1898 года здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (22/II 1899 г.)

95. *Hernia inguinalis dextra (Recidiv)*. J. K. 38 лѣтъ. 16/II 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу 4 года тому назадъ. 20/II радикальная операція по способу Bassini. Prima intentio. 7/III выписанъ здоровымъ изъ клиники. Въ сентябрѣ 1898 года рецидивъ.

96. *Hernia inguinalis dextra*. P. P. 26 лѣтъ. 20/II 1898 года поступилъ въ клинику. Появилась грыжа 4 недѣли тому назадъ, во время работы пациента. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 2 пальца. 23/II радикальная операція по способу Bassini. Prima intentio. 6/III сняты швы. 6/III здоровымъ выписанъ изъ клиники. 22/II 1899 года рецидива нѣтъ.

97. *Hernia inguinalis dextra. Recidiv*. Въ сентябрѣ 1897 года оперированъ въ госпиталѣ. T. O. 62 лѣтъ, 23/II 1898 года поступилъ въ клинику. Въ верхнемъ углу рубца зажившая фустулезная перетяжка, выше и ниже ея мускулатура отсутствуетъ. Двѣ грыжи. Грыжевое отверстіе каждой пропускаетъ 2 пальца. Верхняя ведетъ непосредственно въ брюшную полость, нижняя — въ каналъ наискось къверху. Верхняя грыжа тонкостѣнная, сращена съ брюшиной. 27/II операція по Bassini. Excisio рубца. Мочевой пузырь затащить и ссоченъ съ рубцомъ. Отдѣленіе мочевого пузыря. II Intentio. 6/III швы сняты. Абсцессъ возлѣ линіи шва. 21/III рубецъ плотный.

При кашлѣ незамѣтно напора внутренностей. 21/III здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 14/IV 1899 года.

98. *Hernia inguinalis, hydrocele testis*. J. J. 25 лѣтъ, 24/II 1898 года поступилъ въ клинику. Пациентъ грыжу замѣтилъ при поднятіи тяжести; грыжа распространяется вплоть до основанія мѣшка яичка. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа вправима. 26/II радикальная операція по способу Bassini. *Hydrocele hernioria musculorum*. Сальникъ сращенъ съ основаніемъ грыжевого мѣшка, и его продолженіе въ *hydrocele*. *Prima intentio*. 28/II *Pneumonia*, вслѣдствіе эфирнаго наркоза. Вечерняя температура до 39,4°. 2/III температура 37,3. Со стороны легкихъ улучшеніе. 12/III здоровымъ выписался изъ клиники.

99. *Hernia inguinalis sinistra congenita*. M. A. 37 лѣтъ, 25/II 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу 7 мѣсяцевъ тому назадъ (запоздалый *descensus*). Грыжа вправима. 28/II радикальная операція по способу Bassini. Сальникъ резецированъ. Температура нормальная. *Prima intentio*. 2/III сняты швы. 12/III 1898 года здоровымъ выписанъ изъ клиники.

100. *Hernia inguinalis sinistra. Furunculosis*. J. J. 32-хъ лѣтъ. 25/II 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу около 5 лѣтъ тому назадъ. Грыжа величиной въ гусиное яйцо. 10/III радикальная операція по способу Bassini. *Prima intentio*. 20/III здоровымъ выписанъ изъ клиники.

101. *Hernia inguinalis dextra*. Z. P. 32 лѣтъ, 27/II 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу 2 года тому назадъ. Грыжа величиной въ грушу. 28/II радикальная операція по методу Bassini (тонкія кишки вправлены). *Prima intentio*. 7/III швы сняты. 12/III выписанъ здоровымъ изъ клиники.

102. *Hernia inguinalis dextra Hydrocele communicans. Phimosi*. H. T. 15 лѣтъ. 11/III 1898 года поступилъ въ клинику. 3 года тому назадъ правое яичко спустилось, но стоитъ выше лѣваго. Вправима. 12/III *hydrocele* оперирована по способу Bergmann'a, грыжа — по Bassini. *Prima intentio*. 21/III швы сняты. Операція *Phimosi*'а задержала пациента въ клиникѣ. Выписанъ 21/III здоровымъ.

103. *Hernia inguinalis dextra Varicocele*. J. J. 24 лѣтъ. 21/III 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу $\frac{1}{2}$ года тому назадъ, поднимая тяжесть. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа вправима. 24/III радикальная операція по методу Bassini. *Prima intentio*. 4/IV здоровъ, выписанъ изъ клиники.

104. *Hernia inguinalis dextra*. E. H. 23 лѣтъ. 24/III 1898 года поступилъ въ клинику. 3 мѣсяца тому назадъ, послѣ того какъ пациентъ упалъ, выступила грыжа съ явленіями ущемленія. Грыжевое отверстіе свободно пропускаетъ 1 палецъ. Носилъ бандажъ. 21/III грыжа ущемилась, вправлена. 25/III радикальная операція по способу Bassini. *Prima intentio*,

только haematom въ нижнемъ углу раны. Кровь выпущена. 4/IV швы сняты. 9/IV здоровымъ выписанъ изъ клиники. 25/III 1899 года рецидива нѣтъ.

105. Hernia inguinalis dextra. A. K. 53 лѣтъ. 26/III 1898 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтилъ 10 лѣтъ тому назадъ; грыжа величиною въ кулакъ. Отверстіе грыжевое пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа вправима. 29/III радикальная операція по способу Bassini. Prima intentio. 11/IV 1898 года здоровъ, выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 22/III 1899 г.). Поднимаетъ тяжести.

106. Hernia inguinalis dextra incarcerata. M. K. 40 лѣтъ. 26/III 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу лѣтъ 20 тому назадъ. 26/III поднялъ тяжесть, при этомъ грыжа вся выступила и ущемилась. Въ 12 часовъ обильное испражнение. 3 раза рвота. 26/III радикальная операція по способу Bassini. Содержимое — тонкія кишки, вправлены, и сальникъ резецированъ. Prima intentio. 11/V здоровымъ выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 2/III 1899 годъ.

107. Hernia inguinalis. A. T. 27 лѣтъ. 29/IV 1898 года поступилъ въ клинику. 2/V радикальная операція по методу Bassini. Prima intentio. 13/V сняты швы. 20/V выписанъ изъ клиники здоровымъ. Рецидива нѣтъ (февраль 1900 г.).

108. Hernia inguinalis dextra incarcerata. M. G. 35 лѣтъ. 1/V 1898 года поступилъ въ клинику. Грыжа существуетъ нѣсколько лѣтъ величиною въ дѣт-

скую головку. Грыжа много разъ ущемлялась, но больной самъ вправлялъ ее. 1/V ущемлялась снова, вправить ее не могли, операція по Bassini. Prima intentio. 20/V 1898 года выписанъ здоровымъ. Рецидива нѣтъ (25/II 1899 годъ).

109. Hernia inguinalis incarcerata. A. S. 25 лѣтъ. 15/V 1898 года поступилъ въ клинику. 13/V грыжа ущемилась. 15/V радикальная операція по способу Bassini (тонкія кишки вправлены). Prima intentio. 25/V швы сняты. 25/V выписанъ изъ клиники здоровымъ. Рецидива нѣтъ (23/II 1899 года) поднимаетъ тяжести.

110. Hernia inguinalis dextra incarcerata. A. G. 17 лѣтъ, 3/VI 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу 2 мѣсяца тому назадъ. 1/IV ущемленіе грыжи. Рвота. Радикальная операція по способу Bassini. Сальникъ резецированъ, тонкія кишки вправлены, послѣ надрѣзовъ грыжевого кольца. Prima intentio. 13/VI швы сняты. 18/VI выписанъ здоровымъ изъ клиники. Ущемленіе сѣмянного канатика.

111. Hernia inguinalis dextra. K. M. 26 лѣтъ, 4/VI 1898 года поступилъ въ клинику. Грыжа величиной въ лѣсной орѣхъ. Грыжевое отверстие свободно пропускаетъ 1 палецъ. 6/VI радикальная операція по методу Bassini. Prima intentio. 18/VI выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 30/III 1899 г. Поднимаетъ тяжести.

112. Hernia inguinalis dextra. H. W. 16 лѣтъ. 6/VI 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу

годъ тому назадъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа вправима. 10/VI радикальная операція по способу Bassini. Prima intentio. 23/VI здоровымъ выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 23/VI 1890 г.

113. Hernia inguinalis dextra incarcerata. J. K. 31 года. 19/VI 1898 года поступилъ въ клинику. 21/VI радикальная операція по способу Bassini. Prima intentio. Послѣоперационное теченіе осложнилось плевритомъ. 9/VIII здоровымъ выписанъ изъ клиники. Въ апрѣлѣ 1899 года рецидива не было, но пациентъ сообщаетъ, что его правое яичко уменьшилось.

114. Hernia inguinalis dextra incarcerata. H. K. 33 лѣтъ, 19/VII 98 года поступилъ въ клинику. Грыжа существуетъ 18 лѣтъ, длиною въ 30 cm., шириною въ 15. Ущемилась 15 часовъ тому назадъ. Радикальная операція по способу Bassini. Пациентъ не принималъ ванны. Содержимое — mesenterium и тонкія кишки. Кончикъ мочевого пузыря сращенъ со внутренней стороной грыжевого мѣшка и погружается вмѣстѣ съ культей грыжевого мѣшка въ брюшную полость. 27/VII субфасциальный абсцессъ. Тампонада послѣ удаленія всѣхъ кожныхъ швовъ. 4/VIII вторичный шовъ на верхней части раны. II intentio. 18/VIII пациентъ выписанъ съ небольшой фистулой. Спустя 14 дней, пациентъ явился: изъ фистулы выдѣлился одинъ шовъ неполное закрытіе раны. Пациенту данъ совѣтъ носить suspensorium.

