

п

КЪ
АНАТОМІИ

и
КОРЕННОМУ ЛЕЧЕНІЮ

6/2/1914
17-28

БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ.

А. Прокурина.

(Изъ института топографической анатоміи и оперативной хирургіи
Московского университета).

62473

Диссерт.

Х

МОСКВА.

Типо-Литографія Г. И. Простакова. Балчугъ, домъ Симонова монастыря.
1900.

КЪ

АНАТОМИИ

и

КОРЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

617-007.4
17-78

БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ.

А. Прокунина.

(Изъ института топографической анатомии и оперативной хирургии
Московского университета).

Диссертация на степень доктора медицины.

№	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№	1-го Харьк. Мед. Института

Получено
1906 г.

МОСКВА.

Типо-Литография Г. И. Прохазова. Балзугъ, домъ Симонова монастыря.
1900.

7-НОЯ 2012

№11761

3K

1950

Перечет-60

7 - НОЯ 2012

По определению Медицинского Факультета Императорского Московского Университета, состоявшемуся 16-го февраля 1900 г., печатать дозволяется.
Деканъ П. Клевинъ.

Ларк. Мед. Инст.
НАУКОВА БИБЛИОТЕКА

№ 8990.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Грыжи живота принадлежатъ къ числу тяжелыхъ страданій: онѣ не только лишаютъ рабочей силы человека, но, ущемляясь, могутъ привести къ гибельнымъ послѣдствіямъ, если во время не оказана хирургическая помощь. Вотъ почему хирурги, начиная съ самаго ранняго періода нашей науки и до настоящаго времени, разрабатываютъ вопросъ о коренномъ леченіи грыжъ оперативнымъ путемъ.

О коренной операціи паховыхъ грыжъ мы встрѣчаемъ указаніе еще у *Цельса* (отъ 25 г. до Р. X. по 45 г. по Р. X.), у *Нейбодова*, у *Паула Эрискаго* (около 650 г. по Р. X.) и т. д. Всѣ авторы подъ именемъ паховыхъ грыжъ соединили собственно паховыя и бедренныя грыжи и только въ концѣ 18-го и началѣ 19-го вѣка, благодаря работамъ *Gimbernat'a*, *A. Cooper'a* и *Scarpa*, была установлена дифференціальная діагностика этихъ страданій.

Получившая такимъ образомъ самостоятельность, хирургія бедренной грыжи стала развиваться быстрыми шагами со времени открытія Листера вмѣсть съ развитіемъ общей хирургіи. Въ то время какъ до антисептики хирурги ограничивались вправленіемъ грыжи и удержаніемъ ея отъ новаго выпаденія бандажомъ, съ введеніемъ антисептики и асептики, кровавые способы коренной операціи бедренной грыжи все болѣе и болѣе принимаютъ права гражданства. Хирурги начинаютъ безбоязненно накладывать швы на грыжевой мѣшокъ и оперировать не только при ущемленной и при невправимой бедренной грыжѣ, но и при вправимой, замѣняя кровавою операціей вправленіе и бандажъ.

Въ настоящее время техника коренной операціи бедренной грыжи достигла значительной степени разработки, и мы вмѣемъ въ своемъ распоряженіи не одинъ десятокъ способовъ ея. Но надо сознаться, что всѣ существующіе способы коренной операціи бедренной грыжи далеко неудовлетворительны. Мы не ошибемся,

6273

Ларк. Мед. Инст.
НАУКОВА БИБЛИОТЕКА

если скажем, что оперативная техника совершенствуется по мере выяснения топографических отношений оперируемой местности. Топографическая анатомия бедренного канала, служащая основанием для коренной операции, не смотря на значительную разработку, до сих пор еще не закончена. Нигде так резко не проявляются несогласия показаний авторов, как в этом отделе топографической анатомии. Напримѣръ, до сих пор не установлено, что считать за бедренный канал? Разнообразие представлений о бедренном канале привело къ разнообразию методов коренного леченія бедренной грыжи, которые не достигли еще желательнаго совершенства.

Вотъ почему я съ удовольствіемъ принялъ предложеніе своего глубокоуважаемаго учителя-профессора *П. И. Дюконова*—заняться разработкой топографіи бедреннаго канала и оперативнаго леченія бедренныхъ грыжъ.

Считаю своимъ долгомъ выразить ему свою сердечную признательность за то постоянное руководство и горячее участіе словомъ и дѣломъ, которое онъ оказалъ моей работѣ.

Глубоко благодаренъ прозектору *Ф. А. Рейну*, пр. доц. *Н. К. Лисенкову*, а также *Н. И. Навалкову*, а равно и всѣмъ лицамъ, такъ или иначе способствовавшимъ успѣшному выполненію моей работы.

Свои изслѣдованія надъ бедреннымъ каналомъ я производилъ, какъ путемъ анатомическаго препарировапія тѣлей, такъ и путемъ вливанія въ тканевые промежутки затвердѣвающихъ жидкостей. Мои изслѣдованія произведены на 90 трупахъ: на 68 взрослыхъ (35 мужчинъ и 33 женщины) и 22 дѣтскихъ. На 15 трупахъ взрослыхъ (7 мужчинъ и 8 женщинъ) произведено наливаніе въ тканевые промежутки затвердѣвающихъ жидкостей, для чего мы послужили растворы желатинны и смѣсь гипса съ водой.

Топографія области Бедреннаго канала.

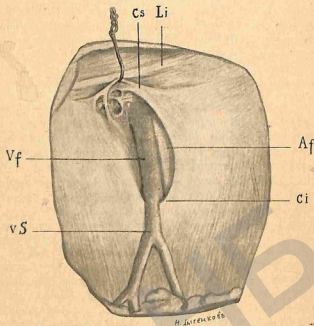
Широкая фасція бедра, образовавъ влагалище для портняжной мышцы, у внутренняго края ея раздѣляется на два листка: глубокой и поверхностный. Первый, покрывъ подвздошно-поясничную мышцу, углубленіе между ней и гребенчатой мышцей и эту послѣднюю, переходитъ на длинную приводящую мышцу бедра. Поверхностный листокъ, направляясь кънутри, достигаетъ середины, или внутренняго края бедренной артеріи и оканчивается здѣсь резко вырѣженнымъ полуголубымъ краемъ—*plica falciformis* Аллана Бернса. Нижній рожекъ серповидной складки, направляясь кънутри, переходитъ въ гребенчатую фасцію, а верхній, идя снаружи кънутри, прирѣзывается сверху къ паховой связкѣ (Пуртартовой связкѣ¹⁾, а снизу прилежитъ къ влагалищу бедренныхъ сосудовъ, рыхло соединяясь съ ними. На уровнѣ внутренняго края бедренной вены верхній рожекъ серповидной складки начинаетъ подворачиваться подъ паховую связку и нижнимъ своимъ краемъ сливается сначала съ гребенчатой фасціей, затѣмъ съ Куперовой связкой и, наконецъ, съ волгнутымъ краемъ лагунарной связки (*lig. Gimbernati*), образуя иногда впередъ нея пластинку изъ переплетающихся волоконъ, большинство которыхъ и переходитъ въ лагунарную связку. Объ этой пластинкѣ упоминаетъ и *Herde* въ своемъ „*Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen*“. Заверочный отдѣлъ верхняго рожка серповидной складки продравленъ отверстиями, почему кажется, что онъ состоитъ изъ отдѣльных переплетающихся между собою образныхъ пучковъ.

Пространство, ограниченное серповидной складкой снаружи и воображаемой линіей между ея рожками снизу, имѣетъ овальную форму и было впервые описано Scarpa и названо имъ „*fossa ovalis*“.

¹⁾ При описаніи анатомическихъ частей мы придерживались Базельской анатомической номенклатуры (*Arch. f. Anat.* 1895 г. Supplm. Bd).

Овальная ямка выполнена жировой клетчаткой, пронизанной в различных направлениях пучками соединительной ткани, которые мѣстами соединяются съ серповидной складкой. При приближеніи къ бедреннымъ сосудамъ петли этихъ пучковъ дѣлаются все гуще и гуще и образуютъ, такимъ образомъ, вмѣстѣ съ жировой клетчаткой, остающейся въ межпучковыхъ промежуткахъ, влагалище бедренныхъ сосудовъ. Въздѣіеіе такого строенія опи-

Рис. 1.



Li—lig. inguinale; Cs—cornu superior plicae falciformis; Vf—vena femoralis; Af—arteria femoralis; Ci—cornu infer. plicae falciformis; vS—vena saphena magna.

сываемой ткани, участокъ ея, образующій влагалище бедренныхъ сосудовъ, дѣлается болѣе плотнымъ и при препаровкѣ переднюю стѣнку этого влагалища можно выдѣлѣть какъ отдѣльную пластинку дырчатого строенія, описываемую ранѣе авторами подъ именемъ lamina cribrosa. Но, на самомъ дѣлѣ, такое выдѣленіе этой пластинки можно считать искусственнымъ, такъ какъ влагалище

сосудовъ нигдѣ не отдѣлено отъ окружающей его жировой клетчатки и оба слоя переходятъ другъ въ друга, сохраняя при этомъ обійій типъ строенія.

Жировая клетчатка овальной ямки, черезъ отверстія верхняго рожа серповидной складки, находится въ связи съ подбрюшинной клетчаткой и это подтверждается слѣдующимъ фактомъ: если мы будемъ тянуть пинцетомъ жировую клетчатку овальной ямки, то черезъ отверстія верхняго рожа вытягивается подбрюшинная клетчатка.

Овальная ямка прикрыта сверху поверхностной фасціей бедра, сливающейся съ жировой клетчаткой, выполняющей ее, и съ влагалищемъ бедренныхъ сосудовъ. Въ толщѣ поверхностной фасціи бедра заложены лимфатическія железы и большая подкожная вена, которая, перегибаясь черезъ нижній рожекъ серповидной складки, проходитъ черезъ овальную ямку, достигаетъ влагалища бедренныхъ сосудовъ и, прободая его, вливается въ бедренную вену. Удаливъ жировую клетчатку изъ верхне-внутренняго угла овальной ямки, мы увидимъ, какъ верхній рожекъ серповидной складки, подворачиваясь подъ паховую связку, сливается съ погнутой крайемъ лакунарной связки, о происхожденіи которой существуютъ различнаго рода предположенія.

Въ 1783 году Испанскій хирургъ Ant. de Gimbernat ¹⁾ указалъ существованіе кривой, неподатливой фиброзной пластинки, открывши, что на гребешѣ лобковой кости прикрѣпляется широкій, треугольный отростокъ паховой связки, который съ того времени подъ названіемъ Ligamentum Gimbernati, или третьей точки прикрѣпленія паховой связки, занимаетъ постоянное мѣсто въ анатоміи. Она у вертикально стоящаго человѣка лежитъ почти горизонтально и направляется остриемъ къ лобковому бугорку, а вогнутому основаніемъ къ бедренной венѣ, которой однако не достигаетъ. Большинство авторовъ согласно съ мнѣніемъ Gimbernata объ описанной имъ связкѣ и только Scarpa ²⁾, Seiler ³⁾, Bock ⁴⁾ производятъ ее отъ широкой бедренной фасціи. Наконецъ, Linhart ⁵⁾

1) Ant. de Gimbernat—Nuevo metodo de operar en la hernia crural 1783 Paris, no Hyrtl.

2) Scarpa—Neue Abhandlungen über die Schenkel und Mittelfeischbrüche 1822 г. Leipzig.

3) Seiler—Zusätze zu den Schenkel und Mittelfeischbrüche 1822 г. Leipzig.

4) Bock—Handbuch der Anatomie des Menschen. Leipzig. т. 1 1838 г.

5) Linhart—Руководство къ оперативной хирургіи 1880 г. Перев. съ нѣмецкаго.

и Bassini⁶⁾ полагают, что лакунарная связка—образование не самостоятельное, а получается искусственно выкраиванием куска из гребенчатой фасции, или—из сосудистого влагалища.

Мои исследования на трупах привели меня къ убеждению, что лакунарная связка образована верхним рожком серповидной складки, получившим подкрепление от паховой и Куперовой связок, и это подтверждается следующими данными: строение лакунарной связки изъять большое сходство со строением завороченнаго отъѣда верхнаго рожка, и какъ онъ бываетъ пропизанъ отверстиями, такъ и въ лакунарной связкѣ можно встрѣтить нѣсколько отверстій, существованіе которыхъ признаетъ I. Cloquet и другіе авторы. Cloquet⁷⁾ говоритъ: „Lig. Gimbernati всегда продырявлена отверстиями для прохожденія лимфатическихъ сосудовъ“. За происхожденіе лакунарной связки отъ верхнаго рожка серповидной складки говоритъ и то, что она бываетъ развита хорошо, когда равняетъ хорошо верхній рожокъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ образуетъ впереди лакунарной связки пластинку изъ переплетающихся между собою фибриновыхъ пучковъ, видно, какъ часть этихъ пучковъ переходитъ и сливается съ лакунарной связкой; при этомъ она бываетъ развита слабѣе, такъ какъ часть волоконъ верхнаго рожка серповидной складки ушла на образованіе пластинки, расположенной впереди нея.

Чтобы закончить описаніе овальной ямки, я приведу мнѣнія авторовъ о серповидной складкѣ и рѣшетчатой пластинкѣ, о которыхъ существуютъ два совершенно противоположныхъ взгляда. По мнѣнію Scarpa⁸⁾, Seiler⁹⁾, Balassa¹⁰⁾, Bocka¹¹⁾, Gerlach¹²⁾, Henle¹³⁾, Hyrtl¹⁴⁾, Rüdinger¹⁵⁾ и Rauber¹⁶⁾, серповидная складка—самостоятельное образованіе. Напротивъ, Cloquet, Пирроас¹⁷⁾, Pautel¹⁸⁾,

⁶⁾ Bassini—Archiv f. klinisch. Chirurgie 1894 г. Bd. 47, H. I.

⁷⁾ Cloquet—Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen. Paris. 1817.

⁸⁾ Scarpa—смотр. parte (2).

⁹⁾ Seiler—смотр. parte (3).

¹⁰⁾ Balassa—Unterleibs Hernien, Wien, 1856 г.

¹¹⁾ Bock—смотр. parte (4).

¹²⁾ Gerlach—Handbuch der speciellen Anatomie des Menschen in topographischen Behandlung 1891 г.

¹³⁾ Henle—Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen. T. I.

¹⁴⁾ Hyrtl—Руководство къ анатоміи человѣческаго тѣла. Переводъ съ нѣмецкаго 1874 г.

¹⁵⁾ Rüdinger—Topographisch-chirurgische Anatomie des Menschen. 1874 г.

¹⁶⁾ Rauber, Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 1894 г.

¹⁷⁾ Пирроас—Хирургическая анатомія артеріальныхъ стволковъ и фасцій. 1881 г.

¹⁸⁾ Pautel Traité d'anatomie topographique. 1867—1870 г.

Cruveilhier¹⁹⁾, Bassini²⁰⁾, Сокжеминос²¹⁾, Malgaigne²²⁾, Richet²³⁾, Tillaux²⁴⁾, Nicaise²⁵⁾, Blandin²⁶⁾ и Sappey²⁷⁾ полагаютъ, что серповидной складки не существуетъ. Она получается только тогда, когда отрывается внутренняя рыхлая часть поверхностнаго листка широкой бедренной фасции отъ болѣе кривой наружной. Внутренняя часть поверхностнаго листка продырявлена отверстиями и прикрываетъ овальную ямку, срастаясь по внутреннему ей краю съ гребенчатой фасціей, а сверху—съ паховой связкой.

