

часть четыре: 1) простое расщепление перегородки, безъ резекціи кишки; 2) расщепление съ резекціей прямой кишки; 3) расщепление съ ампутаціей гесті и 4) расщепление съ предварительнымъ выключеніемъ гесті (наложеніемъ калового шва). Въ своихъ двухъ случаяхъ злокачественнаго новообразованія гесті авторъ оперировалъ по 3-му методу. У обоихъ больныхъ пораженіе захватывало область сфинктера, такъ-что о сохраненіи его не могло быть и рѣчи. При операциі П—образнымъ разрѣзомъ слизистой влагалища поперечно перерѣзанъ задній сводъ, а продольные разрѣзы проходили черезъ спайку губъ и затѣмъ соединялись на копчикѣ, окруживъ, такимъ образомъ, задній проходъ. Отдѣленіе опухоли вмѣстѣ съ задней стѣнкой влагалища начиналось со стороны послѣдняго, вскрывался задній сводъ и заднее Дугласово пространство, и оттуда начиналась сепарировка кишки, которая затѣмъ низводилась, ампутировалась въ предѣлахъ здоровой ткани и, послѣ перекручиванія на 180° (по Gersuny), пришивалась къ кожѣ, покрывающей копчиковую область и къ восстановленной (по Lawson—Tait'у) промежности. Отверстіе въ брюшинѣ закрывалось швомъ, а задняя стѣнка влагалища восстанавливалась сведеніемъ остатковъ и боковыхъ частей слизистой. Въ обоихъ случаяхъ, однако, получилось образованіе влагалищно—прямокишечнаго свища, вслѣдствіе прорѣзанія спереди швовъ перекрученной кишки; впрочемъ, свищи эти скоро закрывались и гестимъ функционировала вполне удовлетворительно. Промежность зажила per primam. Вторая больная черезъ $1\frac{1}{2}$ года послѣ операциі родила въ срокъ вполне доношеннаго ребенка, причемъ не произошло разрывовъ ни во влагалищѣ, ни на промежности. Въ первомъ случаѣ черезъ 4 года послѣ операциі еще не было рецидива, во второмъ же—черезъ 3 года появился рецидивъ, и больная умерла послѣ вторичной операциі. Д-ръ Козловскій обращалъ вниманіе на влагалищные методы, еще мало примѣняемые русскими хирургами, но представляющіе несомнѣнно большія техническія удобства, сравнительно съ крестцовыми методами.

Б. Алафоновъ.

Пр.-Доц. М. М. Кузнецовъ. *Къ вопросу о способахъ кровоостанавливанія при резекціи печени и удаленіи плотныхъ опухолей ея.*
Лѣт. Русск. Хир., кн. 5, 1901 г.

Отсутствіе гарантіи отъ опаснаго кровотеченія при прежнихъ способахъ резекціи печени побудило автора совместно съ Пенскимъ предпринять рядъ опытовъ съ цѣлью изучить способы кровоостанавливанія при резекціи печени и разработать техническую сторону этой операциі; послѣ многочисленныхъ неудачъ имъ удалось, прошивая тупыми иглами толщу печени рядомъ послѣдовательныхъ лигатуръ, затягиваемыхъ постепенно до разрыва печеночной ткани и полного

закрѣтїя печеночныхъ сосудовъ, собираемыхъ при этомъ въ одинъ пучекъ, достигнуть полной остановки кровотока при обширной резекціи печени. Опыты надъ свѣжей человѣческой печенью убѣдили, что съ стѣнками печеночныхъ сосудовъ можно обращаться также, какъ и въ другихъ мѣстахъ—захватить въ пинцетъ, изолировать, наложить лигатуру или обколоть. Остановивъ кровотечение при клиновидной резекціи печени по вышеизложенному способу, авторъ рекомендуетъ сшить края раны, захватывая въ катгутный шовъ глїссонovu капсулу и предварительно введенный между краями раны тампонъ. Способъ этотъ былъ опубликованъ въ 1893 г., клинически онъ былъ примѣненъ съ большимъ успѣхомъ Мислигъ'емъ ²/vii 95 г. и Косгер'омъ ¹³/xii 95 г. Въ 1897 г. Аувау, докладывая въ Парижскомъ хирургическомъ обществѣ о новомъ способѣ резекціи печени, заявилъ, что свой способъ онъ выработалъ одновременно съ Кузнецовымъ и Пенскимъ. Доказавъ, что способъ Аувау является не совсѣмъ удачной модификаціей извѣстнаго ему способа Кузнецова и Пенскаго, что упреки, слѣданныя Аувау'емъ вышеупомянутому способу, несостоятельны, авторъ приводитъ обширный казуистическій матеріалъ по вопросу о резекціи печени съ примѣненіемъ внутрпеченочныхъ швовъ.

Разбирая предложеніе Holländer'a, Scheicler'a, и Абрамовича примѣнять для остановки кровотечения горячій воздухъ и паръ, авторъ указываетъ, что способъ этотъ имѣлъ успѣхъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прижиганію подвергалась сухая поверхность печени resp. предварительно обезкровленная жомомъ, въ случаяхъ же, гдѣ рана орошается кровью, по мнѣнію самого Абрамовича, чрезвычайно трудно, а иногда и совершенно невозможно остановить кровотечение; слѣд. способъ этотъ непримѣнимъ при резекціи печени или вылушеніи опухолей, сидящихъ въ глубинѣ, а даетъ только возможность быстро остановить кровотечение изъ разрыва или раны печени. Разборъ казуистическаго матеріала даетъ возможность автору статьи заявить, что внутрпеченочная лигатура, примѣненная lege artis, предотвращаетъ опасность послѣдовательнаго кровотечения и тѣмъ самымъ устраиваетъ необходимость внѣбрюшиннаго выведенія печеночной культы, чѣмъ укорачивается послѣоперационный періодъ. По статистикѣ Tricomi только въ 23 случаяхъ изъ 63 печеночная культя была укрѣплена внѣбрюшинно. Процентъ смертности ранъ печени, благодаря шву, палъ съ 67 до 30 и даже 19. Особый интересъ представляетъ случай Charot Prevost'a изъ Рио-Жанейро, которому удалось, благодаря внутрпеченочному шву, съ успѣхомъ разъединить двухъ сестеръ близнецовъ Розалину и Марію, сросшихся грудными и брюшными поверхностями.

Опыты на животныхъ и результаты практическаго примѣненія ихъ способа даютъ возможность автору полагать, что удаленіе плотныхъ опухолей печени и резекціи ея, могутъ считаться въ настоящее время операціями вполне выполнимыми и сравнительно безопасными.

І. Левинъ.