115. Hernia inguinalis sinistra incarcerata. K. K. 20 лѣтъ. 29/VII 1898 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 2 мѣсяца тому назадъ послѣ того, какъ пациентъ поднималъ тяжесть. Послѣ 4-хъ часового пребыванія пациента въ постели, грыжа сама вправилась. Въ 11 часовъ утра, при поднятіи пациентомъ тяжести, грыжа ущемилась. 29/VII въ 8 часовъ вечера радикальная операція по способу Bassini. Содержимое — сальникъ и тонкія кишки. Сальникъ сращенъ съ грыжевымъ мѣшкомъ. Резецированъ. Prima intentio. 11/VIII выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 22/II 1900 г. Пациентъ поднимаетъ тяжести.

116. Hernia inguinalis dextra. B. Ph. 30 лѣтъ, 13/VIII 1898 года поступилъ въ клинику. V/III радикальная операція по способу Bassini. Prima intentio. Подкожная асептическая гематома. 11/IX выписанъ здоровымъ.

117. Hernia inguinalis dextra congenita. K. K. 3 лѣтъ. 10/X 1898 года поступилъ въ клинику. 15/X радикальная операція по методу Bassini. Температура нормальна. Prima intentio. 27/X выписанъ здоровымъ изъ клиники.

118. Hernia inguinalis incarcerata dextra. Cana's inguinalis sinistra aperta. K. S. 51 года. 12/X 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу при поднятіи тяжести 12 лѣтъ тому назадъ. Грыжа величиной въ куриное яйцо. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. 12/X въ полдень грыжа ущеми-

лась, рвота нѣсколько разъ, испражнение въ 5 часовъ пополудни. 12/X на правой сторонѣ радикальная операція по способу Bassini. Содержимое — тонкія кишки. 3/XI на лѣвой сторонѣ операція по Bassini. Prima intentio. 23/X сняты швы на правой сторонѣ. Температура 13/X 38,4; 37,5; остальное время нормальна. 10/XI сняты швы на лѣвой сторонѣ. Температура нормальна. 14/XI выписанъ здоровымъ изъ клиники.

119. Hernia inguinalis dextra. Kryptorchia. К. К. 22 лѣтъ. 3/XI 1898 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтилъ 10 лѣтъ тому назадъ. 5/XI радикальная операція по способу Цеге фонъ Мантейфель. Температура нормальна. Prima intentio. 19/XI 1898 выписанъ здоровымъ изъ клиники.

120. Hernia inguinalis dextra et Kryptorchia. Е. S. 34 лѣтъ. 16/XI 1898 года поступилъ въ клинику. Яичко лежитъ непосредственно позади anulo interno. 17/XI яичко оставлено въ брюшной полости. Этажный шовъ. II intentio; некрозъ жировой клетчатки; небольшой поверхностный абсцессъ. 9/XII выписанъ здоровымъ изъ клиники.

121. Hernia inguinalis dextra et hydrocele testis sinistra. J. P. 61 года. 24/XI 1898 года поступилъ, въ клинику. Замѣтилъ грыжу 10 лѣтъ тому назадъ hydrocele — 6 мѣсяцевъ тому назадъ. Грыжевое отверстіе на правой сторонѣ раскрыто широко, на лѣвой пропускаетъ кончикъ пальца. 26/XI радикальная операція по способу Bassini. Hydrocele по способу

Bergmann'a; и на правой сторонѣ тоже найдена и удалена небольшая hydrocele. Температура нормальна. Prima intentio. 9/XII выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 30/IV 1899 г.

122. Hernia inguinalis dextra. A. S. 20 лѣтъ. 1/XII 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу годъ тому назадъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 2 пальца. 2/XII радикальная операція по способу Bassini. Prima intentio. 12/XII сняты швы. 16/XII 1898 года здоровымъ выписанъ изъ клиники.

123. Hernia inguinalis bilateralis. К. Н. 31 года, 2/XII 1898 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу на лѣвой сторонѣ 5 лѣтъ тому назадъ, на правой — 4. Лѣвая величиной въ куриное яйцо, правая меньше, 4/XII на обѣихъ сторонахъ операція по методу Bassini. Температура 6/XII вечеромъ 38,1; остальное время нормальна. Prima intentio. 14/XII сняты швы, 18/XII выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 15/IV 1899 года.

124. Hernia inguinalis incipiens sinistra. A. W. 50 лѣтъ. 10/XII 1898 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтилъ 2 года тому назадъ, послѣ удара въ паховую область. Вправлена. Prima intentio: Тифъ. 10/I 1899 года выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (апрѣль 1899 г.).

125. Hernia inguinalis incipiens sinistra et Hernia inguinalis dextra. J. N. 25/XII 1898 года поступилъ въ клинику. 25/XII на обѣихъ сторонахъ ради-

кальная операция по способу Bassini Prima intentio. 22/I 1899 года выписанъ здоровымъ изъ клиники.

126. Hernia inguinalis dextra A. S. 25 лѣтъ. 23/I 1899 года поступилъ въ клинику. 27/I радикальная операция по способу Bassini. Prima intentio. 6/II сняты швы. 21/II здоровымъ выписанъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 7/III 1901 г.

127. Hernia inguinalis incarcerata. U. M. 52 лѣтъ. 25/I 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа существуетъ 15 лѣтъ. Носилъ бандажъ 9 дней тому назадъ, когда пациентъ, бывшій безъ бандажа, поднялъ тяжесть, грыжа ущемилась. 25/I операция: Мошонка темно-бураго цвѣта. Въ грыжевомъ мѣшкѣ кровянистая вонючая жидкость; ущемлены — тонкія кишки, coecum (mesenter. ileo-coeci commune). Одна петля тонкихъ кишокъ гангренозная перфорированная. Наружное Debridement. 35 см. кишокъ резецировано, послѣ того какъ кишечникъ пришили къ брюшинѣ, фиксация кишечной петли въ ранѣ. 26/I Легочный отекъ. Смерть.

128. Hernia inguinalis dextra. J. J. 40 лѣтъ. 16/II 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 8 мѣсяцевъ тому назадъ безъ видимой причины. 25/II радикальная операция по способу Bassini. Температура въ 1-ый день послѣ операции 37,5 (клизма), потомъ нормальна. Prima intentio. 7/III удаление швовъ. 13/III выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ 14/IV 1899 г.

129. Hernia inguinalis congenita. G. A. 23 лѣтъ. 26/II 1899 года поступилъ въ клинику. 1/III радикальная операция по способу Bassini. Prima intentio. 15/III выписанъ здоровымъ изъ клиники. Рецидива нѣтъ (май 1899 г.). Поднимаетъ тяжести (сельскій рабочій).

130. Hernia inguinalis dextra interstitialis. J. S. 27 лѣтъ. 2/III 1899 года поступилъ въ клинику. 4/III радикальная операция по способу Bassini. Грыжевой мѣшокъ срощенъ съ мочевымъ пузыремъ. Резекція грыжевого мѣшка непосредственно возлѣ мочевого пузыря. Шовъ на брюшину. Prima intentio. 18/III выписанъ здоровымъ изъ клиники.

131. Hernia inguinalis dextra incarcerata. K. K. 60 лѣтъ. 8/III 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа существуетъ 8 лѣтъ; величина грыжи превосходить 2 кулака. Носилъ бандажъ. Ущемилась грыжа 3 часа тому назадъ. 8/III операция. Содержимое — двѣ кишечныя петли, вправлены. Шовъ на наружное грыжевое отверстіе. 22/III выписанъ здоровымъ изъ клиники.

132. Hernia inguinalis dextra. Scabies. M. U. 36 лѣтъ. 11/III 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 2 года тому назадъ, во время полевыхъ работъ; пациентъ самъ вправилъ ее. Но съ тѣхъ поръ выпадаетъ при каждомъ физическомъ напряженіи; вправима. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. 20/III радикальная операция по способу Bassini.

Температура нормальна. *Prima intentio*. 29/III швы сняты. 2/IV выписанъ здоровымъ изъ клиники.

133. *Hernia inguinalis sinistra. Canalis inguinalis dextra aperta*. J. K. 2 лѣтъ. 19/III 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа величиною въ кулакъ (10 ctm. длины и 8 ctm. ширины). Вправима. 20/III операція по способу Bassini. Въ грыжевомъ мѣшкѣ тонкія кишки. Вечерняя температура 21 и 22/III — 37,9; 23—26/III нормальная. Инфильтратъ въ направленіи сѣмянного канатика. 26/III — 37,6°; у пациента прорѣзался зубъ; инфильтратъ исчезъ. *Prima intentio*. 31/III здоровымъ выписанъ изъ клиники.

134. *Hernia inguinalis dextra congenita*. P. A. 1½ года. 19/III 1899 года поступилъ въ клинику. (Блѣдное, слабое крестьянское дитя). Грыжа величиной въ дѣтскій кулакъ. Вправима. 20/III операція по способу Kocher'a. Грыжевой мѣшокъ плотный, въ области наружнаго пахового кольца рубцовое видоизмѣненіе. 24/III незначительный инфильтратъ въ верхнемъ углу раны и въ направленіи сѣмянного канатика. Удаленіе нѣсколькихъ швовъ; гематома средней величины; гноя нѣтъ; температура нормальна. 29/III швы сняты. 31/III здоровъ, выписанъ изъ клиники.