Уже ранѣе нами было высказано въглядъ о происхожденіи того образованія, которое авторы называютъ рѣшетчатой пластинкой, поэтому мы не будемъ здѣсь къ нему возвращаться, но мы должны указать, что упомянутая нами пластинка, какого мнѣнія не держаться о ея происхожденіи, не достигается, по нашимъ исследованиямъ, до внутренняго полого края овальной ямки и оканчивается по внутреннему краю бедренной вены, составляя внутреннюю стѣнку ея влагалища. Теперь перейдемъ къ описанію анатомическихъ отношеній такъ называемаго бедреннаго канала со стороны брюшной полости.

Удаливъ брюшину и подбрюшинную кѣлчатку съ передней брюшной стѣнки и съ подвздошной впадины, мы увидимъ, что внутрибрюшная фасція²⁸⁾, покрывши заднюю поверхность поперечной мышцы живота, подходитъ къ паховой связкѣ и сливается съ ея заднимъ краемъ. На внутрибрюшной фасціи въ подвздошно-паховой области лежитъ нижняя надчревная артерія, которая,

¹⁹⁾ Cruveilhier—Traité d'anatomie descriptive. Paris. 1877 г.

²⁰⁾ Bassini—смотр. parte (6).

²¹⁾ Сокжеминос—Къ топографической анатоміи пахобедреннаго сгиба. Хирургическій вѣстникъ. Май 1894 г.

²²⁾ Malgaigne—Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale. Paris. 1838 г.

²³⁾ Richet—Практическое руководство хирургической анатоміи. Переводъ съ французскаго, 1855 г.

²⁴⁾ Tillaux—Руководство къ топографической анатоміи. Пер. съ франц. подъ редакц. профес. Туребра.

²⁵⁾ Nicaise—Notes sur l'anatomie de la region inguino-orculaire. Archives generales de medecine. Juillet. 1836.

²⁶⁾ Blandin—Nouveaux elements d'anatomie descriptive t. I. Paris. 1838 г.

²⁷⁾ Sappey—Traité d'anatomie descriptive vol. II, Paris. 1888 г.

²⁸⁾ Др. Лавинъ въ своей диссертаціи показалъ, что фасціиная оболочка, покрывающая стѣнку стѣны брюшной полости, представляетъ собою въ сущности одну и ту же, носящій различное названіе, стѣнку по животу. Въ виду этого, данный имъ терминъ „fascie endoabdominalis“, имѣетъ болѣе научный смыслъ, чѣмъ общіе по названію fascia transversa.

выходя из наружной подвздошной артерии на уровне паховой связки, направляется вперед и внутри. На этом своем пути она описывает легкую кривизну с выпуклостью, обращенной вперед. Затем она направляется косвенно вперед и внутри, не рекрениваясь с симметричным калаником (или с круглой маточной связкой) и достигает наружного края прямой мышцы живота. Надчревная артерия на своем пути сопровождается двумя венами. Все пространство под паховой связкой, отрезком широкой бедренной фасции, идущим от паховой связки к подвздошно-бугорку (*lig. ileo-pectineum*), разделено на два участка: наружный и внутренний. Первый—выполнен подвздошной, поясничной мышцами и бедренным нервом, залеженным в желобке между ними. Этот участок носит название *lacuna musculorum*. Подвздошная фасция, образуя общее влагалище для этих мышц, плотно срастается с паховой связкой и наkostницей подвздошной кости, благодаря чему брюшная полость на протяжении *lacuna musculorum* прочно отделяется от бедра и выходение здесь внутренностей возможно только при порочном развитии подвздошной фасции. Внутренний участок, ограниченный снаружи подвздошно-гребенчатой фасцией, сверху—паховой связкой, снизу—наkostницей, покрывающей горизонтальную ветвь лобковой кости, снизу—закумарной связкой, носит название *lacuna vasorum*, потому что через него проходят бедренные сосуды. Бедренная артерия лежит точно так же у подвздошно-гребенчатой фасции, внутри от нее вена, внутри от последней лимфатические сосуды. Бедренная артерия и вена занимают только две наружные трети сосудистого промежутка, так что между бедренной веной, акумарной связкой и верхним рожком серповидной складки остается промежуток, имеющий вид трехгранной пирамиды, ось которой расположена сверху и снизу, вназу и внаружу. Основание пирамиды обращено к брюшной полости, а верхушка лежит у бедренной вены. Весь этот промежуток выполнен подбрюшной клетчаткой, в которой заложена лимфатическая Розенмюллеровская железа, прилегающая своей наружной поверхностью к бедренной вене; нижний конец ее касается верхнего рожка серповидной складки. Подбрюшинная клетчатка, выполняющая только что описанный мною промежуток, чрез отверстие верхнего рожка серповидной складки, соединяется с жировой клетчаткой овальной ямки и обладает вместе с подбрюшинной клетчаткой, расположенной вокруг остальной части *lacuna vasorum*, характерными ей свойствами, т. е. она пронизана в различных

направлениях пучками соединительной ткани, которые, при приближении к бедренным сосудам, дьлаются все гуще и гуще и образуют, таким образом, вместе с жировой клетчаткой, остающейся в межпучковых промежутках, влагалище бедренных сосудов, которое срастается с наkostницей горизонтальной ветви лобковой кости и с паховой связкой, а ниже последней сливается с влагалищем, образованным жировой клетчаткой овальной ямки. Это клеточно-фиброзное влагалище бедренных сосудов можно проследить на всем протяжении от бедренного кольца и до того места, где бедренные сосуды начинают проникать сквозь сухожилие большой приводящей мышцы. Такое же говорит и Testut²⁸). „На всем протяжении от бедренного кольца до кольца в сухожилии большой приводящей мышцы“, говорит он, „бедренная артерия вместе с ее сонной веной заключены в клеточно-фиброзное влагалище“.

Несмотря на то, что относительно образования влагалища бедренных сосудов существует много разнообразных взглядов, все-таки эти взгляды можно подвести под четыре рубрики.

1. Один предполагает, что влагалище бедренных сосудов образовано продолжением внутри-брюшной фасции под паховую связку.

A. Cooper²⁹) первый в 1804 г. описал особое влагалище у бедренных сосудов, передняя стенка которого образована внутри-брюшной фасцией, а задняя—подвздошной; оно имеет воронкообразную форму; широкий конец воронки обращен к брюшной полости, а узкий на бедро. Часть внутри-брюшной фасции, исходящая от акумарной связки, продырявлена отверстиями для прохождения лимфатических сосудов. Промежуток между бедренной веной и внутренней стенкой воронки выполнен клетчаткой и лимфатическими сосудами. Совершенно сходно с ним смотреть на образование влагалища бедренных сосудов Morris³⁰) и Quain³¹). Linhart³²), Beunis и Bouchard³³) хотя прямо и не говорят об участии поперечной фасции в образовании сосудистой воронки,

²⁸) Testut—Traité d'anatomie humaine, 1890 г.

²⁹) Cooper—Anatomische Beschreibung und chirurgische Behandlung der Unterleibsbrüche, Weimar 1833 г. Hep. с. 401 ff. с. 401 ff.

³⁰) Morris—A treatise on anatomy 1893 г.

³¹) Quain—Elements of anatomy 1882 г.

³²) Linhart—сорт. panke (5).

³³) H. Beunis et A. Bouchard—Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie 1894 г.

но обь этомъ можно вывести заключение изъ ихъ описанія стѣнокъ сосудистой воронки. Такъ *Linhart* полагаетъ, что „воронкообразное влагалще бедренныхъ сосудовъ образовано особой фиброзной оболочкой, прикрѣпляющейся къ Пупартовой связкѣ, насколько послѣдняя не прорастаетъ къ подвадной фасциі. Эта оболочка, служащая кивзу, соединяется на внутренней сторонѣ съ гребенчатой фасціей, а снаружи съ подвадной, отъ чего происходитъ половина переверши сплюснутой спереди назадъ воронки, задняя стѣнка которой образована разсыпными пучками, идущими отъ гребенчатой фасциі около полудюйма ниже гребешка лонной кости. Снизу и сверху влагалще сосудовъ связано съ поперечной фасціей, почему ивкоторые и рассматриваютъ ее какъ продолженіе этой фасциі“. *Beanis et Bouchard* говорятъ, что бедренные сосуды, кромѣ фибрознаго влагалща, образованнаго листками широкой бедренной фасциі, имѣютъ собственное фиброзное влагалще, прикрѣпляющееся въ верхней своей части къ гребенчатой фасциі и къ вогнутому краю лакунарной связки. Позади паховой связки влагалще бедренныхъ сосудовъ сливается съ внутри-брюшной фасціей.

*Свѣжениновъ*³¹⁾, признавая фиброзное воронкообразное влагалще бедренныхъ сосудовъ, образованное внутри-брюшной фасціей, въ то-же время полагаетъ, что бедренные сосуды одѣты собственнымъ кѣлочнымъ влагалщемъ, которое сростается съ фибрознымъ. Это сращеніе снаружи и спереди, на сторонѣ артеріи, болѣе плотно, чѣмъ соответственно положенію вены, отъ которой внутренняя стѣнка воронки, идущая отъ края лакунарной связки, болѣе или меньше удалена; только уже подъ паховой связкой она приближается къ бедренной вѣвь. Фиброзное влагалще, образованное внутри-брюшной фасціей, заложено между листками широкой бедренной фасциі.

*Nicaise*³²⁾ высказываетъ мнѣніе, что бедренные сосуды, проходя между листками широкой бедренной фасциі, окружены воронкообразнымъ фибрознымъ влагалщемъ, образованнымъ спереди и сзади продолженіемъ внутри-брюшной фасциі подъ паховую связку. Воронка не имѣетъ своей собственной задней стѣнки и прикрѣпляется съ боковъ къ апоневрозу, выступающему „*pointe égurale*“.

Сравнивая свои изслѣдованія о сосудистой влагалщѣ съ мнѣніями о немъ только-что упомянутыхъ авторевъ, съ значи-

³¹⁾ *Свѣжениновъ*—смотри развѣ (21).

³²⁾ *Nicaise*—смотри развѣ (25).

тельной долей вѣроятія можно заключить, что они за внутри-брюшную фасцію, образующую, по ихъ мнѣнію, переднюю стѣнку сосудистой воронки, принимаютъ часть подбрюшной кѣлчатки, которая подъ паховой связкой образуетъ переднюю стѣнку влагалща бедренныхъ сосудовъ и состоитъ изъ соединительно-тканыхъ, переплетающихся между собою пучковъ, среди которыхъ мѣстами заложена жировая кѣлчатка. Но эту пластинку нельзя соединить въ одно цѣлое съ внутри-брюшной фасціей уже по одному тому, что обь пластинки иначе относятся къ надчревнымъ сосудамъ, а именно: первая изъ нихъ лежитъ позади сосудовъ, а вторая впереди ихъ. Внутренняя часть сосудистой воронки, образованная, по мнѣнію выше приведенныхъ авторевъ, внутри-брюшной фасціей, исходящей отъ вогнутого края лакунарной связки, есть ничто иное, какъ завороченный отдѣлъ верхняго рожна серповидной складки, какъ мы указали это выше.

II. Другіе принимаютъ, что фиброзное влагалще бедренныхъ сосудовъ образуется широкой бедренной фасціей, которая, доходя до наружнаго края бедренной артеріи, дѣлится на двѣ пластинки: передняя, или поверхностная, ложится впереди бедренныхъ сосудовъ; задняя—идетъ позади нихъ и выстилаетъ углубленіе между подвадноно-попсичной и гребенчатой мышцами, покрываетъ послѣднюю и сливается по наружному ея краю съ поверхностнымъ листкомъ. Внутренняя часть поверхностнаго листка мелко-дырчатая. Образованное листками широкой бедренной фасциі влагалще бедренныхъ сосудовъ имѣетъ воронкообразную форму съ закругленными краями. Къ числу сторонниковъ этого взгляда принадлежатъ: *I. Cloquet*³³⁾, *Hildebrand*³⁴⁾, *Rüdinger*³⁵⁾, *Bardleben*³⁶⁾, *Tillaux*³⁷⁾, *Paulet*³⁸⁾, *Bassini*³⁹⁾ и др.

III. Третьи, къ числу которыхъ принадлежатъ *Scarpa*⁴⁰⁾, *Seiler*⁴¹⁾ и др., считаютъ, что фиброзное влагалще бедренныхъ со-

³³⁾ *I. Cloquet*—смотри развѣ (7).

³⁴⁾ *Hildebrand*—Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie mit Einschluss der Untersuchungen am Lebenden für Aerzte und Studierende. 1894.

³⁵⁾ *Rüdinger*—смотри развѣ (15).

³⁶⁾ *Bardleben*—Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. T. III. Berlin.

³⁷⁾ *Tillaux*—смотри развѣ (24).

³⁸⁾ *Paulet*—смотри развѣ (18).

³⁹⁾ *Bassini*—смотри развѣ (6).

⁴⁰⁾ *Scarpa*—смотри развѣ (2).

⁴¹⁾ *Seiler*—смотри развѣ (3).

судовь образовано подвздошно фасцию, которая ниже паховой связки сливается по бокам бедренных сосудовъ съ широкой бедренной фасцией. Между влагалищемъ, покрывающимъ внутренній отдѣлъ бедренной вены и вогнутымъ краемъ лакунарной связки, остается промежутокъ, прикрытый со стороны брюшной полости отросткомъ внутри-брюшной фасции, идущимъ отъ задней поверхности лакунарной связки къ влагалищу сосудовъ и продолженнымъ отверстиями для прохождения лимфатическихъ сосудовъ.

IV. Наконецъ, *Пироговъ*⁴³⁾ принимаетъ особое, самостоятельное влагалище бедренныхъ сосудовъ, которое описываетъ сходно съ *Томсономъ*⁴⁴⁾. Онъ говоритъ, что, если перерезать посредияъ паховую связку, продолжать разрѣзъ черезъ сухожильное растяжение наружно-косой мышцы живота, раздвинуть края разрѣза и осторожно отпрепарировать ихъ отъ подлежащихъ слоевъ, то встрѣчается блестящій пучокъ сухожильныхъ поперечно-идущихъ волоконъ, лежащій позади паховой связки и сливающейся съ внутри-брюшной фасцией. *Томсонъ* описываетъ этотъ фиброзный пучокъ подъ именемъ подвздошно-лонной связки (Bandelette ileo-pubienne), какъ особое сухожильное растяжение, волокна котораго прикрѣпляются къ внутренней поверхности гребешка подвздошной кости и къ передней верхней ости. Отсюда они идутъ внутри и, ложась позади нижняго края внутренней косой и поперечной мышцы живота, соединяются съ нимъ, но не служатъ ему местомъ прикрѣпленія; затѣмъ волокна этого пучка доходятъ до лоннаго гребешка, гдѣ и оканчиваются. «Позакомившись съ этимъ пучкомъ, который по *Томсону* играетъ очень важную роль при образованіи сосудистаго влагалища, сдѣлаемъ теперь», говоритъ *Пироговъ*, «очень осторожно послѣдній разрѣзъ по длинн движней конечности, начиная отъ паховой связки и до мѣста слѣянія большой подкожной и бедренной венъ; пережьвавъ пластинки поверхностной фасции вмѣстѣ съ лежащими здѣсь лимфатическими железами и рѣшетчатой фасцией, раздвинемъ края разрѣза въ стороны. Открывается другое фиброзное образование, состоящее изъ ясныхъ, вѣеро-образныхъ волоконъ, перекрещивающихся въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ и остающихся между собою промежутки, выполненные жировою тканью. Это фибро-

ное образованіе составляетъ воронкообразное влагалище бедренныхъ сосудовъ. Нижней границы его волоконъ нельзя точно опредѣлить; очевидно, они теряются въ наружной оболочкѣ бедренныхъ сосудовъ, а рукояткою скальпеля ихъ можно отдѣлать довольно легко отъ подлежащей глубокой пластинки широкой фасции и особенно съ внутренней стороны, гдѣ вѣерообразная волокна можно прослѣдить до самаго лоннаго гребешка, позади той части паховой связки, которая служитъ для образованія лакунарной связки. Перекрещиваясь съ волокнами подвздошно-лоннаго пучка, они тѣсно соединяются съ ними и, по изслѣдованіямъ *Томсона*, называющаго ихъ лонно-бедренно-сосудистою фасцией (f. rectico-femorali-vasculaire), окружаютъ бедренные сосуды вѣерообразно спереди и сзади. Снаружи сосудистое влагалище соединяется съ фибрознымъ мышкомъ нижней (бедренной) части большой поясничной и подвздошной мышцъ. Его вѣерообразная волокна, составляющіе здѣсь продолженіе волоконъ подвздошно-лоннаго пучка, окружаютъ сосуды спереди и сзади точно также, какъ и съ внутренней стороны и названы *Томсономъ* подвздошно-бедренно-сосудистою фасцией (f. ileo femoral-vasculaire), такъ какъ они, на подобіе волоконъ подвздошно-лоннаго пучка, прикрѣпляются къ гребешку подвздошной кости. Въдѣствие перекрещиванія внутреннихъ и наружныхъ вѣерообразныхъ волоконъ, получается особаго рода воронка (entonnoir femoral-vasculaire *Томсона*), служащая, какъ сказано, влагалищемъ для той части бедренныхъ сосудовъ, которая лежитъ подъ паховой связкой».

Изъ всего сказаннаго мы видимъ, что, во-первыхъ, весь промежутокъ подъ паховой связкой выполненъ различными тканями и нѣтъ никакого канала въ общепринятомъ смыслѣ, во-вторыхъ, брюшная полость, на пространствѣ между вогнутымъ краемъ лакунарной связки и бедренной веной, отдѣлена отъ бедра мѣлче прочно, чѣмъ на всемъ остальномъ промежуткѣ, расположенномъ подъ паховой связкой, такъ какъ здѣсь находится только рыхлая, подбрюшинная кѣлчатка, а впереди нея пронизанный отверстиями завороченный отдѣлъ верхняго рожа серповидной складки. Такое расположеніе тканей я наблюдалъ на 64 трупахъ изъ 73. На девяти же трупахъ подбрюшинная кѣлчатка, какъ между вогнутымъ краемъ лакунарной связки, такъ и вокругъ всей lacuna vasorum, состояла изъ болѣе плотнаго сплетенія соединительно-тканыхъ волоконъ, такъ что изъ общей массы ей можно было выдѣлать пластинку, которая, закрывая промежутокъ между бедренной веной

⁴³⁾ *Пироговъ*—смотри выше (17).

⁴⁴⁾ *Томсон*—Ouvrage complet sur l'anatomie du bas-ventre et sur les hernies, 1 livre. Правдево по *Пирогову*.

и вогнутым краем лакунарной связки, снаружи принимала участие въ образовании влагалища бедренныхъ сосудовъ. Постепенный переходъ ея въ болѣе рыхлую подбрюшинную кѣтчатку, окружающую *lacinam vasorum*, убѣждаетъ въ томъ, что она образована этой послѣдней умноженіемъ соединительно-тканныхъ волоконъ.

Мнѣ думается, что подобные случаи и дали поводъ *J. Cloquet*¹⁷⁾ высказать мнѣніе, что верхнее отверстіе бедреннаго канала, за которое онъ считаетъ всю *lacinam vasorum*, прикрыто самостоятельной пластинкой — *septum crurale*. Онъ описываетъ ее такъ: „Верхнее отверстіе бедреннаго канала закрыто пластинчатой перегородкой, которая препятствуетъ образованію грыжи. Эта перегородка образуетъ верху канала родъ діафрагмы кѣтточно-волоконистой, бѣловатой, толстой, очень плотной у однихъ, кѣтчатой, слабой и легко уступающей давленію у другихъ. Я предлагаю дать этой пластинкѣ названіе бедренна переродка. Вотъ ея обыкновенное расположеніе: она возникаетъ по всей окружности верхняго отверстія (за которое *Cloquet* считаетъ всю *lacinam vasorum*) и ея волокна идутъ поперечно передъ Пушартовой связкой (et ses fibres sont le plus souvent transversales en avant vers l'arcade crurale). Снутри она происходитъ отъ кѣтчаточной ткани, которая находится позади Джимбернатовой связки, или отъ вогнутого края ея и соединяется съ передней стѣнкой бедреннаго канала; снаружи сливается съ влагалищемъ бедренныхъ сосудовъ и съ кѣтчаткой, окружающей надчревную артерію (En dedans elle provient du tissu cellulaire, qui est derrière le ligament de Gimbernat, ou bien du bord concave de ce ligament lui-même, conjointement avec la paroi antérieure du canal crural. En dehors elle se confond avec la gaine des vaisseaux femoraux et le tissu lamineux qui entoure l'artère epigastrique)*. Въ *septum crurale*, по мнѣнію *Cloquet*, бываетъ всегда нѣсколько отверстій для прохожденія лимфатическихъ сосудовъ. Иногда отверстій такъ много, что верхняя часть канала закрыта просто фибринозно-кѣтчаточной сѣтью. Всѣ послѣдующіе авторы, признавая существованіе бедренной переродки, описываютъ ее, или сходно съ *Cloquet* (*Malgaigne*¹⁸⁾, *Beauvis et Bouchard*¹⁹⁾ и др.), или считаютъ за нее подбрюшинную кѣтчатку между лакунарной связкой и бедренной веной (*Paulet*²⁰⁾,

17) *Cloquet*—смотри. раздѣ (7).

18) *Malgaigne*—смотри. раздѣ (22).

19) *Beauvis et Bouchard*—смотри. раздѣ (33).

20) *Paulet*—смотри. раздѣ (18).

*Morris*²¹⁾, *Bardleben*²²⁾, *Quain*²³⁾ и др.), или полагаютъ, что внутренности треть *lacinam vasorum* прикрыта со стороны брюшной полости отросткомъ внутри-брюшной фасціи, идущимъ отъ лакунарной связки къ сосудистому влагалищу. Этотъ отростокъ, по мнѣнію однихъ, расположенъ горизонтально (*Hyrtl*²⁴⁾, *Richel*²⁵⁾ и друг.), по мнѣнію другихъ онъ идетъ отъ вогнутого края лакунарной связки кнаружи и достигаетъ влагалища бедренныхъ сосудовъ уже подъ паховой связкой (*Свижжениновъ*²⁶⁾, *Nicaise*²⁷⁾, *Balassa*²⁸⁾, *Бобровъ*²⁹⁾ и другіе). Очевидно, послѣдніе авторы за бедренную перегородку считаютъ заперочный отдѣлъ верхняго рожа серповидной складки.

Благодаря своему анатомическому строенію промежутокъ между бедренной веной и вогнутымъ краемъ лакунарной связки представляетъ мѣсто наименьшаго сопротивленія внутри-брюшному давленію. Вотъ почему здѣсь и выходятъ внутренности изъ полости живота на бедро, выпячивая подбрюшинную кѣтчатку и расширяя своимъ давленіемъ одно изъ отверстій верхняго рожа серповидной складки.

Изд.	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№	1-го Харьк. Мед. Института

21) *Morris*—смотри. раздѣ (30).

22) *Bardleben*—смотри. раздѣ (38).

23) *Quain*—смотри. раздѣ (31).

24) *Hyrtl*—смотри. раздѣ (14).

25) *Richel*—смотри. раздѣ (23).

26) *Свижжениновъ*—смотри. раздѣ (21).

27) *Nicaise*—смотри. раздѣ (25).

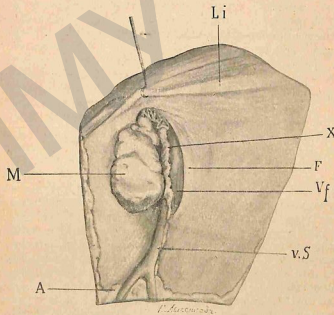
28) *Balassa*—Unterleibs-Hernien. Wien. 1856 г.

29) *А. Бобровъ*—Руководство хирургической анатоміи 1898 г.

ной связкой и завороченным отбломм верхняго рожка серповидной складки. Подбрюшинная кльччатка инъекціонной массой выпячена по направлению къ бедру и прилежит къ завороченному отблду верхняго рожка серповидной складки, плотно закрывающаго отверстие. Вотъ почему инъекціонная масса и не проникла на бедру.

На основаніи этихъ опытовъ мы можемъ высказать предполо-

Рис. 2.



L. Baccus
Li—lig. inguinale; M—масса масса; X—аксилла бедренныхъ сосудов; F—phalangealis; Vf—vena femoralis; v.S—vena saphena magna; A—fascia superficialis.

женіе, что и внутренности начинаютъ выходить изъ полости живота на бедру чрезъ промежутокъ между вогнутымъ краемъ лагунарной связки и бедренной веной, отдтой влагалцемъ, выпячивающаго подбрюшинную кльччатку. Выбъ съ тьмъ эти опыты подтверждаютъ мое предположеніе, что бедреннаго канала нормально нтъ. Если бы существовалъ преоформиванный бедренный каналъ, то желатина проникла бы на бедру.

Путь бедренной грыжи.

Для опредѣленія пути, избираемаго грыжей при выходѣ на бедру, я произвелъ на 15-ти трупахъ—восми женскихъ и семи мужскихъ—инъекцію затвердывающими жидкостями.

Весьма понятно, что грыжи, побъдая препятствія для своего движенія со стороны тканей, избираютъ путь наименьшаго сопротивленія. Принимая во вниманіе, что тотъ-же самый принципъ долженъ имѣть значеніе и при распространеніи инъекціонныхъ массъ среди тканей, я имѣлъ до нѣкоторой степени право предположить, что распространеніе инъекціонныхъ массъ среди тканей дасть намъ возможность опредѣлить путь грыжи при ея развитіи.

Чтобы возможно ближе подойти къ условіямъ образованія хронически развивающейся грыжи, инъекціонная масса должна вливаться весьма осторожно при равномерно-умѣренномъ давленіи, устраняющемъ возможность случайнаго разрыва тканей. Иначе условія будутъ, можетъ быть, близки къ условіямъ возникновенія травматическихъ грыжъ, и результатовъ инъекции нельзя переносить на обыкновенно хронически развивающіяся грыжи.

На четырехъ трупахъ: двухъ мужскихъ и двухъ женскихъ, я поступилъ слъдующимъ образомъ: по вскрытіи брюшной полости брюшина вокругъ *lacina vasorum* пришивалась къ подлежащимъ тканямъ. Въ обшгитомъ мѣстѣ на уровнѣ бедренной вены дѣлалось отверстие, въ которое вводилась канюля. Брюшная полость зашивалась, и трущъ погружался для разогрѣванія въ ванну; затѣмъ послѣ разогрѣванія онъ вынимался изъ нея. Брюшная полость развивалась и въ канюлю вливалась горячій, подкрашенный синькой растворъ желатины при равномерно-умѣренномъ давленіи.

На всѣхъ четырехъ трупахъ желатина не проникла на бедру; она выполила промежутокъ, ограниченный снаружн бедренной веной, отдтой влагалцемъ, спереди—паховой связкой, сзади—гребенчатой фасціей и Куперовой связкой, снизу—лагунар-

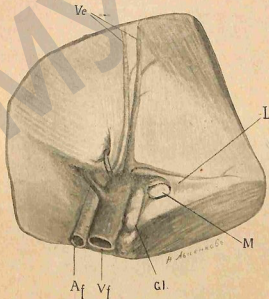
На следующих трех мужских и трех женских трупах я поступал так: вскрывалась брюшная полость; брюшина в области ласина vasorum пришивалась к подлежащим тканям. В обшитою мѣсть дѣлалось небольшое отверстие около 1 см. диаметром. Пинцетом осторожно удалялась подбрюшинная клетчатка внутри отъ бедренной вены. Затѣмъ отверстие въ брюшинѣ стигивалось вокругъ канюли висентнымъ швомъ. На четырехъ трупахъ былъ влитъ растворъ желатина, а на двухъ—смѣсь гипса съ водой. Во всѣхъ случаяхъ инъекціонная масса проникла на бедро. На рисунокъ № 2 видно, какъ расположилась гипсовая масса на бедрѣ. Она выполняетъ внутренней отдѣлъ овальной ямки и ограничена снаружи—влагалищемъ бедренныхъ сосудовъ, снизу—пнжимъ, сверху—верхнимъ рокомъ серповидной складки, снизу—гребенчатой фасціей. По удаленіи брюшины, видно, что весь промежутокъ, ограниченный снаружи бедренной веной, отдѣтой влагалищемъ, сзади Куперовой связкой и гребенчатой фасціей, спереди паховой связкой, снизу и снизу лакунарной связкой и завороченнымъ отдѣломъ серповидной складки, выполненъ инъекціонной массой. Розенмюллеровская лимфатическая железа лежитъ рядомъ съ бедренной веной.

На послѣднихъ двухъ мужскихъ и женскихъ трупахъ я вливалъ гипсовую массу въ овальную ямку. Опытъ производился такъ: сейчасъ же выше того мѣста, гдѣ большая подкожная вена перегибается черезъ нижній рожекъ серповидной складки, дѣлалась небольшой разрывъ снизу вверхъ. Разсѣвалась кожа, подкожно-жировнй слой и поверхностная фасція. Въ разрывъ вставлялась канюля и обшивалась. Затѣмъ вливалась смѣсь гипса съ водой. Когда гипсъ затвердѣвалъ, отпаривалась кожа, подкожно-жировнй слой и поверхностная фасція бедра. После этого дѣлалась видной влитая масса, выполняющая внутренней отдѣлъ овальной ямки и окруженная тѣми же тканями, какъ и при предыдущихъ опытахъ. Одно, или нѣсколько отверстій верхняго рожа серповидной складки были выполнены гипсомъ. Со стороны брюшной полости, по удаленіи брюшины, наблюдалась слѣдующая картина: подбрюшинная клетчатка выпячена въ брюшную полость на пространство между бедренной веной и лакунарной связкой. Часть гипса лежитъ между брюшиной и подбрюшинной клетчаткой. Гипсъ совершенно выполняетъ промежутокъ, ограниченный снизу влагалищемъ бедренныхъ сосудовъ, спереди—паховой связкой, сзади—гребенчатой фасціей и Куперовой связкой

и т. д., словомъ, наблюдалось тоже самое, что и при предыдущихъ опытахъ (рис. 3). Розенмюллеровская лимфатическая железа въ четырехъ случаяхъ была прижата къ бедренной вѣтвѣ, а въ одномъ—выпячена вмѣстѣ съ подбрюшинной клетчаткой.