135. *Hernia inguinalis dextra*. G. R. 58 лѣтъ, 22/III 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 27 лѣтъ тому назадъ. Грыжевой каналъ пропускаетъ 3 пальца. Носилъ бандажъ до послѣдняго времени. 24/III радикальная операція по способу

Bassini. Температура 39,1—38,4; 38,1—37,8; 37,4 etc. *Prima intentio*. 10/IV выписанъ изъ клиники здоровымъ.

136. *Hernia inguinalis sinistra*. K. G. 30 лѣтъ, 2/IV 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа существуетъ съ дѣтства. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 2 пальца. 27/IV радикальная операція по способу Bassini 7/V швы сняты Iodoformeczem. Нагноеніе кожныхъ швовъ. II *intentio*. 22/V выписанъ здоровымъ изъ клиники.

137. *Hernia inguinalis sinistra congenita incarcerata*. N. T. 22 лѣтъ. 5/IV 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа величиной въ дѣтскую головку. Бандажъ носилъ непостоянно. Грыжа ущемилась 5/IV; въ половинѣ 9-аго утрома небольшое испражненіе. Рвота 1 разъ. 5/IV радикальная операція по Bassini. Содержимое — петли тонкихъ кишекъ, между которыми эдематозное mesenterium ущемилось въ грыжевомъ отверстіи, бороздки нѣтъ. Вправлено. Шовъ на грыжевой мѣшокъ, при чемъ предлежитъ мочевого пузыря. *Prima intentio*. 15/IV швы сняты. 20/IV здоровъ, выписанъ изъ клиники.

138. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. R. P. 50 лѣтъ. 11/IV 1899 года поступилъ въ клинику. 11/IV anus praeternaturalis. Резекція 40 ctm. тонкихъ кишекъ и гнойно инфильтрованного грыжеваго мѣшка. 18/V — смерть. При вскрытіи найдено: толстыя кишки спавшіяся, тонкія кишки — вздуты. Peritonitis circumscripta на мѣстѣ резекціи кишки.

139. *Hernia inguinalis dextra. Sarcoma testis.* L. K. 64 лѣтъ. 4/V 1899 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ опухоль 3 года тому назадъ. Грыжевое отверстие пропускаетъ 3 пальца. 14/V *Castratia. Prima intentio.* 25/V сняты швы. 30/V здоровъ, выписанъ изъ клиники.

140. *Canalis inguinalis dextra aperta. Hydrocele funiculi.* Sch. H. 13 лѣтъ. 18/V 1899 года поступилъ въ клинику. Шовъ на раскрытое грыжевое отверстие.

141. *Hernia inguinalis dextra. G. Ch.* 36 лѣтъ. 23/V 1899 года поступилъ въ клинику. $\frac{1}{2}$ года тому назадъ, при поднятіи тяжести, замѣтилъ грыжу. 25/V радикальная операція по способу Bassini. Мочевой пузырь сращенъ грыжевымъ мѣшкомъ. Подкожная гематома, которая постепенно рассосалась. Температура 26, 27/V до 37,9; 28/V — 37,5; 29/V — 39,4; 30/V — 37,5. Остальное время нормальна. 4/VI швы сняты. *Prima intentio.* 15/VI здоровымъ выписанъ изъ клиники.

142. *Hernia inguinalis sinistra congenita.* N. K. 2 лѣтъ. 20/VI 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтили съ дѣтства. Грыжа величиной въ куриное яйцо. Грыжевое отверстие пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа подвижная. 21/VI 1899 года радикальная операція по методу Bassini. Температура нормальна. *Prima intentio.* 2/VII здоровъ, выписанъ изъ клиники.

143. *Hernia inguinalis dextra. S. T.* 3 лѣтъ. 8/VII 1899 года поступилъ въ клинику. 10/VII ради-

кальная операція по методу Bassini. *Prima intentio.* 24/VII выписанъ здоровымъ изъ клиники.

144. *Hernia inguinalis dextra congenita incarcerata. Tuberculosis peritonei.* 13/VII 1899 года поступилъ въ клинику J. K. 6 лѣтъ. Замѣтили грыжу 3 года тому назадъ. Грыжа величиною въ мужской кулакъ. 11/VII ребенокъ сталъ жаловаться на боли, грыжу не удалось вправить, она становилась больше и болѣзненнѣе. 12/VII еще нормальное испражненіе. 13/VII радикальная операція по способу Bassini, видоизмѣненному Мининомъ. Грыжевой мѣшокъ плотный съ соединительно-тканными сращениями. Содержимое прозрачная жидкость (кишекъ нѣтъ), внутренняя поверхность покрыта бѣлыми узелками съ фибриновымъ налетомъ. Давленіемъ на брюшную область выдѣлена жидкость. На наружной сторонѣ сѣмянного канатика сообщаемая съ брюшной полостью киста, въ которой помѣщается и яичко, свободно плавающее въ жидкости. Раскрытіе. Изолированіе. Перевязка и резекція кисты и грыжевого мѣшка. *Prima intentio.* 24/VII здоровъ выписанъ изъ клиники.

145. *Hernia inguinalis sinistra irreponibilis. Canalis inguinalis dextra aperta.* K. 40 лѣтъ. 17/VII 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтили съ дѣтства. 19/VII радикальная операція по способу Bassini. Грыжевой мѣшокъ имѣетъ два карманчика. Содержимое — сращенный салъникъ соединенъ съ сѣмяннымъ канатикомъ и очень трудно изолируемъ. Вслѣд-

ствие того, что сальникъ сращенъ съ мѣшкомъ на всемъ его протяженіи, разрѣзъ мѣшка вплоть до его основанія. Резецкія сальника. Непрерывный шовъ на грыжовой мѣшокъ. *Prima intentio*. 28/VII сняты швы. Лѣвое яичко помѣщается высоко, приблизительно на уровнѣ наружнаго пахового кольца. 2/VIII здоровъ, выписанъ изъ клиники. Осенью сообщилъ, что яичко стоитъ все таки высоко и по временамъ причиняетъ боли.

146. *Hernia inguinalis dextra*. J. S. 25 лѣтъ. 19/VII 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 6 мѣсяцевъ тому назадъ величиною въ гусиное яйцо. Грыжевое отверстіе свободно пропускаетъ палецъ. Грыжа вправима. 22/VII радикальная операція по способу Bassini. *Prima intentio*. 7/VIII здоровымъ выписанъ изъ клиники.

147. *Hernia inguinalis dextra*. R. R. 32 лѣтъ. 24/VII 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась недѣлю тому назадъ, послѣ того, какъ лошадь ударила пациента въ животъ. 27/VII радикальная операція по методу Bassini. Температура 28/VII — 37,5; остальное время нормальная. *Prima intentio*. 11/VII здоровымъ выписанъ изъ клиники.

148. *Hernia inguinalis sinistra*. H. R. 25 лѣтъ, 20/VIII 1899 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу годъ тому назадъ, послѣ поднятія тяжести. Грыжа вправима. 24/VIII радикальная операція по Bassini. Рубцовое перерожденіе грыжевого мѣшка. Температура 25, 26, 27/VIII по вечерамъ нѣсколько повышена —

37,5; 37,5; 37,4; остальное время нормальна. *Prima intentio*. 7/IX здоровымъ выписанъ изъ клиники.

149. *Hernia inguinalis sinistra congenita incarcerata*. A. T. 25 лѣтъ. 16/VIII 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа впервые появилась въ дѣтствѣ (1 годъ) пациента. Носилъ годъ бандажъ, послѣ чего грыжа не была замѣтна. Въ 1896 году пациентъ поднималъ тяжесть, грыжа появилась снова. Съ тѣхъ поръ опять бандажъ, который былъ ему неудобенъ. Пациентъ поступилъ въ клинику. Здѣсь, послѣ того какъ сняли бандажъ, грыжа внезапно ущемилась, вправить ее оказалось невозможнымъ. Грыжа величиною въ кулакъ. 26/VIII радикальная операція по способу Bassini. Температура нормальная, только 27/VIII вечеромъ 37,8. *Prima intentio*. 11/IX здоровымъ выписанъ изъ клиники.

150. *Hernia inguinalis bilateralis*. H. S. 25 лѣтъ. 1/IX 1899 года поступилъ въ клинику. 6/IX на правой сторонѣ операція по способу Bassini, на лѣвой по модифицированному Мининомъ способу Bassini. *Prima intentio*. 23/IX здоровымъ выписанъ изъ клиники.

151. *Hernia inguinalis bilateralis*. R. J. 28 лѣтъ. 13/IX 1899 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу 4 года тому назадъ. Правая величиною въ кулакъ, лѣвая — меньше. Вправимы. 14/IX на правой сторонѣ операція по способу Bassini. Нижній конецъ грыжевого мѣшка посредствомъ тяжа соединенъ съ яичкомъ. 22/X на лѣвой сторонѣ операція по способу

Bassini. Prima intentio. 11/XI здоровымъ выписанъ изъ клиники.