На основаніи приведенныхъ опытовъ можно придти къ слѣдующему заключенію: инъекціонная масса, проникла на бедро черезъ отверстие верхняго рожа серповидной складки, располагается во

Рис. 3.

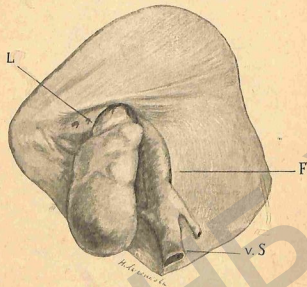


Ve—vasa epigastrica; L—lig. lacunare; M—гипсовая масса; Gl—Розенмюлл. лимфатическая железа; Vf—vena femoralis; Af—arteria femoralis.

внутреннемъ отдѣлѣ овальной ямки. Отсюда мы можемъ вывести предположеніе, что бедренная грыжа идетъ тѣмъ же путемъ, выннчивая подбрюшинную клетчатку и, пройдя черезъ расширенное ея отверстие верхняго рожа, располагается въ овальной ямкѣ. Это мое предположеніе и подтверждается тремя случаями бедренной грыжи, которые я наблюдалъ на трехъ женскихъ трупахъ. Эти три случая бедренной грыжи я подробно опишу.

I. Истощенный трупъ женщины, 48 лѣтъ. На животѣ видны рубцы отъ бывшихъ родовъ. Съ лѣвой стороны подъ паховой связкой небольшая опухоль. Удалена кожа, подкожно-жирный слой и поверхностная фасція бедра; сейчасъ же подъ шей обнаружился грыжевой мѣшокъ, окруженный рыхлой кѣлчаткой. Его тѣло, расположенное во внутреннемъ отдѣлѣ овальной ямки, ограничено снизу нижнимъ, сверху—верхнимъ рожкомъ серповидной складки, снаружи — гребенчатой фасціей, покрывающей гребенчатую

Рис. 4.



L—lig. lacunare; F—plica falciformis; v.S—vena saphena magna.

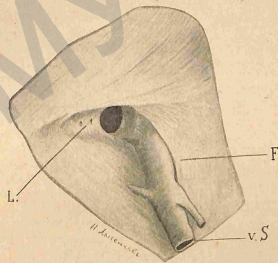
мышцу, снаружи—влагалищемъ бедренныхъ сосудовъ. Задняя его поверхность прилежитъ къ гребенчатой фасціи. На фотографическомъ снимкѣ (табл. I рис. № 1) видно расположение тѣла грыжевого мѣшка. На фотографическомъ снимкѣ (табл. I, рис. № 2) представлены анатомическія отношенія той же грыжи, при чемъ раздѣчно вдоль и оттянуто внутри влагалище бедренныхъ сосудовъ, чтобы показать отношеніе этихъ послѣднихъ къ грыжѣ.

Тѣло грыжевого мѣшка около паховой связки переходитъ въ шейку его, которая черезъ круглое отверстіе, діаметромъ около

одного сантиметра, уходитъ въ брюшную полость. Кнаружи отъ отверстія виденъ остатокъ завороченнаго отдѣла верхняго рожа серповидной складки.

Со стороны брюшной полости видны бедренные сосуды, одѣтые влагалищемъ, къ которому снаружи прилежитъ Розенмюллеровская лимфатическая железа; кнутри отъ послѣдней, между ней и вогнутымъ краемъ лакунарной связки,—шейка грыжевого мѣшка.

Рис. 5.



L—lig. lacunare; F—plica falciformis; v.S—vena saphena magna.

II. Трупъ женщины, 57 лѣтъ; рожающая. Лѣвосторонняя бедренная грыжа. Тѣло ея расположено также, какъ и на предыдущемъ трупѣ, что видно на рисункѣ № 4.

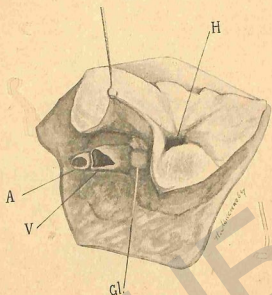
Шейка грыжевого мѣшка черезъ круглое отверстіе, діаметромъ около 0,5 сантиметра, уходитъ въ брюшную полость, какъ это видно на рис. № 5.

Кнаружи отъ шейки грыжевого мѣшка ясно виденъ остатокъ верхняго рожа серповидной складки. Со стороны брюшной полости мы видимъ слѣдующее: рядомъ съ бедренной веной лежитъ

Розенмюллеровская лимфатическая железа. Внутри от нее, между ней и лакуарной связкой,—грыжевой мышчок (см. рис. № 6).

На третьем трупѣ была правосторонняя бедренная грыжа, которая представляла тѣ-же анатомическія отношенія, какъ и на предыдущихъ трупахъ. И такъ, мы видимъ, что указанное мѣсто подъ паховой связкой, внутри отъ бедренной вены, у людей, страдающихъ бедренной грыжей, преобразуется въ каналъ, черезъ

Рис. 6.



H—грыжевой мышчок; Gl—лимфат. Розенмюлл. железа; V—вена femoralis; A—arteria femoralis.

который проходитъ шейка грыжевого мышка. Въ этомъ каналѣ можно различить 2 отверстия: внутреннее, или верхнее, находящееся со стороны полости живота, и нижнее, открывающееся во внутреннемъ отдѣлѣ верхней части овальной ямки. Стѣнки канала: наружная—внутренній отдѣлъ сосудистаго влагалища, верхняя—паховая связка, нижняя—Куперова связка и небольшой участокъ гребенчатой фасціи, прилежащій къ послѣдней, внутренняя—лакуарная связка и удѣвшая внутренняя часть заво-

роченнаго отдѣла верхняго рожка серповидной складки. Само собой разумѣется, что длина этого канала обуславливается шириной паховой связки. По мнѣнью исследованій она колеблется отъ 0,3—0,5 сант. У наружной стѣнки канала лежитъ Розенмюллеровская лимфатическая железа. Грыжа, выйдя изъ канала, попадаетъ въ овальную ямку и располагается въ ней, занимая ея внутренній отдѣлъ.

Положивъ результаты нашихъ изслѣдованій о такъ называемомъ бедренномъ каналѣ и пути, по которому выходитъ бедренная грыжа изъ полости живота на бедро, мы приведемъ очеркъ существующихъ въ литературѣ мнѣній относительно данной области.

A. Cooper ⁶⁰⁾ за бедренный каналъ считаетъ внутренній отдѣлъ сосудистой воронки, который выполненъ клетчаткой и лимфатическими сосудами; этотъ промежутокъ представляетъ мѣсто наименьшаго сопротивленія внутри-брюшному давленію, поэтому здѣсь и выходитъ внутренности изъ полости живота на бедро.

Внутренности проникаютъ черезъ бедренное кольцо, т.-е. черезъ промежутокъ между бедренной веной и вогнутымъ краемъ лакуарной связки, въ воронку и выходятъ черезъ ея внутреннюю стѣнку, выше мѣста впаденія большой подкожной вены въ бедренную. Бедренное кольцо закрыто со стороны брюшной полости рыхлой соединительной тканью—*„fascia propria herniae cruralis“*.

Scarpa ⁶¹⁾ не согласенъ съ Куперомъ и говоритъ слѣдующее: „Куперъ полагаетъ, что бедренная грыжа входитъ во влагалище бедренныхъ сосудовъ, а отсюда выходитъ черезъ отверстія рѣшетчатой пластинки. Я не могу согласиться съ этимъ мнѣніемъ и полагаю, что этотъ славный хирургъ подъ влагалищемъ бедренныхъ сосудовъ понимаетъ двѣ разныя вещи: собственно апоневротическое влагалище бедренныхъ сосудовъ и бедренный каналъ. По мнѣнью наблюденій я нахожу, что палецъ изъ бедреннаго кольца отнюдь не попадаетъ въ апоневротическое влагалище, а идетъ вдоль внутренней стороны вены, которая отдѣлена отъ кольца и канала тонкой, но плотной перегородкой, и палецъ сверху бедра показывается тамъ, гдѣ верхушка серповидной складки изгибается подъ Пупартову связку. Но въ этомъ мѣстѣ

⁶⁰⁾ Cooper—смотри. рисокъ (29).

⁶¹⁾ Scarpa—смотри. рисокъ (2).

и ниже до яйцевидной ямки на грыжъ не можетъ быть апоневротического влагалища, потому что здѣсь бедренная вѣна съ внутренней стороны покрыта только клѣтчаткой. Грыжевой мѣшокъ, вступивъ въ бедренное кольцо, попадаетъ не въ апоневротическое влагалище бедренныхъ сосудовъ, но въ бедренный каналъ между веной и согнутымъ основаніемъ Джимбернатовой связки, а затѣмъ выходитъ на бедро подъ верхушку серповидной складки. Бедренное кольцо со стороны брюшной полости прикрыто, по мнѣнію Scarpa, тонкой пластинкой, идущей отъ брюшной поверхности лакунарной связки къ подвздошной фасции, образующей фиброзное влагалище бедренныхъ сосудовъ. Пластинка продырявлена отверстиями для прохождения лимфатическихъ сосудовъ, и Scarpa производитъ ее отъ внутри-брюшной фасции. Бедренный каналъ Scarpa срѣзанъ на подобіе пещача пера.

1. Cloquet⁶²⁾ высказываетъ мнѣніе, что бедренный каналъ расположенъ между листками широкой бедренной фасции. Этотъ каналъ также вѣрно существуетъ, какъ и паховой. Длина его 6—15 дюймовъ, направленіе почти вертикальное. Стѣнки трехсторонняго бедреннаго канала: передняя, задне-наружная и задне-внутренняя. Эти стѣнки образованы поверхностнымъ и глубокимъ листкомъ широкой бедренной фасции и продолженіемъ подъ паховую связку подвздошной фасции, покрывающей подвздошно-поясничную мышцу и сливающуюся позади бедренныхъ сосудовъ съ глубокимъ листкомъ широкой фасции, который покрываетъ гребенчатую мышцу и прикрѣпляется къ переднему краю лобковой кости. Верхнее отверстие бедреннаго канала—вся ясна vasorum. Нижнее—тамъ, гдѣ большая подкожная вѣна прорываетъ фиброзное влагалище сосудовъ, чтобы соединиться съ бедренной веной. Грыжа выходитъ черезъ внутренней отъѣздъ бедреннаго канала, гдѣ заложена клѣтчатка и лимфатическіе сосуды.

Мнѣнія выше-изложенныхъ авторовъ представляютъ изъ себя основаніе возрѣній на топографію бедреннаго канала, и всѣ послѣдующія работы можно раздѣлить на три большія группы, смотря потому, чьимъ послѣдователемъ является авторъ, хотя въ-которые изъ нихъ и вносятъ небольшія измѣненія въ деталяхъ, но эти измѣненія не мѣшаютъ видѣть въ описаніи этихъ авторовъ близость во взглядахъ. Возрѣнія на бедренный каналъ Со-

⁶²⁾ Cloquet—смотри. раздѣ (7).

oper'a нашли себѣ приверженцевъ въ лицѣ Moriss'a⁶³⁾, Linhart'a⁶⁴⁾, Bassini⁶⁵⁾, Mayr'l'a⁶⁶⁾, Quain'a⁶⁷⁾, Beanis и Bouchard'a⁶⁸⁾ и др.

Ко второй группѣ, послѣдователей Scarpa мы отнесемъ Seiler'a⁶⁹⁾, Rust'a⁷⁰⁾, Bock'a⁷¹⁾, Rauber'a⁷²⁾, Balassa⁷³⁾, Gegenbauer'a⁷⁴⁾ и Hyrtl'a⁷⁵⁾. Последние два автора полагаютъ, что бедреннаго канала нормально нѣтъ.

Третью группу составляютъ Malgaigne⁷⁶⁾, Anger⁷⁷⁾, Jossel⁷⁸⁾, Pualet⁷⁹⁾, Heule⁸⁰⁾, Jamain⁸¹⁾, Hildebrand⁸²⁾, Бобровъ⁸³⁾, Begin⁸⁴⁾ и др., возрѣніе на бедренный каналъ которыхъ сходно съ возрѣніемъ Cloquet.

Представленіе о бедренномъ каналѣ Tillaux⁸⁵⁾ и Cruveilhier⁸⁶⁾ отличается отъ представленія о немъ Cloquet тѣмъ, что они отвергаютъ нижнее отверстие бедреннаго канала. Tillaux говоритъ: „Я буду слѣдовать описанію Cloquet, однако сдѣлаю оговорку относительно существованія нижняго отверстия бедреннаго канала, признатого, очевидно, для того, чтобы установить сходство между бедреннымъ каналомъ и паховымъ. Cloquet считаетъ за наружное отверстие бедреннаго канала—отверстіе въ широкой фасции, черезъ которое проходитъ большая подкожная вѣна,

⁶³⁾ Moriss—смотри. раздѣ (30).

⁶⁴⁾ Linhart—смотри. раздѣ (5).

⁶⁵⁾ Bassini—смотри. раздѣ (6).

⁶⁶⁾ Mayr'l—Die Lehre von Unterleibsbrüchen. Wien. 1898.

⁶⁷⁾ Quain—смотри. раздѣ (31).

⁶⁸⁾ Beanis et Bouchard—смотри. раздѣ (33).

⁶⁹⁾ Seiler—смотри. раздѣ (3).

⁷⁰⁾ Rud—Theoretisch—practisches Handbuch der Chirurgie. 1832 r.

⁷¹⁾ Bock—смотри. раздѣ (4).

⁷²⁾ Rauber—смотри. раздѣ (16).

⁷³⁾ Balassa—смотри. раздѣ (10).

⁷⁴⁾ Gegenbauer—Lehrbuch der Anatomie des Menschen 1825 r.

⁷⁵⁾ Hyrtl—смотри. раздѣ (14).

⁷⁶⁾ Malgaigne—смотри. раздѣ (22).

⁷⁷⁾ Anger—Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale 1869 r. Paris.

⁷⁸⁾ G. Jossel—Lehrbuch der topographischen Anatomie mit Einschluss der Operationsabgaben an der Leiche 1899, t. II.

⁷⁹⁾ Pualet—смотри. раздѣ (18).

⁸⁰⁾ Heule—смотри. раздѣ (13).

⁸¹⁾ Jamain—Traité d'anatomie descriptive. Paris. 1861.

⁸²⁾ Hildebrand—смотри. раздѣ (37).

⁸³⁾ Бобровъ—смотри. раздѣ (50).

⁸⁴⁾ Begin—Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire. 1824 r.

⁸⁵⁾ Tillaux—смотри. раздѣ (24).

⁸⁶⁾ Cruveilhier—смотри. раздѣ (19).

чтобы впасть в бедренную вену. Здесь отверстия нѣтъ, такъ какъ стѣнки вены плотно прирастаютъ къ апоневрозу⁸⁷. По *Crucilhier* название бедренный каналъ должно быть выброшено, такъ какъ оно установлено на ложной аналогіи между паховымъ каналомъ и верхней частью *canal de vasorum*. Бедренная грыжа никогда не выходитъ черезъ отверстие для большой подкожной вены, а всегда подъ паховой связкой, при чемъ проходитъ, или черезъ отверстия рѣшетчатой пластинки, или выпячивая ее. *Crucilhier* предлагаетъ говорить лишь о канавѣ бедренныхъ сосудовъ съ однимъ верхнимъ отверстиемъ.

*Пирогов*⁸⁷⁾, *Свижегининов*⁸⁸⁾ и *Nicaise*⁸⁹⁾, описывая бедренный каналъ сходно съ *Cloquet*, вмѣстѣ съ тѣмъ признаютъ фиброзную, сосудистую воронку, о которой сказано выше. Она вставлена въ бедренный каналъ, какъ въ футляръ. Ученіе этихъ авторовъ о бедренномъ каналѣ я приведу подробно.

Пирогов говоритъ, что призматическое углубленіе, лежащее подъ паховой связкой между подвадношю-попечичной мышцей снаружи и лонно-бедренной мышцей внутри, выстлано глубокой пластинкой широкой бедренной фасціи, поверхностная пластинка которой прирѣпляется ко всей паховой связкѣ и ложится впереди артеріальнаго впагалища. Вслѣдствіе расщепленія широкой бедренной фасціи на двѣ пластинки, изъ которыхъ одна слѣдуетъ направленію паховой связки, а другая покрываетъ мышцу, necessarily образуется промежутокъ, сообщающійся съ брюшной полостью. Ясно также и то, что обѣ пластинки должны сѣпаться на мѣстѣ прирѣпленія паховой связки къ лобковой кости. Промежуткомъ между двумя пластинками широкой бедренной фасціи и составляетъ бедренный каналъ, имѣющій форму трехгранной призмъ: переднюю горизонтальную стѣнку его образуетъ, такъ называемая, рѣшетчатая пластинка, составляющая поверхностную пластинку широкой фасціи; двѣ заднія стѣнки принадлежатъ глубокой пластинкѣ широкой фасціи. Бедренный каналъ соединяется съ тазовой полостью посредствомъ овальнаго отверстия. Оно ограничено сверху паховой связкой, снаружи—подвадношю-лонной связкой, снизу—лакунарной связкой. Въ бедренный каналъ заложено и срастается съ его стѣнками фиброзное, воронкообразное впагалище бедренныхъ сосудовъ, верхнее отверстие котораго сдвигается съ верхнимъ отверстиемъ бедреннаго канала.

⁸⁷⁾ *Пирогов*—смотри. развѣ (17).

⁸⁸⁾ *Свижегининов*—смотри. развѣ (21)

⁸⁹⁾ *Nicaise*—смотри. развѣ (25).

Свижегининов полагаетъ, что бедренный каналъ заложень между листками широкой бедренной фасціи. Грыжевое выпячиваніе происходитъ въ апоневротическое сосудистое впагалище, направляется черезъ внутренней, свободный сегментъ начальнаго отверстия впагалища сосудовъ къ слабой внутренней части его передней стѣнки, или, что все равно, грыжа идетъ черезъ внутренней отдѣлъ бедреннаго канала, отдѣляясь отъ бедренной вены вѣтчатымъ впагалищемъ ея. «При такомъ взглядѣ нѣтъ надобности», говоритъ *Свижегининов*, «считать за бедренный каналъ грыжевой каналъ, или говорить особю объ анатомическомъ и патологическомъ канавѣ. Мнѣніе *Crucilhier* правильно: бедренный каналъ есть *canal des vaisseaux femoraux*. За бедренную перегородку *Свижегининов* считаетъ внутреннюю часть сосудистой воронки, исходящую отъ вогнутого края лакунарной связки и образовавшую внутри-брюшную фасцію.

Nicaise, придерживаясь представленія о бедренномъ каналѣ *Cloquet*, говоритъ, что въ каналѣ проходятъ бедренные сосуды, окруженные фибрознымъ впагалищемъ, которое вложено въ бедренный каналъ въ видѣ другого канала. Грыжа выходитъ черезъ внутренней отдѣлъ бедреннаго канала. За бедренную перегородку онъ, какъ и *Свижегининов*, считаетъ внутреннюю часть воронки, образовавшую внутри-брюшную фасцію.

Чтобы покончить съ изложеніемъ мнѣній авторовъ о бедренномъ каналѣ, я приведу еще мнѣніе о немъ *Richet*¹⁾, которое своеобразно и самостоятельно. *Richet* полагаетъ, что существуетъ особая воронка, имѣющая видѣ треугольнаго, призматическаго конуса, основаніе котораго обращено вверхъ, а вершина внизъ. Стѣнки воронки: наружная—образована бедренной веной и соединительно-тканной перегородкой, отдѣляющей ее отъ лимфатическихъ сосудовъ; задняя стѣнка состоитъ изъ гребенчатого апоневроза; дырчатая пластинка одна представляетъ ей переднюю стѣнку. На мѣстѣ соединенія этихъ трехъ стѣнокъ, находящимся при впаденіи большой подкожной вены въ бедренную, образуется вершина воронки, которая представляетъ изъ себя настоящій глухой мѣшокъ. Устье воронки, обращенное въ сторону брюшной полости, ограничено снизу вогнутымъ краемъ лакунарной связки, снаружи—бедренной веной, спереди—паховой и сзади—Куперовой связками. Полость воронки имѣетъ коническую форму и направлена косвенно впередъ и внаружи, но главнымъ образомъ впередъ. Въ полости

1) *Richet*—смотри. развѣ (23).

воронки заложены лимфатические сосуды, железы и нервная, мягкая жировая ткань. Внутренности, входя в воронку, долго остаются в ее полости и могут выйти из нее только после разрыва, или растяжения ее стенок. Так как самая слабая из всех стенок воронки передняя, или решетчатая пластинка, то грыжевой мѣшок прокладываетъ себѣ путь черезъ ее отверстіа.

Устье воронки не открыто, а закрыто довольно плотною, фиброзною пластинкою истинной поперечной фасціи, описанной *Cloquet* подъ названіемъ бедренной перегородки. Она состоитъ изъ перекрещивающихся соединительно-тканыхъ волоконъ, остающихся между собою промежутки, черезъ которые проходятъ лимфатические сосуды.

Мнѣ остается еще сказать, что и при своихъ изслѣдованіяхъ на трупахъ производилъ измѣреніе длины паховой связки, длины и ширины промежутка между бедренной веной и вогнутымъ краемъ лакунарной связки, при этомъ оказалось слѣдующее: длина паховой связки у мужчинъ колеблется между 12—13,5 сит.; у рожавшихъ женщинъ—13—14 сит., у не рожавшихъ—13—13,5 сит.

Измѣреніе паховой связки производилось такъ: одна ножка циркуля помѣщалась на передне-верхней оси подвздошной кости, а другая—на лонномъ бугоркѣ. Затѣмъ измѣрялось разстояніе между обими ножками циркуля.

Другіе авторы тоже измѣряли длину паховой связки. Длина ея по *Cooper*'у у мужчинъ 15 сит., а у женщинъ—16 сит. По *Poirier* длина ея у мужчинъ 11—13 сит., у женщинъ—12—14 сит.

Промежутокъ между бедренной веной и вогнутымъ краемъ лакунарной связки по своимъ размѣрамъ больше у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Вертикальный размѣръ этого промежутка, подъ которымъ я подразумеваю линию, проведенную отъ паховой связки къ Куперовой, въ среднемъ у мужчинъ равенъ 1,2 сит., а у женщинъ—1,3 сит. Горизонтальный размѣръ—линія между бедренной веной, и вогнутымъ краемъ лакунарной связки—въ среднемъ—у мужчинъ 1,2 сит., а у женщинъ—1,8 сит.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что промежутокъ между бедренной веной и вогнутымъ краемъ лакунарной связки у женщинъ значительно больше, чѣмъ у мужчинъ. Можетъ-быть это въ связи съ болѣе слабымъ развитіемъ верхняго рожа серповидной складки и служить причиною большей частоты бедренной грыжи у женщинъ.

Коренная операція бедренной грыжи.

Изъ предыдущей главы мы видѣли, что при наличности бедренной грыжи существуетъ грыжевой каналъ съ внутреннимъ и наружнымъ отверстіемъ.

Что-же мы должны дѣлать при коренной операціи бедренной грыжи, дѣлъ которой не только уничтожить грыжу въ давный моментъ, но и предохранить больного отъ возможности ея возврата?

Несомнѣнно, что все наши мѣрпріятія должны быть обращены главнымъ образомъ на закрытіе внутреннего отверстія грыжевого канала. Мы должны создать въ области его такую стѣнку брюшной полости, которая устранила-бы возможность вторичнаго образования грыжи. Казалось-бы, что всего проще—это закрыть внутреннее отверстіе канала, стягивая швами верхній край паховой связки съ Куперовой. На самомъ дѣлѣ, паховую связку трудно притянуть къ Куперовой связкѣ. Но, если и удастся сблизить только что упомянутыя фиброзныя ткани, мы все-таки не всегда можемъ рассчитывать на ихъ сращеніе, такъ какъ фиброзныя ткани мало способны къ жизни и легко омертвѣваютъ. Вотъ почему нѣкоторые изъ хирурговъ держатся мнѣнія, что шовъ грыжевыхъ воротъ не только бесполезенъ, но даже вреденъ, потому что можетъ вызвать омертвѣніе и нагноеніе.

Waston-Cheyne ¹⁾ говоритъ: „Пупартова связка есть плотная тесьма; когда ее принимаютъ внизъ къ гребенчатой фасціи, происходитъ одно изъ двухъ, или швы прорываются черезъ Пупартову связку, или, что чаще, чрезъ гребенчатую фасцію, поэтому нельзя быть увѣреннымъ въ результатъ операціи и, размышляя объ этомъ, мнѣ кажется, что единственный удовлетворительный планъ—это воспользоваться какой-либо тканью, которая выполняла-бы бедренный каналъ“. Я вполне согласенъ съ мнѣніемъ

¹⁾ *Waston-Cheyne* — The radical cure of hernia, with a description of operating for femoral hernia. The Lancet 1892 годъ. Nov. 5 стр. 1039.

Waston-Cheyne, что внутреннее отверстие грыжевого канала может быть закрыто только доскутом, взятым из окружающих тканей.

Из каких же тканей следует брать доскут? Хирурги уже давно отметили тот факт, что грыжи живота выходят через те места брюшной стинки, где нет мышечной ткани. Таким образом мышечная ткань представляет из себя ткань, способную противодействовать брюшному давлению. Отсюда следует, что лучше всего закрывать внутреннее отверстие грыжевого канала доскутом из мышечной ткани.

Теперь является вопрос, откуда же взять мышечный доскут для вышеозначенной цели? Нельзя не согласиться с *Waston-Cheyne*, *Stonhamom* ²⁾, *Lanelongue* ³⁾ и *Brenner* ⁴⁾, что всего целесообразнее брать доскут из гребенчатой мышцы, которая начинается от гребешка лонной кости, т. е. от нижней границы внутреннего отверстия грыжевого канала. Из нее возможно выкроить доскут и приладить его так, что она вполне закроет грыжевые ворота. Подробно об этом я буду говорить ниже. Теперь же рассмотрим существующие методы коренной операции бедренной грыжи и произведем критическую их оценку.

Мне кажется, что все способы коренной операции бедренной грыжи можно разделить на следующие группы:

I. Способы, направленные исключительно на грыжевой мешок и не заботящиеся о закрытии грыжевых ворот.

II. Способы, главная цель которых закрыть грыжевые ворота путем наложения шва—

- со стороны бедра,
- со стороны пахового канала,
- при разрыве паховой связки.

III. Способы, стремящиеся восстановить бедренный канал в его первоначальном нормальном виде.

IV. Способы, при которых грыжевые ворота закрываются:

- грыжевым мешком,
- доскутом из фиброзных тканей,

¹⁾ ²⁾ *Stonham*—The radical cure of femoral hernia. Письмо к редактору *Lancet's* *Lancet* 1892 г. Nov. 19 стр. 1198.

³⁾ *Lanelongue*—Prav. no Fourquais—De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale. Thèse pour le doctorat en médecine 1898. Paris.

⁴⁾ *Brenner*—Zur Radicaloperationen von Cruralhernien nach F.-Salzer. *Centr. f. Chirurgie*. 1899 г. стр. 1169.

- вышиванием расщепленной средней части круглой связки,
- колотой пластинкой,
- мышечным доскутом.

К числу авторов, применявших способы, направленные исключительно на грыжевой мешок, принадлежат: *M. Banks* ⁵⁾, который делал кожный разрыв, расщеплял и ушивал грыжевой мешок. Грыжевые ворота остаются в том же виде, в каком они были. "Закрывать грыжевые ворота", говорит он, "дети надобности"—это мнение *Banks'a* в 1887 году, в 1893 году он повторил его.

Anderegg ⁶⁾ поступать сходно с *Banks'ом*.

Heidenthaler ⁷⁾ на больных с ущемленной бедренной грыжей применять тот-же метод.

О целесообразности способов коренной операции грыжи мы можем судить, во-первых, по степени соответствия данного способа анатомическим условиям области, во-вторых, отчасти и по тем результатам, которые они дают.

Посмотрим насколько удовлетворяет обобщенным требованиям коренная операция бедренной грыжи, основанная исключительно на разрыве и ушивании грыжевого мешка. Грыжевой канал остается после операции в том-же виде, в каком он был при существовании грыжи. Эти условия нельзя считать одинаковыми с нормальными, так как нормально бедренного канала не существует. Существование преобразованного канала предрасполагает к возврату страдания. Поэтому коренная операция, основанная только на разрыве и ушивании грыжевого мешка, не выдерживает критики. Посмотрим, каковы ее практические результаты.

Anderegg ⁸⁾ оперировал при 33 ущемленных бедренных грыжах. Два раза наложил шов в грыжевое кольцо; 8 больных умерло вскоре после операции от перитонита. Из остальных 23-х больных у 9—возврат:

⁵⁾ *M. Banks*—*Ibid.* *Med. J.* 1882 г. t II, p. 985. *Ibid.* 1887 г. t II, p. 1259. *Ibid.* 1893 г. t II, p. 1043.

⁶⁾ *Anderegg*—Die Radicaloperation der Hernien. Bearbeitung der an der Kaiserl. Klinik gemachten Erfahrungen. *Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie*, Bd. 24, s. 207.

⁷⁾ *Heidenthaler*—Die Radicaloperationen der Hernien in der Klinik des Hofrats prof. Billroth. *Arch. f. klinisch. Chirurgie*, 1890 г. Bd. xl, s. 493.

⁸⁾ *Anderegg*—*см. стр.* 106.

у 2 больных черезъ.....	6 недѣль
у 1 " "	2—3 мѣсяца
у 2 " "	6 мѣсяцевъ
у 1 " "	10 "
у 2 " "	1½ года.
у 1 " "	5¾ года

Остальные больные здоровы послѣ операци:

1.....	7 мѣс.
1.....	1 годъ
1.....	1 годъ, 2 мѣс.
2.....	1 годъ, 4 мѣс.
2.....	1 годъ, 6 мѣс.
2.....	1 годъ, 8 мѣс.
1.....	1 г. 11 мѣс.
1.....	3 г. 4 мѣс.
1.....	6 л. 4 мѣс.
1.....	7 л. 2 мѣс.
1.....	7 л. 6 мѣс.