152. Hernia inguinalis sinistra. J. K. 39 лѣтъ. 16/IX 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа вправима. Съ дѣтства носилъ бандажъ. 18/IX радикальная операція по Bassini. Въ грыжевомъ мѣшкѣ большая липома, по частямъ удалена. II intentio. 21/IX сняты швы. 3 шва на нижнемъ краю раны, гной подъ кожей. Тампонада. 5/X боли при мочеиспусканіи. Cystitis. 9/XI вполне здоровымъ выписанъ изъ клиники (Вонючій потъ).

153. Hernia inguinalis sinistra. J. O. 25 лѣтъ. 17/IX 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтилъ 1 годъ тому назадъ, послѣ поднятія тяжести. Грыжа представляетъ собою выпячиваніе, длиною въ 6 см., шириною въ 2 см. надъ ligament. Pouparti и доходить до наружнаго пахового кольца. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 3 пальца. Пациентъ носитъ бандажъ. Грыжа вправима. 18/IX радикальная операція по Bassini. Грыжевого мѣшка нѣтъ. Діастазъ ножекъ. 28/IX сняты швы. Prima intentio. 8/X выписанъ изъ больницы здоровымъ.

154. Hernia inguinalis dextra, Fistula pararectalis. W. K. 27 лѣтъ. 6/X 1899 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу 8 лѣтъ тому назадъ. Съ тѣхъ поръ носитъ бандажъ. Грыжа вправима. 9/X радикальная операція по Bassini. Температура нормальна. 19/X швы сняты. Prima intentio. Фистула

задержала пациента въ клиникѣ, 29/X 1899 года выписанъ изъ клиники здоровымъ.

155. Hernia inguinlis sinistra. Cysta dermoidalis frontis dextra. S. K. 24 лѣтъ. 7/X 1899 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу послѣ поднятія тяжести недѣлю тому назадъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ одинъ палецъ. Грыжа вправима. 9/X радикальная операція по Bassini (оперирована и Cysta). Температура нормальна. 19/X сняты швы. Prima intentio. 27/X выписанъ здоровымъ изъ клиники.

156. Hernia inguinalis bilateralis. J. M. 45 лѣтъ. 14/X 1899 года поступилъ въ клинику. Лѣвостороннюю грыжу замѣтилъ 16 лѣтъ тому назадъ, послѣ паденія съ лѣстницы. Правостороннюю 2 года тому назадъ. Лѣвая величиною въ дѣтскую голову. Носилъ бандажъ. Грыжевое отверстіе правое пропускаетъ 2 пальца, лѣвое — 3. 16/X на обѣихъ сторонахъ радикальная операція по методу Bassini. На лѣвой сторонѣ кистный шовъ. Prima intentio. 27/X сняты швы. 30/X здоровъ, выписанъ изъ клиники.

157. Hernia inguinalis dextra. Canalis inguinalis sinistra aperta. J. T. 21 года. 18/X 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа появилась 3 мѣсяца тому назадъ съ болями. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 2 пальца, съ лѣвой стороны — 1 палецъ. Грыжа вправима. 21/X радикальная операція по способу Bassini. 1/XI сняты швы. Prima intentio. 6/XI выписанъ здоровымъ изъ клиники.

158. *Herniae inguinalis et ventris*. О. А. 58 лѣтъ. 20/X 1899 года поступилъ въ клинику. 25/XI операція. 26/XI выписанъ здоровымъ.

159. *Hernia inguinalis sinistra congenita*. Н. Е. 2-хъ лѣтъ. 27/X 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа величиною въ мужской кулакъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ 1 палецъ. 3/XI радикальная операція по способу Bassini. *Prima intentio*. 9/XI сняты швы. Повышеніе температуры до 37,4°. 14/XI здоровымъ выписанъ изъ клиники.

160. *Hernia inguinalis bilateralis. Vulnus anti-brachii*. Е. J. 24 лѣтъ. 5/XI 1899 года поступилъ въ клинику. 16/XI радикальная операція по способу Bassini. *Prima intentio*. 28/XI выписанъ здоровымъ изъ клиники.

161. *Hernia inguinalis bilateralis*. К. Е. 37 лѣтъ. 11/XI 1899 года поступилъ въ клинику. 3 мѣсяца тому назадъ, послѣ поднятія тяжести, появились у пациента боли съ правой стороны въ паховой области, потомъ постепенно развились обѣ грыжи, съ лѣвой стороны величиной въ дѣтскій кулакъ, съ правой стороны — нѣсколько меньше. Грыжевое отверстіе правое пропускаетъ 2 пальца, лѣвое — 1 палецъ. 15/XI съ обѣихъ сторонъ операція по способу Bassini. Съ лѣвой стороны еще удалена *hydrocele*, съ правой стороны отсутствовалъ грыжевой мѣшокъ. 25/XI сняты швы. *Prima intentio*. 29/XI выписанъ здоровымъ изъ клиники.

162. *Hernia inguinalis sinistra incarcerata*. J. S. 46 лѣтъ. 20/XI 1897 года поступилъ въ клинику. 20/XI во время ѣзды, при приступѣ кашля, грыжа выступила и ущемилась. 20/XI 1899 года радикальная операція по способу Bassini. Возлѣ наружнаго пахового кольца распухшая лимфатическая желѣза, величиною въ орѣхъ. Грыжевой мѣшокъ очень тонкій, содержимое — тонкія кишки, вправлены. Температура нормальная. 28/XI швы сняты. *Prima intentio*. 9/XII здоровымъ выписанъ изъ клиники.

163. *Hernia inguinalis dextra irreponibilis et canalis inguinalis sinistra aperta*. К. S. 22 л. 1/XII 1899 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу 3½ года тому назадъ. Съ 1898 года носилъ бандажъ, сначала не постоянно, а съ октября 1898 года постоянно. Грыжа величиною въ грушу невправима. 3/XII на правой сторонѣ операція по способу Bassini. Въ грыжевомъ мѣшкѣ липома, величиною въ лѣсной орѣхъ. Грыжевой мѣшокъ имѣющій въ длину около 10 см., разрѣзанъ вплоть до грыжевого отверстія. Кисетный шовъ на грыжевой мѣшокъ. Частично резецированъ салъникъ, сросшійся во всю длину съ грыжевымъ мѣшкомъ. На верхушкѣ резецированнаго салъника киста безъ содержимаго. На лѣвой сторонѣ шовъ на ножки грыжи. Температура нормальна. *Prima intentio*. 9/XII сняты швы. 15/XII всталъ съ постели. 18/XII здоровымъ выписанъ изъ клиники.

164. *Hernia inguinalis dextra incarcerata*. J. A. 24 лѣтъ. 22/ХП 1899 года поступилъ въ клинику. Грыжа величиною въ дѣтскую головку. Появилась грыжа годъ тому назадъ, при поднятій тяжести, и ущемилась, вправлена въ ваннѣ. 22/ХП послѣ поднятія тяжести, ущемленіе. 22/П радикальная операція то способу Bassini. При раскрытіи грыжевого мѣшка, масса петель тонкихъ кишекъ, которыя трудно было вправить. Расширеніе грыжевого отверстія вверхъ, — *radix mesenterii* непосредственно у грыжевого отверстия. Вправление кишекъ. Температура первые 3 дня 37,8, остальное время нормальная. 31/ХП швы сняты. *Prima intentio*. 6/I 1900 года здоровымъ выписанъ изъ клиники.

165. *Hernia inguinalis sinistra et canalis inguinalis dextra aperta*. N. S. 32 лѣтъ. 2/I 1900 года поступилъ въ клинику. 6 недѣль тому назадъ пациентъ упалъ съ лѣстницъ, боли въ обоихъ пахахъ. 14 дней тому назадъ замѣтилъ на лѣвомъ паху выпячиваніе. Грыжевое отверстие съ лѣвой сторонѣ пропускаетъ палецъ, съ правой — кончикъ пальца. Грыжа вправима. 4/I на лѣвой сторонѣ операція по способу Bassini. На правой сторонѣ грыжевой мѣшокъ отсутствуетъ. Шовъ на внутреннія ножки вмѣстѣ съ *ligam. Collesi* и внутренней третью *ligam. Poupartii*. *Prima intentio*. 16/I выписанъ здоровымъ изъ клиники.

166. *Hernia inguinalis sinistra congenita et canalis inguinalis dextra aperta*. Е. П. 3 мѣсяцевъ. 11/I 1900 года поступилъ въ клинику. Грыжевое отверстие на лѣвой, какъ и на правой сторонѣ пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа вправима. 13/I съ лѣвой стороны радикальная операція по способу Bassini. Тонкій грыжевой мѣшокъ зашитъ. 9/I на правой сторонѣ шовъ на наружное грыжевое отверстие. Грыжевой мѣшокъ отсутствуетъ, но по направленію, сѣмянного канатика отростокъ брюшины, которая въ 2^х мѣстахъ втянута (облитерирована) *hydrocele funiculi*. Послѣ отдѣленія отростка брюшины отъ сѣмянного канатика, перевязка ея и резекція. Шовъ на наружное грыжевое отверстие, и именно одинъ шовъ на ножки въ верхнемъ углу, а другой на краю *musculi recti* и *ligamenti Poupartii*. На правой и на лѣвой сторонѣ нагноеніе одного канала шва на каждой сторонѣ, въ остальномъ — *prima intentio*. 20/I сняты швы на лѣвой сторонѣ. Бронхіальный катаръ, который постепенно проходилъ. 15/П сняты швы на правой сторонѣ. Температура выше 38,0; Кашель проходитъ. 26/П здоровъ выписанъ изъ клиники.