Такіе же неутѣшительные результаты получилъ и *Banks* *): на 37 операций—13 возвратовъ. *Bresset* ¹⁶⁾ въ своей диссертации собрать 232 случая коренной операци бедренной грыжи безъ шва воротъ, которые дали 67 возвратовъ.

Больные были здоровы послѣ операци:

33.....	отъ 6 мѣс. до года
41.....	" 1—2 лѣтъ
41.....	" 2—3 лѣтъ
22.....	" 3—4 лѣтъ
8.....	" 4—5 лѣтъ
8.....	" 5—6 лѣтъ
5.....	" 6—7 лѣтъ
4.....	" 7—10 лѣтъ
3.....	больше 10 лѣтъ

Возвраты появились у 30 больных въ теченіи первыхъ 6-ти мѣсяцевъ послѣ операци:

у 7.....	отъ 6 мѣс. до года
у 11.....	" 1—2 лѣтъ
у 6.....	" 2—3 лѣтъ

*1) *M. Banks*—смотри. ранѣе (6).

¹⁶⁾ *Bresset*—Des resultats eloignés de la cure radicale de la hernie crurale. Thèse des Paris. 1895 г.

у 2.....	" 3—4 лѣтъ
у 2.....	" 4—5 лѣтъ
у 3.....	послѣ 5 лѣтъ.

Въ шести случаяхъ время возврата не указано.

Изъ сказаннаго видно, что способы коренной операци бедренной грыжи, направленные исключительно только на грыжевой мѣшокъ и незаботившіеся о грыжевыхъ воротахъ, привели къ весьма неутѣшительнымъ результатамъ. Вотъ почему они оставлены, и хирурги мало по-малу пришли къ заключенію, что нужно обращать вниманіе не только на грыжевой мѣшокъ, но и на грыжевые ворота. Возникъ цѣлый рядъ способовъ, при которыхъ грыжевые ворота закрываются стяженіемъ швами окружающихъ ихъ фиброзныхъ тканей. Но при всѣхъ нихъ, за исключеніемъ способовъ *Fabricius'a* и *Delagenier'a*, закрывается не внутреннее отверстие грыжевого канала, а или его нижняя часть, или наружное его отверстие. Благодаря этому получается углубленіе со стороны брюшной полости, способствующее новому образованію грыжи. Если къ этому прибавить, что фиброзные ткани мало снабжены кровью, мало способны къ жизнедѣятельности, легко омертвѣваютъ при ихъ натяженіи, легко прорѣзаются швами, то становится понятнымъ, что, такъ называемые способы шва грыжевыхъ воротъ, не гарантируютъ отъ возврата бедренной грыжи. Вотъ почему, даже некоторые изъ тѣхъ авторовъ, которые призывали его, относятся къ нему скептически. Такъ напримеръ, *Heidenthaler* ¹¹⁾ говоритъ: „вообще операци со швомъ воротъ даетъ немного болѣе выздоровленій, чѣмъ безъ него. Возвраты наступаютъ позже, чѣмъ безъ шва воротъ. Однако результаты не настолько внушительны, чтобы считать шовъ воротъ существенною частью операци; такъ какъ лучше ничего нѣтъ, то слѣдуетъ примѣнять его“. Такое мнѣніе *Heidenthaler'a* нельзя считать исключительнымъ и оно находитъ себѣ поддержку во взглядахъ многихъ хирурговъ. Такъ напримеръ, *Schwartz* ¹²⁾ говоритъ, что „шовъ бедреннаго кольца есть увлеченіе“; *Delagenier* ¹³⁾ также высказывается, что „сшиваніе бедреннаго кольца имѣетъ то неудобство, что приходится соединить плохо снабженные кровью фиброзные края. Сращеніе краевъ можетъ быть очень слабое и въ послѣдствіи въ этомъ мѣстѣ можетъ образоваться грыжа“. Къ

¹¹⁾ *Heidenthaler*—ср. parte (7).

¹²⁾ *Schwartz*—Société de chirurgie. Revue de chirurgie 1892, стр. 543.

¹³⁾ *Delagenier*—Cure radicale de la hernie. Archives provinciales de chirurgie т. V 1896 г. р. 60.

нимъ примыкають *Hakenbruch*¹⁴⁾ и *Tuffier*¹⁵⁾; первый изъ нихъ полагаетъ, что „при малыхъ грыжахъ удается стянуть соединительнотканная части грыжевыхъ воротъ; при большихъ—нельзя стянуть воротъ настолько, чтобы гарантировать отъ возврата“. Второй высказывается болѣе определенно въ томъ смыслѣ, что „всякій разъ, какъ сближаются части сашкомъ натянутая и слишкомъ резистентная, швы прорываются, или приносятъ мало пользы“.

Повидимому, *Czerny*¹⁶⁾ первый предложилъ шовъ грыжевыхъ воротъ. Методъ его слѣдующій: разрезать покровы надъ грыжей, вскрытіе грыжевого мѣшка и выправленіе содержимаго; перевязка грыжевого мѣшка струной, исцѣпленіе его; шовъ воротъ, для чего *Czerny* сшивалъ внутреннюю треть паховой связки съ фасціей приводящихъ мышцъ; дренажъ, шовъ кожи.

*Tricomi*¹⁷⁾ накладывалъ на грыжевые ворота 5 швовъ. Вводъ дѣлается сперва въ паховую связку, затѣмъ во влагалще бедренныхъ сосудовъ, въ гребенчатую фасцію, гребенчатую мышцу во всю ее толщину, въ лакунарную связку и снова въ паховую.

*Bottini*¹⁸⁾ сшиваетъ бедренное кольцо нѣсколькими швами ктутга.

*Guarneri*¹⁹⁾ сшиваетъ лакунарную связку съ паховой.

*Locewood*²⁰⁾—паховую съ Куперовой связкой.

*Lewu*²¹⁾ сшивалъ гребенчатую фасцію съ паховой связкой.

*Wood*²²⁾ проводилъ нить черезъ лакунарную связку, лонную

¹⁴⁾ *Hakenbruch*—Osteoplastische Radicaloperationen für grosse Schenkelbrüche. *Beilage Chirurgie* 1894 г. t. XI p. 779.

¹⁵⁾ *Tuffier*—Operation de la hernie crurale par voie inguinale. *Revue de chirurgie* 1896 г. стр. 240.

¹⁶⁾ *Czerny*—опр. по Wolf'у (Aus der Heiðelberger chirurgischen Klinik, des Prof. Czerny). Beiträge zur Radicaloperationen der Leisten und Schenkelhernien. Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1891 г. Bd. VII стр. 585.

¹⁷⁾ *Tricomi*—Congresso della società Italiana di chirurgia. Roma dal 25 al 27 ottobre 1891 г.

¹⁸⁾ *Bottini*—Congresso della società Italiana di chirurgia. Roma dal 25 al 27 ottobre 1891 г.

¹⁹⁾ *Guarneri*—Congresso della società Italiana di chirurgia. Roma dal 25 al 27 ottobre 1891 г.

²⁰⁾ *Locewood*—The radical cure of hernia, hydrocele and varicocele. 1893 г. стр. 176.

²¹⁾ *Lewu*—Die Radicaloperationen der nicht eingeklemmten Hernien in der Bener Klinik. Archiv. f. klinische Chirurgie. Bd. XLVI. S. 40.

²²⁾ *Wood*—Brit. med. J. 1885 г. t. I, p. 1184.

часть широкой фасции до бедренной вены, потому черезъ паховую связку.

*Küster*²³⁾ послѣ расщепленія и усѣченія грыжевого мѣшка закрываетъ грыжевые ворота глубокими швами изъ шелка, или серебра.

*Heidenthaler*²⁴⁾ закрываетъ грыжевые ворота, накладывая швы на окружающія ихъ фибриозныя тлани.

Результаты при швѣ грыжевыхъ воротъ хоти и лучше, чѣмъ при способѣ первой группы, но все-же заставляютъ желать еще многого. *Heidenthaler* приводитъ слѣдующіе результаты коренной операціи бедренной грыжи со швомъ воротъ, полученные въ клиникѣ Бильрота: операція произведена на 24 больныхъ, изъ нихъ: 3 умерла послѣ операціи отъ перитонита, одна вскорѣ послѣ операціи умерла отъ мазама, одна—отъ крупознаго воспаления легкихъ. У 13 больныхъ результаты неизвѣстны. Изъ остальныхъ 6 больныхъ 3 здоровы, у 3 возвратъ, наступившій

	у 1	черезъ 5 лѣтъ
	у 2	„ 6 лѣтъ
Больные здоровы:	„ 1	„ 2 года
„	„ 1	„ 4 года
„	„ 1	„ 6¼ года.

*Wolf*²⁵⁾ приводитъ результаты, полученные въ клиникѣ *Czerny*. Коренная операція бедренной грыжи по способу *Czerny*; 7 операцій произведено надъ неуцмеленной, 20 надъ уцмеленной бедренной грыжей. Результаты, полученные отъ первыхъ 7 операцій таковы: въ 4 случаяхъ результаты неизвѣстны, 3 больныхъ здоровы:

1	1 годъ
1	4¼ года
1	5 лѣтъ

Что касается 20 операцій при уцмеленной бедренной грыжѣ, то результаты ихъ таковы: у одной больной возвратъ, остальныхъ 19 больныхъ здоровы. При этомъ *Wolf* не указываетъ времени, въ теченіе котораго оперированные здоровы.

*Bünger*²⁶⁾ приводитъ результаты коренной операціи бедрен-

²³⁾ *Küster*—опр. по Bünger'у (Privatdoc. der Chirurgie in Marburg.) Zur Radicaloperationen der Hernien. *Deutsch. Zeitschrift f. Chir.* Bd. 38, 1894 г. S. 549.

²⁴⁾ *Heidenthaler*—см. раздѣл (7).

²⁵⁾ *Wolf*—смор. раздѣл (14).

²⁶⁾ *Bünger*—смор. раздѣл (12).

ной грыжи, полученные в клиник *Küster'a*; всего произведено 34 операции—во всех случаях наложены швы на грыжевые ворота. Одна операция при неущемленной бедренной грыже, 5 при направимой, 28 при ущемленной, умерло 3 от перитонита, результат неизвестен у 2, 6 больных носили бандажи и были здоровы:

1.....	8 летъ
1.....	7½ летъ
1.....	7 летъ
1.....	6½ летъ
2.....	6 летъ

Остальные больные были здоровы:

1.....	9 летъ
1.....	7½ летъ
2.....	6 летъ
3.....	5 летъ
1.....	4¾ года
1.....	4¼ года
1.....	4 года
1.....	3 г. 10 мѣс.
1.....	3 г. 2 мѣс.
1.....	3 г.
1.....	2 г. 11 мѣс.
1.....	2 г. 10 мѣс.
1.....	2 г. 8 мѣс.
1.....	2 г. 7 мѣс.
1.....	2 г. 1 мѣс.
1.....	1 г. 10 мѣс.
3.....	1¼ г.

Heidenthaler на основании своихъ исследований пришелъ къ заключенію, что возвраты при швѣ грыжевыхъ воротъ наступаютъ очень поздно (отъ 5—6¼ летъ). Поэтому результатамъ, полученнымъ в клиник *Küster'a*, нельзя придавать большого значенія, такъ какъ только у троихъ протекло послѣ операции отъ 6—9 летъ, а у остальныхъ—отъ 1¼ года до 5 летъ. На основаніи этого мы должны признать, что условия возврата паховыхъ и бедренныхъ грыжъ неодинаковы и если при паховыхъ грыжахъ возвраты послѣ двухъ летъ наблюдаются рѣдко, то при послѣднихъ далеко не такъ.

Итакъ мы имѣемъ слѣдующіе итоги послѣ операціи шва грыжевыхъ воротъ; по *Heidenthaler'у* на 3 операціи 3 возврата.

По <i>Wolf'у</i>	21	"	1
По <i>Bängner'у</i>	23	"	0
Итого.....	47		4

При этомъ нужно имѣть въ виду, что *Wolf* не указываетъ срока времени, въ теченіи котораго 19 оперированныхъ здоровы.

Перейдемъ теперь къ способамъ кореннаго леченія бедренной грыжи, при которыхъ грыжевые ворота закрываются со стороны пахового канала.

*Ruggi*²⁷⁾ основываясь на томъ, что со стороны бедра трудно закрыть грыжевые ворота, воспользовался для этой цѣли паховымъ методомъ, предложеннымъ еще *A. Coover'омъ*²⁸⁾ при ущемленныхъ бедренныхъ грыжахъ. Суть этого метода заключается въ достиженіи внутренняго отверстия бедреннаго канала черезъ разрывъ пахового. *Ruggi* разработалъ этотъ методъ на трупахъ и поступалъ двояко, смотря по тому, производилась ли операція по случаю направимой, или вправимой бедренной грыжи. Въ первомъ случаѣ онъ рекомендуетъ поступать слѣдующимъ образомъ: раскрывается кожа надъ паховой связкой; разрезъ—прямой, кривой, теобразный, смотря по объему грыжи. Послѣ вскрытія Скарповскаго углубленія, грыжевой мѣшокъ отдѣляется отъ окружающихъ частей, вскрывается; внутренности вправляются. Затѣмъ раскрывается апоневрозъ наружно-косой мышцы на ½ снт. выше паховой связки, чѣмъ вскрывается паховый каналъ. Связанный канатикъ, или круглая связка тулвымъ крючкомъ оттягивается кверху. Разсѣвается задняя стѣнка пахового канала и проводится винчикъ во внутреннее отверстіе бедреннаго канала, чтобы захватить грыжевой мѣшокъ и оттянуть его въ паховую область; мѣшокъ высоко перевязывается и ускакивает. Операція оканчивается зашиваніемъ бедреннаго канала, для чего спинается 3 швами паховая связка къ Куперовой; послѣ этого восстанавливается паховый каналъ. Во второмъ случаѣ *Ruggi* не вскрываетъ Скарповскаго углубленія, а сразу раскрываетъ паховый каналъ, доходитъ до шейки грыжевого мѣшка, раскрываетъ его, вправляетъ внутренности. Грыжевой мѣшокъ переводится въ паховой каналъ. Затѣмъ, по-

²⁷⁾ *Ruggi*—Metodo operativo nuovo per la cura radicale dell'ernia crurale. *Bullettino della scienze med.* di Bologna, ser VII, vol III 1892 г.

²⁸⁾ *A. Coover*—Anatomische Beschreibung und chirurgische Behandlung der Unterleibsbrüche. Weimar 1833. Переводъ съ итальянскаго.

ступается сходно съ предыдущимъ. При очень широкихъ грыжевыхъ воротахъ онъ совбтуетъ вырвать доскутъ изъ Куперовой связки и шивать его съ паховой. *Ruggi* съ успбхомъ оперировала на двухъ больныхъ.

Паховой методъ, кромѣ *Ruggi*, нашелъ себѣ послѣдователей въ лицѣ *Parlavechio*²⁹⁾ и *Tuffier*³⁰⁾. Первый проводилъ разръзъ на $\frac{1}{2}$ снт. выше паховой связки и начинался дохода на $\frac{1}{2}$ снт. до наружной ножки пахового канала. Цѣль этого разръза оставить нетронутой нижнюю часть пахового канала и сохранить оба его отверстія, имѣющія капитальную важность въ патогенезѣ паховой грыжи. *Tuffier* проводилъ разръзъ параллельно паховому каналу; разръзъ начинается отъ нижняго отверстия паховаго канала и идетъ на 4 поперечныхъ пальца вверхъ и наружу. Въ остальномъ *Parlavechio* и *Tuffier* поступаютъ сходно съ *Ruggi*.

При способахъ *Ruggi*, *Parlavechio* и *Tuffier* закрытіе грыжевыхъ воротъ представляеть тѣ-же затрудненія, какъ и при закрытіи ихъ со стороны бедра, ибо анатомическія условія остаются тѣми же самыми. Это наше предположеніе и подтверждается данными литературы. Такъ *Tuffier*—сторонникъ пахового метода—говоритъ: „въ двухъ случаяхъ я нашелъ бедренное кольцо настолько узкимъ, что мнѣ удалось сблизить его стѣнки, въ другихъ случаяхъ, мнѣ казалось возможнымъ приблизить посредствомъ шва паховую связку къ Куперовой и уменьшить такимъ образомъ размѣры грыжевыхъ воротъ“. Кромѣ того, при этихъ способахъ разрѣзается паховая каналъ, что ведетъ къ ослабленію его стѣнокъ, а это впоследствии можетъ послужить благопріятнымъ моментомъ для образованія паховой грыжи.

Чтобы покончить со способами первой группы намъ остается еще сказать о способахъ *Fabricius'a* и *Delagenier'a*.

*Fabricius*³¹⁾, исходя изъ того положенія, что при зашиваніи бедреннаго кольца трудно притянуть къ Куперовой связкѣ паховую, предложилъ отдѣлять ее отъ мѣста прикрѣпленія ея къ лобковой кости, а затѣмъ зашивать грыжевыя ворота. Онъ поступать такъ: отдѣлять прикрѣпленіе паховой связки къ бугорку лобковой кости; бедренные сосуды оттягиваются кнаружи и по-

мѣщаются надъ подвздошно-лоннымъ бугоркомъ, гдѣ и удерживаются. Внутренняя часть паховой связки пришивается 5—6 швами къ наcostицѣ горизонтальной вѣтви лобковой кости. Швы проводятся черезъ паховую связку, апоневрозъ гребенчатой мышцы, черезъ мѣсто прикрѣпленія этой послѣдней къ наcostицѣ горизонтальной вѣтви лобковой кости и черезъ саму наcostицу, заботясь о томъ, чтобы оттянуть паховую связку кзади и этимъ произвести суженіе воронки.

*Delagenier*³²⁾ проводитъ вертикальный разръзъ на уровнѣ бедреннаго канала, который заходить на 3 снт. выше паховой связки. Грыжевой мѣшокъ разсѣкается и на сколько возможно вытягивается. Паховая связка разсѣкается короткими ударами ножницъ во всю ея толщину. Шейка грыжеваго мѣшка отдѣляется отъ окружающихъ тканей, при постоянномъ вытягиваніи кнаружи, перевязывается струною и отсѣкается. На оба конца струны надвѣвается по шву, которыми порознь проводятся подъ брышную стѣнку и прободаютъ ее на $1\frac{1}{2}$ снт. выше верхняго края разръза паховой связки, а затѣмъ связываются вмѣстѣ. Чтобы уничтожить зияніе бедреннаго кольца, проводится 2, или нѣсколько струнныхъ швовъ черезъ гребенчатую фасцію и черезъ наcostицу, затѣмъ, задній конецъ каждой нити проводится черезъ паховую связку вблизи ея надрѣза (снаружи и снизу). Нити завязываются и паховая связка опускается такимъ образомъ къ горизонтальной вѣтви лобковой кости и кзади, при чемъ ее вертикальный разръзъ превращается въ треугольный зремежукъ, и, насколько возможно, непрерывнымъ струннымъ швомъ восстанавливаютъ бедренный каналъ; стежки этого шва начинаются у бедренной вены, глубоко проникаютъ въ толщу гребенчатой мышцы и его апоневрозъ; зашиваніе начинается возможно ниже и кончается у бедреннаго кольца.

При способахъ *Fabricius'a* и *Delagenier'a* достигается полное закрытіе внутренняго отверстия бедреннаго канала, но останется ли оно таковымъ впоследствии, или нѣтъ, трудно сказать. Дѣло въ томъ, что паховая связка представляеть изъ себя окончаніе наружно-косой мышцы живота и къ ней прикрѣпляются внутренне—косая и поперечная мышцы. Всѣ онѣ при своемъ сокращеніи будутъ оттягивать паховую связку вверхъ и мѣшать, такимъ образомъ, образованію рубца. Съ другой стороны, разсѣвая паховую связку, или отдѣляя ее отъ мѣста прикрѣпленія къ лобко-

²⁹⁾ *Parlavechio*—*Riforma medica* 20—21 febbraio 1893 г.

³⁰⁾ *Tuffier*—*сюрт. париж.* (13).

³¹⁾ *Fabricius*—*Ueber den Verschluss des Schenkelkanals bei Operationen von Schenkelhernien*. *Pea. Centralbl. für Chirurgie* 1893 г. № 5, S. 95.

³²⁾ *Delagenier*—*ex. parise* (31).

вому бугорку, мы изменяем топографическія отношенія паховога канала и, можетъ быть, способствуемъ образованію паховой грыжи въ замѣнъ бедренной, что и было у одного больного, надъ которымъ *Fabricius* оперировалъ по своему способу: Послѣ этого *Fabricius* прибавилъ къ своему способу еще наложение 2—3 швовъ на наружно-паховое кольцо.

Перейдемъ теперь къ способамъ третьей группы, цѣль которыхъ возстановить бедренный каналъ въ его первоначальномъ нормальномъ видѣ. Къ числу нихъ принадлежитъ способъ *Bassini* и *Maydl'a*.

Способъ *Bassini* ²¹⁾ заключается въ слѣдующемъ: дѣлается разрѣзъ кожи около и параллельно паховой связки; обнажается поверхность грыжеваго мѣшка и широкая фасція по периферіи грыжи; мѣшокъ вскрывается; сращения и ущемленія устраняются; содержимое вправляется; мѣшокъ отдѣляется отъ окружающихъ тканей. Затѣмъ слѣдуетъ перевязка и вправление мѣшка. Такимъ образомъ устраняется грыжа и открывается грыжевое отверстіе. Становятся видными серповидная складка, лакунарная связка и апоневрозъ, покрывающій гребешокъ лонной кости. При восстановленіи нормальныхъ анатомическихъ отношеній обращаютъ вниманіе на то, чтобы не оказывать давленія на бедренные сосуды, и поступаютъ такъ: соединяютъ внутренней конецъ паховой связки съ апоневрозомъ, покрывающимъ гребешокъ лонной кости, а серповидную складку—съ гребенчатой фасціей. Накладываются 3 шва, которые съ одной стороны захватываютъ задній и нижній край паховой связки, съ другой—гребенчатый апоневрозъ. Шовъ начинается на гребешкѣ лонной кости, проходитъ черезъ паховую связку около круглой связки у женщинъ и около сѣмянного канала у мужчинъ; другіе два шва кладутъ отъ перваго, третій шовъ лежитъ на одинъ сантиметръ отъ бедренной вены. Эти швы затягиваютъ не тотчасъ же, но сначала кладутъ другіе, соединяющіе серповидную складку съ соотвѣствующей частью гребенчатой фасціи.

Чтобы оцѣнить способъ *Bassini* нужно ознакомиться съ его глазами на бедренный каналъ. По *Bassini* *lacuna vasorum* широко раскрыта со стороны брюшной полости. Подбрюшинная клетчатка и брюшина проходятъ надъ ней. Какъ продолженіе *lacuna*

²¹⁾ *Bassini*—Neue Methode zur Radicalbehandlung der Schenkelbrüche. Archiv. Klinische Chirurgie 1894 r. t. XLVII p. 1.

vasorum на бедро нужно считать апоневротическое влагалище, которое образовано вокругъ бедренныхъ сосудовъ пластинками широкой фасціи бедра. Влагалище бедренныхъ сосудовъ образуетъ воронку съ загнутыми краями. Поверхностный листокъ широкой фасціи бедра, образующій переднюю стѣнку воронки прикрѣпляется къ гребенчатой фасціи и можетъ дѣлаться. Листки широкой фасціи спаиваются у большой подкожной вены. „Внутренняя бедренная грыжа“, по мнѣнію *Bassini*, „проходитъ черезъ внутреннюю часть сосудистой воронки и, пройдя $\frac{1}{2}$ ея, начинаетъ напирать на внутреннюю тонкую часть передней стѣнки. Стѣнка уступаетъ, рвется и грыжа—подъ кожей. Отъ разрыва возникаетъ известная форма lig. lacunaris и plicae falciformis“.

Способъ *Bassini* не выдерживаетъ критики уже потому, что основанъ на невѣрныхъ анатомическихъ данныхъ, какъ это видно изъ сравненія только что приведенной его топографіи бедреннаго канала съ предложенной мною. Грыжевой каналъ при его способѣ остается открытымъ, что будетъ способствовать возврату грыжи. *Bassini* оперировалъ на 51 больномъ*). У трехъ изъ нихъ двухсторонняя бедренная грыжа.

Больные здоровы: отъ 3—9 лѣтъ.....	27
„ 2—3 „	14
„ 1— $1\frac{1}{2}$ „	5
„ $\frac{1}{2}$ —1 „	1
меньше 6 мѣс.	4

Объ результатахъ, полученныхъ *Bassini*, нельзя еще ничего сказать, потому что у большинства больныхъ прошло сравнительно мало времени послѣ операціи.

Также нечего представлять объ анатоміи бедренно-грыжевого канала *Maydl'a* ²²⁾, который предложилъ видоизмѣненіе способа *Bassini*, заключающееся въ томъ, что онъ надрѣзаетъ паховую связку, чтобы было легче притянуть ее къ нагнестись лобковой кости, временно смѣщаетъ бедренные сосуды наружи и зашиваетъ позади ихъ сосудистое влагалище. Онъ допускаетъ, что бедренная грыжа спускается въ эфирное воронкообразное влагалище бедренныхъ сосудовъ, тогда какъ въ действительности послѣднее не принимаетъ участія въ образованіи грыжеваго канала.

Разсмотримъ теперь способы четвертой группы, и изъ нихъ

²²⁾ *Bassini*—en. parle (33).

²³⁾ *Maydl*—Die Lehre von Unterleibsbrüchen. Wien 1898 r.

мы прежде всего останавливаемся на тѣхъ способахъ, при которыхъ грыжевые порога закрываются со стороны брюшной полости грыжевымъ мышкомъ. Къ числу ихъ принадлежатъ способы *Ball'a*—*Heuston'a*, *Berger*, *Mak-Evens'a* и *Kocher'a*.

Способъ *Ball'a* ³⁶⁾, предложенный для кореннаго леченія паховыхъ грыжъ, былъ приспособленъ къ леченію бедренныхъ *Heuston'*омъ ³⁷⁾ и заключается въ слѣдующемъ: дѣлается бедренный разрывъ кожи; грыжевой мышокъ освобождается, расщепляется, содержимое мышка вправляется и онъ скручивается по своей оси. Скрученная шейка грыжевого мышка прокалывается иглой съ двойной струнной нитью и перевязывается въ два пучка. На концы нитей надвываются иглы, которыя проводятся черезъ переднюю брюшную стѣнку сзади напередъ, выше паховой связки. Грыжевой мышокъ отсѣкается и его шейка укрѣпляется на своемъ мѣстѣ посредствомъ связыванія нитей, проведенныхъ черезъ брюшную стѣнку. Бедренный каналъ закрывается однимъ, или несколькими швами.

Авторы этого способа полагаютъ, что шейка грыжевого мышка, закупоривая служенный бедренный каналъ, предохраняетъ отъ возврата грыжи. Этотъ способъ, по моему мнѣнію, скорѣй способствуетъ возврату грыжи, чѣмъ предохраняетъ отъ него. При немъ позади перевязанной шейки грыжевого мышка существуетъ воронкообразное углубленіе, куда будутъ стремиться внутренности подъ вліаніемъ внутрибрюшнаго давленія и давить на шейку грыжевого мышка, заложенную въ грыжевомъ каналѣ. Благодаря этому, она будетъ играть роль клина, который будетъ вгоняться все далѣе и далѣе, расширяя грыжевой каналъ и способствуя такимъ образомъ новому образованію грыжи.

При способѣ *Berger* дѣлается кожный разрывъ параллельно паховой связкѣ. Грыжевой мышокъ изолируется, расщепляется, перевязывается и усекается. Нити, перевязывающія его шейку, не отбрасываются, но на ихъ концы надвываютъ иглы, которыя проводятся подъ паховую связку и проникаютъ черезъ переднюю брюшную стѣнку сзади напередъ отдѣльно другъ отъ друга и оба конца ихъ связываются впереди апоневроза наружно-косой мышцы живота. Затѣмъ *Berger* зашиваетъ бедренный каналъ слѣдующимъ

образомъ: петля нити проходитъ подъ гребенчатую апоневрозъ и оба конца ея проходятъ черезъ бедренный каналъ: одинъ снаружи, другой снаружи, отдѣльно проводится черезъ паховую связку и связываются надъ ней. Нить, будучи связана, приближаетъ гребенчатую фасцію къ паховой связкѣ.

При способѣ *Berger* пришиваніемъ паховой связки къ гребенчатой фасціи закрывается наружное отверстие грыжевого канала. Получающееся при этомъ воронкообразное углубленіе, обращенное своимъ широкимъ концомъ къ брюшной полости, закрывается со стороны послѣдней культией грыжевого мышка, фиксированной однимъ швомъ къ передней стѣнкѣ живота. Мнѣ думается, что такое закрытіе внутреннего отверстия грыжевого канала не достигаетъ своей цѣли, такъ какъ трудно допустить, чтобы, весьма наклонная къ растяженію и фиксированная однимъ швомъ, брюшина была бы въ состояніи препятствовать новому выходу грыжи. Разъ это такъ, то вся сущность способа *Berger* сводится только ко шву грыжевыхъ воротъ со всеми его невыгодными послѣдствіями.

Kocher ⁴¹⁾ при коренномъ леченіи бедренной грыжи поступаетъ такъ: разрезъ параллельно паховой связкѣ черезъ кожу, подкожную клетчатку и рѣшетчатую фасцію до жира, окружающаго грыжу. Грыжевой мышокъ выдѣляется тушимъ путемъ до самаго грыжевого кольца. Поверхъ паховой связки дѣлается маленькое отверстие черезъ наружную ножку пахового канала. Кривые щипцы проводятся позади паховой связки внизъ; захватывается верхушка грыжевого мышка и вытягивается черезъ апоневрозъ наружно-косой мышцы живота. На мѣстѣ прохода шейки мышка черезъ апоневрозъ накладывается и туго завязывается одинъ шовъ. Затѣмъ накладываются швы такимъ образомъ, что они захватываютъ паховую связку, гребенчатую фасцію, Куперову связку и грыжевой мышокъ. Двама или тремя такими швами паховая связка прикрывается къ гребенчатой фасціи. Во избежаніе тромбоза не слѣдуетъ слишкомъ суживать бедренное кольцо.