167. *Hernia inguinalis sinistra*. R. M. 22 лѣтъ. 4/I 1900 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ 6 мѣсяцевъ тому назадъ грыжу величиною въ гусиное яйцо. 7/I радикальная операція по способу Bassini. Температура 8/I вечеромъ 37,8; 9/I 37,7; 37,8. Осталь-

ное время нормальная. 17/I швы сняты. *Prima intentio*. 20/I выписанъ изъ клиники здоровымъ.

168. *Hernia inguinalis dextra*. А. Т. 24 лѣтъ. 16/I 1900 года поступилъ въ клинику. Грыжа величиною въ голубиное яйцо. Грыжевое отверстие свободно пропускаетъ 2 пальца. 18/I радикальная операція по методу Bassini. *Prima intentio*. 30/I выписанъ изъ клиники здоровымъ.

169. *Hernia inguinalis dextra et canalis inguinalis sinistra aperta*. К. Т. 23 лѣтъ. 19/I 1900 года поступилъ въ клинику. Пациентъ замѣтилъ грыжу въ послѣднее время. На правой сторонѣ величиною въ лѣсной орѣхъ. Грыжевое отверстие на лѣвой сторонѣ пропускаетъ 1 палецъ. Грыжа вправима. 20/I на правой сторонѣ операція по способу Bassini. Грыжевой мѣшокъ плотенъ. На лѣвой сторонѣ шовъ на ножки (грыжевого мѣшка нѣтъ). Одинъ шовъ на верхнемъ углу ножекъ, два шва на *ligamento Pouparti* и *musculo recto*. *Prima intentio*. 2/II здоровымъ выписанъ изъ клиники.

170. *Hernia inguinalis dextra interstitialis*. К. К. 32 лѣтъ. 27/I 1900 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ 10 дней тому назадъ грыжу. Грыжевое отверстие свободно пропускаетъ 1 палецъ. 31/I радикальная операція по способу Bassini. Температура нормальна. 10/II сняты швы. *Prima intentio*. 15/II выписанъ здоровымъ изъ клиники.

171. *Hernia inguinalis dextra reponibilis* J. К. 29 лѣтъ. 19/II 1900 года поступилъ въ клинику. Грыжа существуетъ 3 года, велика; грыжевое отверстие пропускаетъ 2 пальца. 23/II радикальная операція по Bassini. Мочевой пузырь сращенъ съ грыжевымъ мѣшкомъ. Температура 24—25/II вечеромъ 37,5; 37,4; остальное время нормальная. *Prima intentio*. 4/III сняты швы. 8/III выписанъ здоровымъ изъ клиники.

172. *Hernia inguinalis dextra reponibilis*. К. О. 30 лѣтъ. 5/III 1900 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтилъ 8 лѣтъ тому назадъ при поднятіи тяжести. Грыжевое отверстие пропускаетъ 2 пальца. Бандажъ носить въ послѣднее время, но непостоянно. 8/III радикальная операція по способу Bassini. Температура нормальная. 18/III сняты швы. *Prima intentio*. 20/III выписанъ изъ клиники здоровымъ.

173. *Hernia inguinalis dextra reponibilis. Cystitis*. А. Е. 46 лѣтъ. 10/II 1900 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ 2 мѣсяца тому назадъ грыжу величиною въ кулакъ. Грыжевое отверстие пропускаетъ 2 пальца. 16/II радикальная операція по способу Bassini. Во время операціи, при вытягиваніи грыжевого мѣшка, вытягивался и мочевой пузырь. *Prima intentio*. Температура 17, 18/II вечеромъ 37,7; 37,6; остальное время нормальная. 26/II швы сняты. 6/III выписанъ здоровымъ изъ клиники.

174. *Hernia inguinalis congenita reponibilis dextra*. А. И. 4 лѣтъ. 20/III 1899 года поступилъ въ клинику.

Шесть недѣль тому назадъ замѣтилъ грыжу, величиною въ куриное яйцо. Грыжевое отверстие пропускаетъ палецъ. 23/III радикальная операція по способу Bassini. Предлежитъ мочевой пузырь, но онъ не мѣшается. Prima intentio. 26/III въ окружности раны экзематозная краснота, которая спустя два дня прошла. Температура до 37,4. 6/IV здоровымъ выписался изъ клиники.

175. *Hernia inguinalis dextra reponibilis*. K. G. 33 лѣтъ. 24/III 1900 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтилъ 2 года тому назадъ. Величиною въ куриное яйцо. Грыжевое отверстие свободно пропускаетъ палецъ. Носилъ постоянно бандажъ. 28/III радикальная операція по способу Bassini. Температура первые дни 37,5; 37,5; 37,4. Остальное время нормальная. 6/IV швы сняты. Prima intentio. 8/IV здоровъ выписанъ изъ клиники.

176. *Hernia inguinalis dextra reponibilis*. E. K. 25 лѣтъ. 28/III 1900 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ грыжу годъ тому назадъ послѣ паденія съ лошади, величиною въ куриное яйцо. Грыжевое отверстие свободно пропускаетъ 2 пальца (съ лѣвой стороны 1 палецъ). 1/VI радикальная операція по методу Bassini. Грыжевого мѣшка не было. Prima intentio. Температура въ первые дни послѣ операціи до 37,9°, упорные запоры. 11/IV сняты швы. 15/IV выписанъ здоровымъ изъ клиники.

177. *Hernia inguinalis bilateralis*. J. K. 31 года. 17/IV 1900 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ

грыжу справа 3—4 года тому назадъ, а слѣва 1 годъ тому назадъ. Грыжевое отверстие пропускаетъ 1 палецъ. Грыжи вправима. Носить бандажъ 1 годъ. 20/IV на правой сторонѣ радикальная операція по способу Bassini; на лѣвой сторонѣ шовъ на грыжевое отверстие. Температура послѣ операціи въ первый день 37,5, потомъ нормальна. Prima intentio. 30/IV сняты швы. 3/V здоровъ, выписанъ изъ клиники.

178. *Hernia inguinalis bilateralis* Scabies J. M. 40 лѣтъ. 19/V 1900 года поступилъ въ клинику. 28/V операція. Prima intentio. 10/VI выписанъ здоровымъ изъ клиники.

179. *Hernia inguinalis dextra incarcerata et hernia sinistra non incacerata*. H. S. 56 лѣтъ. 21/V 1900 года поступилъ въ клинику. 15 лѣтъ существуетъ грыжа, величиною въ кулакъ (грыжевое отверстие на лѣвой сторонѣ пропускаетъ 2 пальца). Ущемилась 21/V. 21/V операція по способу Bassini модифицированному. Послѣ разрѣза tunicae vaginalis communis, грыжа сама собой вправилась. Температура нормальна, только вечеромъ 22/VI 37,8°. Prima intentio. 6/VI выписанъ здоровымъ изъ клиники.

180. *Hernia inguinalis bilateralis*. J. R. 29 лѣтъ. 22/XI 1899 года поступилъ въ клинику. Замѣтилъ лѣвостороннюю грыжу 10 дней тому назадъ, послѣ поднятія тяжести. Грыжевое отверстие пропускаетъ 2 пальца. Правый каналъ тоже раскрытъ. Операція по Bassini 26/XI. Съ правой стороны грыжевой мѣшокъ отсут-

ствуесть. Мускулатура атрофирована. Выписанъ 8/XII 1899 года. Въ маѣ *recidiv.*

181. *Hernia inguinalis dextra. Recidiv. J. R.* 30 л. 31/V 1900 года поступилъ въ клинику. Пациентъ послѣ первой операціи 29/XI (см. № 180) не выполнялъ тяжелой работы. Скелетъ нормальный; мускулатура развита слабо; *panniculus adiposus* ниже нормы. Посрединѣ рубца на правой сторонѣ выпячиваніе величиной въ голубиное яйцо. 2/VI операція по способу *Bassini* модифицированному. Овальный разрѣзъ рубца, сѣмянной канатикъ отсепарированъ въ формѣ тонкой веровочки, мышцы *obliquus internus* и *transversus* отсутствуютъ, на ихъ мѣстѣ рыхлая ткань. Температура послѣ операціи нормальная, только 4/VI вечеромъ 37,9. *Prima intentio.* 12/VI швы сняты. 14/VI здоровъ выписанъ изъ клиники.

182. *Hernia inguinalis dextra. J. P.* 32 лѣтъ. 7/VI 1900 года поступилъ въ клинику. Грыжу замѣтилъ 10 лѣтъ тому назадъ. Правое яичко атрофировано. Грыжевое отверстіе пропускаетъ два пальца. 9/VI радикальная операція по способу *Bassini*. Грыжевой мѣшокъ спайками соединенъ съ окружающей его тканью. *Hydrocele.* Послѣоперационное теченіе *per II intentionem.* Подкожный абсцессъ. Повышеніе температуры выше 38,0°. 12/VI вечеромъ 38,8°. 6/XII здоровъ выписанъ изъ клиники.

183. *Hernia inguinalis dextra et hydrocele testis dextra. W. P.* 54 лѣтъ. 22/VII 1900 года поступилъ

въ клинику. Грыжа существуетъ нѣсколько лѣтъ. Въ теченіе послѣднихъ 3 лѣтъ грыжа замѣтно увеличилась, теперь величиною въ кулакъ; грыжевое отверстіе свободно пропускаетъ палецъ. 27/VII радикальная операція по способу *Bassini*, модифицированному Мининомъ. *Hydrocele* по *Bergmann's*у. Не зашито. *Prima intentio.* Температура нормальная. 4/VIII швы сняты. 11/VIII здоровъ, выписанъ.

184. *Hernia inguinalis dextra congenita. J. K.* 2 года. 14/VIII 1900 года поступилъ въ клинику. Грыжа величиною въ дѣтскій кулакъ. Грыжевое отверстіе пропускаетъ кончикъ пальца. Грыжа вправима. 7/VIII операція по способу *Bassini*, модифицированному Мининомъ, *Prima intentio.* 31/VIII здоровъ, выписанъ изъ клиники.

185. *Hernia inguinalis interstitialis incarcerata. J. P.* 23 лѣтъ. 3/XI 1899 года поступилъ въ клинику. Пациентъ до нынѣшняго заболѣванія былъ всегда здоровъ. 2-го декабря въ 11 часовъ утра больной, послѣ поднятія 2-хъ пудовой тяжести, почувствовалъ сильную боль въ нижнихъ частяхъ живота, съ правой стороны и замѣтилъ появленіе опухоли, величиною почти въ гусиное яйцо. Затѣмъ появилась рвота, повторившаяся нѣсколько разъ (желтоватаго цвѣта, безъ калового запаха). Со времени появленія опухоли, у больного не отходили ни газы, ни калъ. Опухоль постепенно увеличивалась, рвота на другой день прекратилась. 3/XII 10 ч. вечера. Больной крѣпкаго тѣлосложенія съ

хорошо развитой мускулатурой и умеренным слоем подкожной клетчатки. Видимая слизистая оболочки нормальной окраски. Puls 100, малаго наполнения. Нижняя граница легких по сосковой линии съ правой стороны у VI, съ лѣвой — у V ребра.

Притупленіе печени въ два поперечныхъ пальца шириною, на легкихъ дыханіе везикулярное. Тоны сердца чистые. Животъ умеренно раздутъ; въ правой паховой области опухоль, величиною въ дѣтскую головку; границы опухоли слѣдующія: внизу — пупартова связка и паховая складка, наружно простирается до *spin. ant. sup. ossis ilci*; вверхъ — до горизонтальной линіи, проведенной черезъ пупокъ; кнутри — опухоль заходитъ на 2 пальца черезъ линію *alba*. При дѣлательныхъ движеніяхъ опухоль не двигается. Опухоль — шарообразной формы, переходитъ безъ рѣзкихъ границъ въ окружающія части. Неподвижна при ощупываніи сильно болѣзнена. Кожа надъ опухолью напряжена, неизмѣнена; опухоль твердо-эластической консистенціи; флюктуация не замѣчается. Перкуссия опухоли даетъ тимпаническій звукъ, который переходитъ въ громкій тимпаническій звукъ живота. Лѣвая сторона живота при ощупываніи не болѣзнена, правая же чувствительна. На правой подвздошной сторонѣ — притупленіе. По всему животу слышна сильная перистальтика. Въ мошонкѣ одно яичко (лѣвое), правое отсутствуетъ. Лѣвое грыжевое отверстіе пропускаетъ средній палецъ, въ правое же не удается

ввести его, а ощущается твердая опухоль. Rectum наполненъ каловыми массами, черезъ него не удается прощупать вышеописанной опухоли. Языкъ влажный, обложенъ бѣлымъ налетомъ.

10¹/₂ вечера. Операция подъ эфирнымъ наркозомъ. Дезинфекція оперативнаго поля обыкновеннымъ образомъ. Кожный разрѣзъ длиною въ 10 см. вдоль опухоли. Подкожные вены сильно наполнены кровью, онѣ захватываются пинцетами, въ жировой клетчаткѣ мѣстами кровоизліаніе. Послѣ раскрытія поверхностной фасціи, пересекается апоневрозъ *musculi obliqui externi* на протяженіи кожного разрѣза.

Апоневрозъ не блестящаго, а мутнаго, темно-бураго цвѣта. Послѣ пересѣченія апоневроза выступаетъ опухоль, величиною въ 2 кулака, почти чернаго цвѣта. Такъ какъ невозможно добраться до основанія опухоли, то разрѣзъ апоневроза *m. obliqui externi* вмѣстѣ съ кожей продолжается дальше вверхъ. Оказывается, что опухоль имѣетъ основаніе, толщиною въ 2 поперечныхъ пальца. Это основаніе лежитъ въ грыжевомъ отверстіи. Оболочку опухоли образуетъ грыжевой мѣшокъ. Грыжевой мѣшокъ поднимается двумя пинцетами и раскрывается между ними. Выступаютъ кишечныя петли почти чернаго цвѣта и атрофированное яичко. Такъ какъ трудно вытянуть изъ брюшной полости эти кишечныя петли, то дѣлается надрѣзъ на мускулѣ *obl. int.* на столько большой, чтобъ освободить кишечныя петли. *Obliquus internus* въ области раны окрашенъ

въ темный цвѣтъ и пропитанъ грязно-красной жидкостью. Некротическія петли, ущемленные въ грыжевомъ мѣшкѣ, заворачиваются въ компрессъ, и кишки вынимаются изъ брюшной полости, пока не добираются до здоровой части кишечника. На приводящей, какъ и на отводящей части кишечника находятся ясно выраженные бороздки. На некротической части кишечника незаметно никакой перистальтики. Въ мезентеріумѣ масса тромбовъ. Некротизированный грыжевой мѣшокъ вмѣстѣ съ яичкомъ удаляются и приступаютъ къ резекціи некротической петли кишки.

Брюшная полость и рана томнонируется стерилизованными сухими и мокрыми компрессами. Мезентеріумъ перевязывается, и кишечникъ между двумя кишечными жомами разрѣзываетъ въ здоровой части его. Концы кишечника соединяются циркулярнымъ непрерывнымъ швомъ, затѣмъ непрерывный шовъ на серозу. Отверстіе въ *mesenterium*'ѣ закрывается непрерывнымъ швомъ. Кишечникъ вкладывается обратно въ брюшную полость, и на мѣсто резекціи кладутъ іодоформенную марлю. Вслѣдствіе гангронознаго *m. obliqui interni*, кожа и *m. obl. ext.* разрѣзаются вплоть до правой реберной дуги. Рана тампонируется іодоформенной марлей. Асептическая повязка.

4/ХІІ. Пациентъ спалъ хорошо. Пульсъ 100, регулярный и полный. Газы не отходили. 1 столовую ложку *infus Sennae*. Въ полдень наступили боли

въ правой сторонѣ живота и въ *epigastrium*'ѣ. Горячіе мѣшки. Вечеромъ морфій.

5/ХІІ. Боли продолжаются, особенно сильныя въ *epigastrium*'ѣ. Языкъ мало обложенъ. Клизма, горячіе мѣшки. Морфій.

6/ХІІ. Было обильное испражненіе ночью, послѣ чего замѣтное улучшение. Боли въ животѣ исчезли. Питаніе простокваши, картофельный супъ, чай. Перевязка. Животъ впавшій. Повязка пропитана кровью. Часть тампоновъ удалена. *Musculus obliquus internus* отчасти прочистился, *obliquus externus* имѣетъ красивый красный цвѣтъ.

7/ХІІ. Общее состояніе хорошее. Вечеромъ обильное испражненіе; испражненіе жидкое со слизью.

8/ХІІ. Боли въ животѣ. Языкъ обложенъ. Отрыжка. Пульсъ 80, регулярный. Температура 36,8; морфій: 0,02. Горячіе мѣшки на животѣ. Удаленіе тампоновъ. *Musculus obliquus ext.* красиво краснаго цвѣта. На *mus. obliquus int.* замѣтны мѣста грязно сѣраго цвѣта. Тампонъ изъ брюшной полости удаленъ. Кишечная петля имѣетъ хорошій видъ. Нижний уголъ раны у срамной кости грязно-сѣраго цвѣта. 2 тампона въ брюшную полость и въ рану. Вечеромъ болей нѣтъ. Отъ 9-го до 13-го ХІІ общее состояніе хорошее. Животъ не чувствителенъ.

14/ХІІ. Перевязка. Нижний уголъ раны мѣстами покрытъ гнойной распавшейся тканью, верхній — хоро-

шими грануляціями. Отверстіе, ведущее въ брюшную полость закрывается. Тампонъ раны пропитанъ гноемъ.

16/XII. Нафталинъ на нижнюю часть раны. Перевязка.

18/XII. Перевязка. Рана мало очистилась. Liqueur alum. acet.

21/XII. Перевязка. Такъ какъ рана въ верхнемъ углу чиста, то края ея стягиваются 3-мя швами.

24/XII. Между этими швами наложены еще три шва.

31/XII. Нижние края раны тоже стараются стянуть 4-мя швами. Въ верхнемъ углу раны грибовидныя грануляціи сносятся ножницами и прижигаются Argento nitrico.

6/I. Посредствомъ швовъ удалось уменьшить рану до 1 cm. ширины. По просьбѣ пациента, онъ былъ выписанъ изъ клиники, чтобъ продолжать лечение на дому.

Литература.

- Richter, A. G. Abhandlung von den Brüchen. 1777 u. 1788.
C. Celvi de medicina libri octo. Ed. 1786. Lib. VII.
Garengcot. Traité des operations. Paris 1748.
Hesselbach, Franz Caspar. Anatomisch - chirurgische Abhandlung über den Ursprung der Leistenbrüche. Würzburg 1806.
Hesselbach, A. K. Die sicherste Art des Bruchschnittes in der Leiste 1819 und Die Lehre von den Eingeweidebrüchen. 1829.
Finck, Ph. Ueber radicale Heilung reponibler Brüche. 1837.
Hager, Michael. Die Brüche und Vorfälle. 1834.
Грумъ. Монографія о радикальномъ леченіи грыжъ. С. П. Б. 1837.
Rothmund. Ueber Radicaloperation beweglicher Leistenbrüche. 1853.
Danzel, A. F. Herniologische Studien. Bd. I, 1853. Bd. II, 1855.
Linhart. Vorlesungen über Unterleibshernien. 1866.
Rose. Beobachtungen über den Bruchschnitt. Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin. Bd. 14. 1868.
Roser. Untersuchungen über die Formation der Brüche. 1843.
Streubel. Ueber Scheinreduction bei Hernien. 1864.
Левоневскій. Радикальное леченіе подвижныхъ паховыхъ грыжъ посредствомъ гальванопунктуры. С. П. Б. 1868. Дисс.

- Ravoth. Herniologische u. klinisch-chirurgische Erfahrungen u. Beobachtungen. 1873.
- Wernher. Langenb. Arch. Bd. XI u. Bd. XIV.
- Czerny. Jubiläumsschrift für Billroth. 1877.
- Centrbl. f. Chirurg. 1883, Nr. 4.
- Englisch. Centralbl. für Chirurgie. 1878, Nr. 35.
- Warren. Allg. Wien. Zeitung. 1880, Nr. 19 u. 20.
- Israelsohn. Ueber Radicaloperation der Hernien unter antiseptischer Behandlung. Diss. Dorpat 1880.
- Kraske. Centralbl. f. Chir. 1882, Nr. 26 u. 1883, Nr. 1.
- Nussbaum. Aerztl. Intelligenzblatt. 1885.
- Centralbl. f. Chirurg. 1886, Nr. 24.
- Anderegg. Radicaloperation der Hernien. Diss. 86.
- Heckel. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. IX.
- Березовскій. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 40.
- Радикальная операція паховыхъ грыжъ. Дисс. Москва 1896.
- Медицинское Обзорѣе. 1898.
- Хирургія 1901. Первый съѣздъ русскихъ хирурговъ въ Москвѣ.
- Bassini. Wien. Zeitung. 1888.
- Langenb. Arch. Bd. XL u. XLVII.
- Cohn. Berliner klin. Wochenschr. 1888. Nr. 32 u. 33.
- Escher. Langenb. Arch. Bd. XLIII.
- Verhandl. d. XX. Congresses der deutsch. Gesellschaft f. Chirurg. 1891.
- Lauenstein. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1890.
- Langenb. Arch. XL.
- Centralbl. f. Chirurg. 1890, Nr. 48.
- Bull. Centralbl. f. Chirurg. 1890, Nr. 52.
- Postemski. Verhandl. des X. internation. Congresses. Berlin 1891.

- Graser. Unterleibsbrüche. 1891.
- Wolff. Bruns Beiträge z. kl. Chirurgie. Bd. VII.
- Karewsky. Verhand. des XX. Congresses der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1891.
- Bergmann. Ibidem.
- Wölfler. Ibidem. Festschrift f. Billroth. 1892.
- Stern. Centralbl. f. Chir. 1892, Nr. 2 u. 1895, Nr. 19.
- Kocher. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1892, Nr. 18.
- Langenb. Arch. Bd. L. Centralbl. f. Chirurgie. 1897, Nr. 19 u. 1898, Nr. 45.
- L. Championnière. Centralbl. f. Chir. 1892, Nr. 45 u. 1897, Nr. 39.
- Frank, R. Ueber Radicaloperation von Leistenhernien. Wien. 1893. Wiener klin. Wochenschr. 1895, Nr. 28.
- Leuw, C. Langenb. Arch. 1893. Bd. XLVI.
- Nicoladoni. Wien. med. Presse. 1893 u. 1895.
- Thirar. Врачъ. 1893, Nr. 35.
- Субботинъ. Хирург. Вѣстникъ. 1893.
- Pfahl. Wiener med. Wochenschr. 1894, Nr. 19.
- Neuber. Centralbl. f. Chirurgie. 1894, Nr. 28.
- Massopust. ibidem. Nr. 39.
- Полисадовъ. Медицинск. обзорѣе. 1894, Nr. 15.
- Léonte. Врачъ. 1894.
- Красинцевъ. Хирург. Лѣтопись. 1894, Nr. 4.
- Къ вопросу о коренной операціи паховой грыжи. Дисс. С. П. Б. 1898.
- Dittel. Wien. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 31 u. 32.
- Braun, H. Festschr. f. Benno Schmidt. 1896.
- Benno Schmidt. Deutsche Chirurg. Bd. XLVII. 1896.
- Schulten. Врачъ 1896.
- Парійскій. ibidem.
- Козловскій. ibidem.

Borcelius. ibidem.
Simon. Bruns Beiträge z. klin. Chirurg. Bd. XVII.
Батмановъ. Медицинское обозрѣніе. 1896.
Козловскій. ibidem.
Ludwig. Bruns Beiträge z. klin. Chirurg. Bd. XVIII.
— Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XLVIII.
Смиреномудренскій. Врачъ. 1897.
Крыловъ. ibidem.
Demars. ibidem.
Bernhard. ibidem. Centralbl. f. Chir. 1898 Nr. 19.
Мининъ. ibidem.
Jonescu. Centralbl. f. Chir. 1897.
Murray. ibidem.
Platt. ibidem.
Colley. ibidem.
Stinson. ibidem.
Ивенесъ. Медицинское обозрѣніе. 1898.
Подрезъ. ibidem.
Knüpfcr. Centralbl. f. Chir. 1898.
de Garmo. ibidem.
Reille. ibidem.
Slaimer. ibidem.
Merlin. ibidem.
Schnitzler. ibidem.
Drobnik. ibidem.
Selmi. ibidem.
Tailleus. ibidem.
Lebensohn. Deutsche Zeitschr. f. Ch. Bd. XLVIII.
Мартыновъ. Хирургія. Томъ IV.
Трещинъ. Радикальная операція паховой грыжи. Дисс.
С. П. Б. 1898.
Faure. Centralbl. f. Chir. 1899.

Link. ibidem.
Ball. ibidem.
Rotter. Berlin. klin. Wochenschr. 1899.
Романинъ. Врачъ. 1899.
Праксинъ. ibidem.
Козловскій. ibidem.
Aprozio. Centralbl. f. Chir. 1899.
Fraenkel. ibidem.
Karewsky. ibidem.
Eiselsberg. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. LI, 1899.
Grosse. Deutsche Zeitschr. f. Chir. LVII. 1900
Хирургія 1901. Первый съездъ русскихъ хирурговъ въ
Москвѣ.

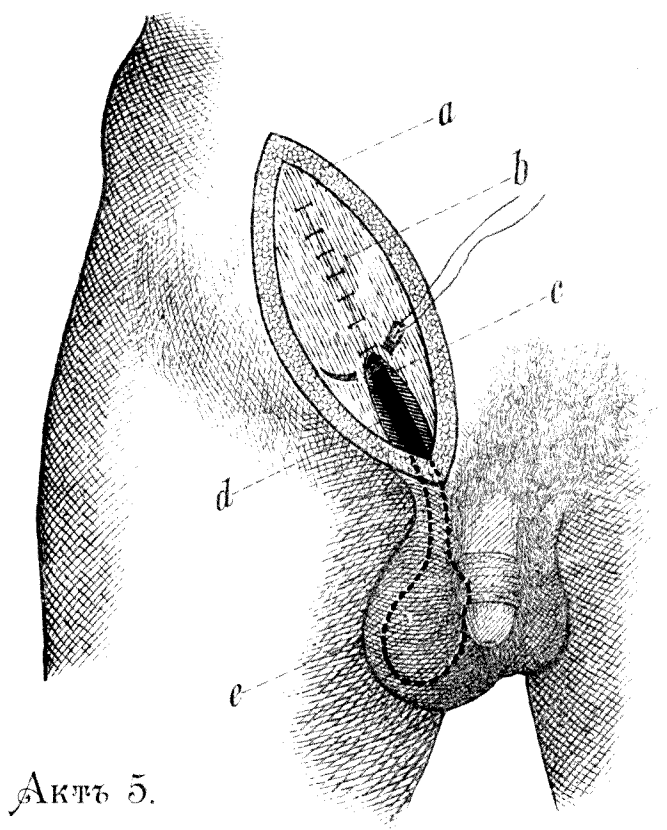
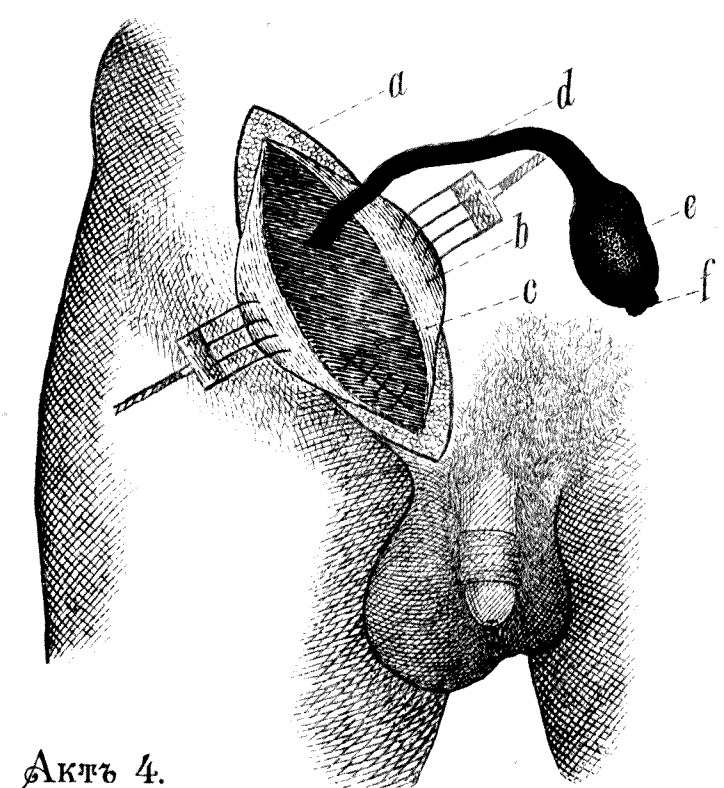
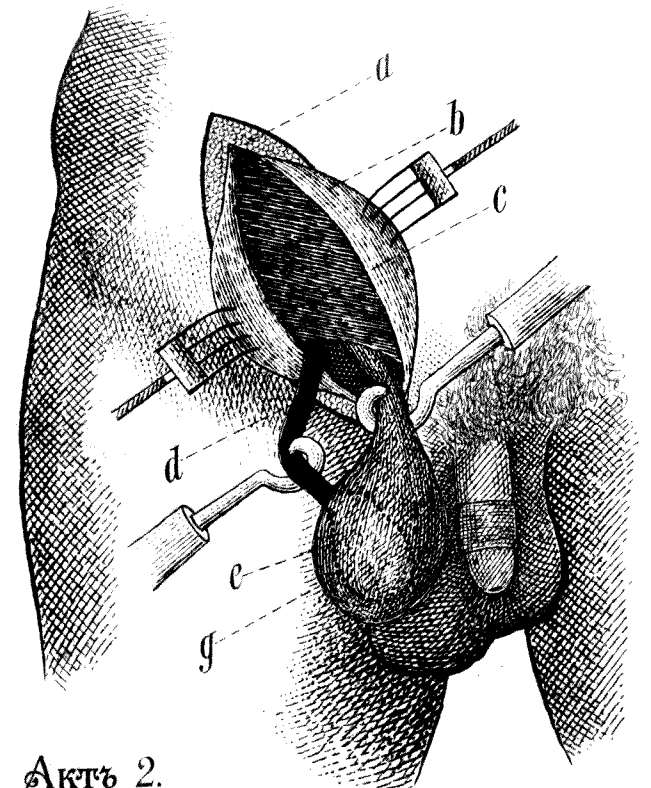
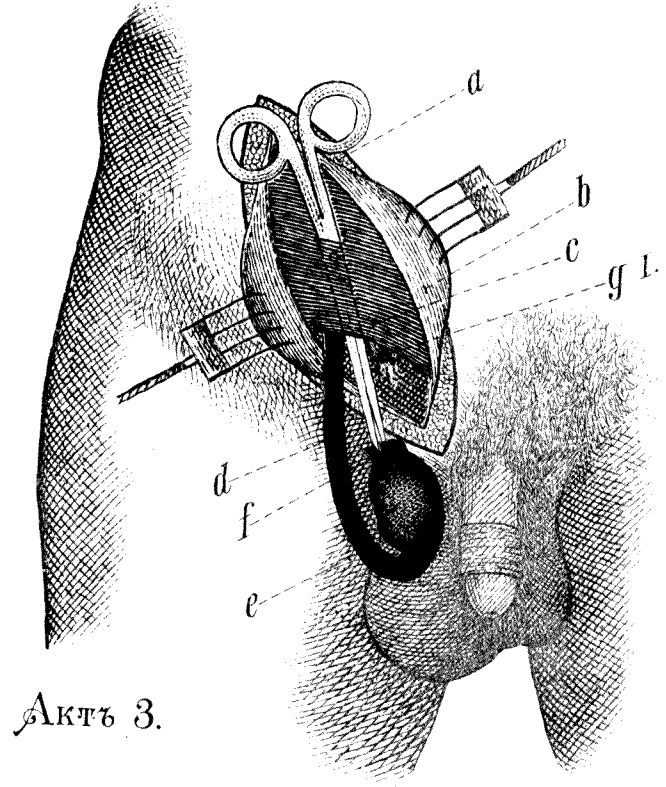
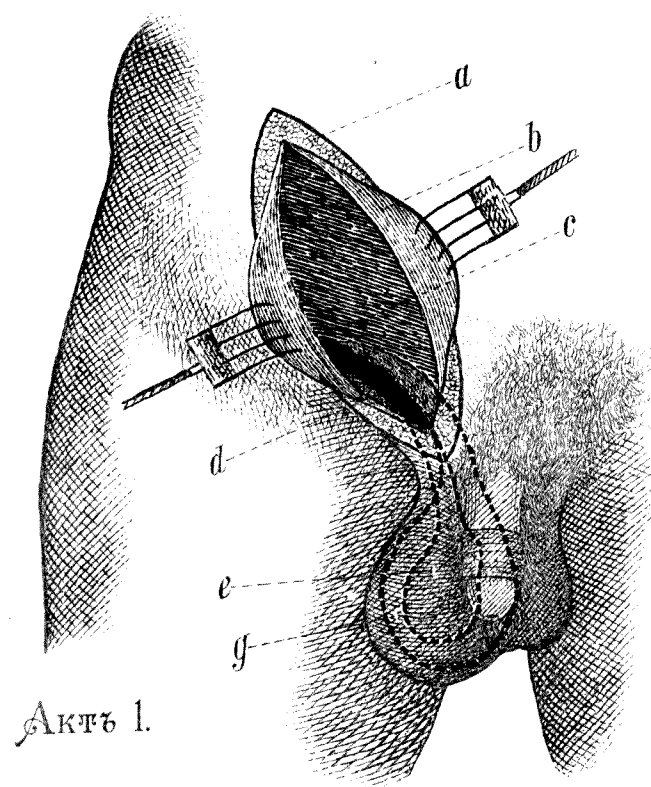
Объясненіе рисунковъ.

Условные знаки.

a = кожа и подкожная клетчатка; b = m. obl. ext.;
 c = m. obl. int.; d = funiculus spermaticus; e = яичко;
 f = gubernaculum Hunteri; g = грыжевой мѣшокъ; g I
= культи грыжевого мѣшка.

Главные моменты грыжестѣченія по методу проф. В. Цеге фонъ Мантейфеля.

- Актъ 1.** Разрѣзъ кожи, подкожной клетчатки (a) и m. obl. ext. (b). Виденъ обнаженный m. obl. int. (c) и грыжевой мѣшокъ (g), проходящій вмѣстѣ съ funiculo spermatico (d), черезъ грыжевое отверстіе въ мошонку.
- Актъ 2.** Грыжевой мѣшокъ (g) и funiculus spermaticus изолированы и посредствомъ тупыхъ крючковъ отдѣлены другъ отъ друга. Яичко (e) совершенно заключено въ грыжевомъ мѣшкѣ (Hernia congenita).
- Актъ 3.** Грыжевой мѣшокъ резецированъ. Загнутый коридангъ проткнутъ черезъ m. obl. int. (c), transvers. abdom. и чрезъ паховой каналъ; концомъ кориданга захваченъ gubernaculum Hunteri (f).
- Актъ 4.** Яичко (e) вмѣстѣ съ funic. spermatic. (d) протянуть черезъ отверстіе въ m. transvers. Шовъ на грыжевое отверстіе.
- Актъ 5.** Яичко (e) положено обратно въ мошонку (и посредствомъ шва прикрѣплено ко дну ея). Шовъ на m. obl. ext. (b).
-



Главные моменты грыжесъченія по методу
проф. В. Цеге фонъ Мантейфеля.

Положенія.

1. Экспериментальные результаты изслѣдованія способности тканей къ сопротивленію, полученные на тканяхъ, находящихся внѣ организма, не должны быть перенесены прямо на живую ткань.
2. Большое количество швовъ, если только они наложены асептично и правильно, не является недостаткомъ метода.
3. При сравненіи статистики примѣняемыхъ оперативныхъ методовъ, недостаточно сравнить процентъ случаевъ, давшихъ при этихъ методахъ плохіе результаты, а необходимо принять во вниманіе обстоятельства, при которыхъ производится операція, количество сравниваемыхъ случаевъ и прежде всего — особенности матеріала, подлежащаго операціи.
4. У дѣтей въ первые годы жизни слѣдуетъ только въ исключительныхъ случаяхъ (при очень большихъ грыжевыхъ отверстіяхъ) производить радикальную операцію. Обыкновенно же надо довольствоваться резекціей шейки грыжевого мѣшка и швомъ на грыжевое отверстие.

5. Вправлять ущемленную грыжу слѣдуетъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ условія не позволяютъ сейчасъ же приступить къ операціи.
6. Отсутствіе въ большинствѣ нашихъ университетовъ кафедры носовыхъ, ушныхъ и горловыхъ болѣзней обусловливаетъ ощутительный пробѣлъ въ знаніяхъ врачей.