Способъ *Kocher'a*, какъ и способъ *Berger*, представляетъ комбинацію шва наружнаго отверстия грыжевого канала съ закрытіемъ внутреннего отверстия его грыжевымъ мышкомъ, который протягивается въ отверстие, сдѣланное въ апоневрозъ наружно-косой мышцы живота. Мнѣ кажется, что при этомъ способѣ, несмотря на то, что грыжевой мышокъ укрѣпленъ прочнее, чѣмъ

³⁶⁾ *Ball*—Radical cure of hernia by torsion of the sac. Brit. med. j. 1887 г. т. II, p. 1272.

³⁷⁾ *Heuston*—Brit. medic. Journal 1887 г., т. II, p. 1406.

³⁸⁾ *Berger*—Traité de chirurgie Duplay et Reclus, т. VI, p. 738.

⁴¹⁾ *Kocher*—Chirurgische Operationslehre. 1894 г., стр. 162.

при способе *Berger*, онъ все-таки не можетъ, вследствие своей разтяжимости, препятствовать возврату грыжи. Кроме того, при этомъ способе грыжевой мѣшокъ сильно натягивается и на большомъ протяженіи отдѣляется отъ окружающихъ тканей, откуда къ нему идутъ кровеносные сосуды. Это можетъ повести къ разстройству его питания и къ омертвѣнію.

Способъ *Mac-Ewen's* ³⁹⁾, предложенный имъ для коренной операціи паховой грыжи, былъ приспособленъ къ лечению бедренныхъ грыжъ *Cushing* ⁴⁰⁾. При этомъ способѣ дѣлается бедренный разрѣзъ Грыжевой мѣшокъ изолируется отъ окружающихъ тканей; на его верхушку накладывается узловой струнный шовъ. Нить не обрывается, но на длинный конецъ ея надвѣвается искривленная игла, которой обѣ стѣнки туго натянутого грыжевого мѣшка прошиваются вдоль и насквозь нѣсколькими стежками. Проводятъ иглу подъ паховую связку и прокалываютъ ею переднюю брюшную стѣнку сади на одинъ-два сант. выше паховой связки. Затѣмъ тянуть за конецъ нити; благодаря этому грыжевой мѣшокъ собирается въ комочекъ; его помпачуютъ въ подбрюшинной кѣлчаткѣ надъ грыжевымъ кольцомъ. Конецъ нити укрѣпляется нѣсколькими стежками въ толщѣ брюшной мускулатуры. Послѣ этого соединяется швами лакунарная связка съ краемъ овальной ямки и съ серповидной складкой.

Этотъ способъ не выдерживаетъ критики уже потому, что при немъ грыжевой мѣшокъ, закрывающій въ видѣ комка внутреннее отверстие грыжевого канала, настолько лишается питания, вслѣдствіе перегибания его многими швами и отдѣленія его отъ окружающихъ тканей, отъ которыхъ къ нему идутъ сосуды, что онъ легко можетъ омертвѣть. Это наше предположеніе и подтверждается данными литературы. Такъ, *Heidenthaler* ⁴¹⁾ описываетъ 4 случая операціи по *Mac-Ewen* у, гдѣ наступило омертвѣніе грыжевого мѣшка.

Также не достигаютъ своей цѣли и тѣ способы, при которыхъ грыжевые ворота закрываются лоскутомъ изъ фиброзныхъ тканей, которые легко растягиваются, почему и не могутъ оказать достаточно сопротивленія внутри-брюшному давленію, и это под-

тверждается тѣмъ, что внутренности выходятъ изъ полости живота именно черезъ тѣ мѣста брюшныхъ стѣнокъ, гдѣ заложена одна фиброзная ткань. Къ числу этихъ способовъ принадлежатъ способы *Mayo*, *Poulet* и *Salzer*'a.

Mayo ⁴²⁾, при большихъ бедренныхъ грыжахъ, послѣ разсѣченія, усѣченія и выравниванія грыжевого мѣшка, закрываетъ грыжевые ворота лоскутомъ изъ подвздошно-гребенчатой фасціи.

Способъ *Poulet* ⁴³⁾ заключается въ слѣдующемъ: проводится разрѣзъ параллельно паховой связкѣ точнѣе же надъ ней въ 4 сант. длиною; онъ проникаетъ и черезъ заднюю стѣнку пахового канала. Грыжевой мѣшокъ освобождается отъ окружающихъ тканей; шейка его прошивается нѣсколько разъ металлическою нитью, концы которой проводятся черезъ брюшную стѣнку сади напередъ. Такимъ образомъ шейка мѣшка прикрѣпляется къ передней брюшной стѣнкѣ и отдѣляется брюшная полость отъ поля операціи. На бедрѣ, на 15 сант. внизу отъ паховой связки, дѣлается разрѣзъ вдоль передней прямой мышцы бедра, длиною въ 4 сант. Изъ внутреннего края сухожилья этой мышцы выкраивается сухожильная лента въ одинъ сантиметръ шириною. Подъ портяжной мышцей тупымъ путемъ пролагается путь къ грыжевому отверстию и корнцаломъ, выкроенная сухожильная лента, протягивается по этому пути въ паховый каналъ. Здѣсь она прикрѣпляется однимъ швомъ къ внутреннему отверстию пахового канала, а конецъ ея, въ 4—5 сант., пришивается къ мышцамъ передней брюшной стѣнки.

Этотъ способъ сложенъ, нарушаетъ анатомическія отношенія пахового канала. Кроме того, узкій, длинный лоскутъ, плохо снабженный кровью, грозитъ омертвѣніемъ.

Salzer ⁴⁴⁾ на основаніи одного случая большой бедренной грыжи, надъ которой онъ оперировалъ и получилъ хороший результатъ, предложилъ закрывать грыжевое отверстие полуцилиндрическимъ, выкроеннымъ изъ гребенчатой фасціи. Лоскутъ пришивается къ внутренней трети нижнего края пахового отверстия.

При способѣ *Salzer*'а закрывается только наружное отверстие

³⁹⁾ *Mac-Ewen*. On the radical cure of oblique inguinal hernia by internal abdominal peritoneal pad, and the restoration of the valved form of the inguinal canal. Brit. med. Journ. 1887 г., т. II, p. 1263.

⁴⁰⁾ *Cushing*. An improved method for the radical cure of femoral hernia. Boston med. and Surg. Journ. 1888 г., т. XIX, p. 546

⁴¹⁾ *Heidenthaler*—смотри выше (7).

⁴²⁾ *Mayo* Remarks on the radical cure of hernia. Annals of surgery. 1890. January.

⁴³⁾ *Poulet* (Lejon)—Guérison des hernies inguinales par l'autoplastie tendineuse. Congrès français de chirurgie. Revue chirurgie 1896, exp. 880.

⁴⁴⁾ *Salzer*—Eine Vorschlag zur Radikalheilung grosser Cruralhernien. Central f. Chirurgie. 1892 г., p. 665.

грыжевого канала, благодаря чему образуется воронкообразное углубление, способствующее возврату грыжи.

Чтобы повлиять со способами фиброзной пластики, мы должны еще упомянуть о способах *Remigio-Stechi* и *Codivilla*.

Remigio-Stechi ⁴³⁾ предлагает воспользоваться для закрытия грыжевых ворот у женщин средним отделом круглой маточной связки. Обычным образом грыжевой мышкой выдвигается и изъясается; затѣмъ отыскивается круглая связка; средняя часть ея вытаскивается въ грыжевое отверстие, разворачивается въ видѣ вѣера и сшивается снизу съ лакуарной связкой и лобкомъ, сверху—съ паховой связкой, снизу—съ апоневрозомъ, покрывающимъ гребешокъ лонной кости, снаружи—съ сосудистымъ влагалищемъ.

Грубое измѣненіе анатомическихъ условий круглой связки, играющей большую роль въ укрѣпленіи матки, измѣненіе анатомическихъ отношеній пахового канала говорятъ противъ этого способа, почему ему наврядъ-ли предстоитъ будущность.

Способъ *Codivilla* ⁴⁴⁾ представляетъ уже комбинацію фиброзной пластики съ мышечной. *Codivilla* проводитъ кожную разрывъ вдоль паховой связки; грыжевой мышкой освобождается отъ окружающихъ тканей, высоко перевязывается и усаживается. Внутренняя часть паховой связки отдѣляется отъ мѣста прикрѣпленія ея къ бугорку лонной кости; внутривисцеральная фасція также отдѣляется отъ задняго края паховой связки. Какъ при операци паховой грыжи по способу *Bassin*, подготавливается тройной слой, состоящій изъ внутренне-косой, поперечной мышцъ живота и внутри-брюшной фасции. Продольнымъ разрывомъ у верхняго края лонной кости отдѣляется Куперова связка отъ гребенчатой фасции и гребенчатой мышцы. Накостница отпрепарировывается на цѣломъ протяженіи отъ кости и сшивается съ тройнымъ слоемъ. Паховая связка пришивается впереди этого ряда швовъ къ наружному краю разрыва наконстницы лонной кости. *Codivilla* оперировалъ съ успѣхомъ на 10 больныхъ.

Слабая сторона этого способа заключается въ томъ, что отсѣченіе паховой связки отъ мѣста ея прикрѣпленія, или, что то же, отдѣленіе наружной ножки пахового канала, ведетъ къ расширенію наружнаго отверстия этого канала, укорачиваетъ его и превращаетъ его косое направленіе въ болѣе прямое, чѣмъ со-

⁴³⁾ *Remigio-Stechi*. Nuovo metodo di cura radicale nell'ania crurale della donna. 1898. Ferrara.

⁴⁴⁾ *Codivilla*. Zur Radicaloperation der Schenkelhernien Centr. f. Chirurgie 1898 r. № 28, p. 729.

даются условия, благоприятныя для развитія вполнѣтвѣи паховой грыжи.

Разсмотримъ теперь способы, при которыхъ внутреннее отверстие грыжевого канала закрывается костной тканью. Главный недостатокъ этихъ способовъ заключается въ томъ, что костная ткань, помѣщенная въ новыя условия, не остается таковой, а рассасывается. При этомъ, конечно, гетеропластика (кости) и при грыжахъ даетъ худшіе результаты, чѣмъ аутопластика. Къ числу авторовъ, примѣнявшихъ костную пластинку при коренномъ леченіи бедренной грыжи, принадлежатъ: *Trendelenburg*, *Thiriar* и *Hakenbruch*.

Hakenbruch ⁴⁵⁾, ученикъ *Trendelenburg*'а, подробно описываетъ способъ своего учителя, заключающійся въ слѣдующемъ: разрывъ начинается у лоннаго бугорка здоровой стороны, проходитъ надъ лоннымъ сращеніемъ почти до передне-нижней ости большой стороны. Послѣ разсѣченія, усаженія и перевязки грыжевого мышца, она прикрѣпляется къ паховой связкѣ, или передней брюшной стѣнкѣ. Послѣ этого выкраивается костный лоскутъ, для чего ставится широкое долото на переднюю поверхность лонной кости здоровой стороны на 1—2 сант. отъ лоннаго сращенія, и высвѣивается изъ нея и лоннаго сращенія косто-хрящевой лоскутъ въ 2 сант. шириною и нѣсколько миллиметровъ толщиной. Онъ выворачивается въ сторону грыжи и его верхній край заводится за паховую связку кровавой поверхностью кпереди и здѣсь прикрѣпляется струной. Мѣсто перегиба лоскута приходится въ области лоннаго бугорка.

Hakenbruch приводитъ 5 случаевъ коренной операци бедренной грыжи по способу *Trendelenburg*'а. У одного больного вскорѣ послѣ операци развился возвратъ. Второй больной выписался черезъ 8 недѣль. Третій больной черезъ 2 года здоровъ, но черезъ 1½ года развился паховая грыжа на большой сторонѣ. У четвертаго больного частичный неврозъ черезъ 2¼ года; при нападѣ замѣчается выбуханіе паховой области. Пятый больной здоровъ при выпискѣ, но ради осторожности награжденъ бандажемъ.

Наврядъ-ли кто будетъ пользоваться способомъ *Trendelenburg*'а при коренномъ леченіи бедренной грыжи, вслѣдствіе его сложности, обширности раненія и неудовлетворительныхъ результатовъ, которые онъ даетъ.

⁴⁵⁾ *Hakenbruch*—Osteoplastische Radicaloperationen für grosse Schenkelhernie. Beiträge Chirurgie 1894 r., t. XI, p. 779.

Thiariar ⁴³⁾ помещала обнавленную кость на уровни грыжевого отверстия, которая в своем положении удерживалась швами, служащими в то же время для сближения краев фиброзного кольца. Величина пластики должна превосходить величину кольца. Пластика обыкновенно берется от 3—5 см. длины, столько же ширины и 8—12 мм. толщины.

Способ *Thiariar*'а, оперировавшего на 21 больном, дает хорошие непосредственные результаты, но долгих наблюдений нетъ.

Теперь намъ остается рассмотреть миопластические способы коренного лечения бедренной грыжи, къ числу которыхъ принадлежатъ способы *Lotheissen*'а, *Garay*'а, *Schwartz*'а, *Lanelongue*'а, *Brenner*'а, *Waston-Cheyne*'а и *Stonham*'а.

Lotheissen ⁴⁴⁾ проводитъ надъ паховой связкой кожный разрывъ; раздвигаетъ апоневрозъ наружно-косой мышцы живота на одинъ миллиметръ выше паховой связки, при чемъ раздвигается наружно-паховое кольцо. Изолиция грыжевого мѣшка дѣлается сверху паховой связки, а при крѣпкихъ сращенияхъ—снизу ея. Мѣшокъ перевязывается, отсѣкается и культи его вправляется въ брюшную полость. Послѣ этого бедренная вена отдѣляется отъ окружающихъ тканей и для простора отстраняется внаружи. Пгла съ крѣпкой шелковой нитью вкалывается снаружи въ мышечный слой, проводится подъ контролемъ введеннаго подъ мышцу пальца въ толщъ мышцы и выводится въ свободный боковой край мышечной раны; оба конца нити вынимаются и захватываются зажимнымъ пинцетомъ. Такихъ швовъ накладывается 4—5. Затѣмъ слѣдуетъ проведение 4—5 швовъ черезъ Куперову связку, что составляетъ труднѣйшую часть операции. Эти нити назначены для того, чтобы, связывая ихъ съ мышечными нитями, притянуть сюда конецъ мышечнаго слоя. Для вѣрности накладывается одинъ шовъ между мышцами и паховой связкой. Затѣмъ зашивается апоневрозъ наружно-косой мышцы живота и кожа. Операция произведена 12 разъ. Возврата нѣтъ въ теченіе года.

При этомъ способѣ внутреннее отверстие грыжевого канала закрывается мышечной тканью передней брюшной стѣнки. Однако питаніе этой мышечной ткани, въ новыяхъ для нея условияхъ, должно, несомнѣнно, страдать влѣдствіе сильнаго натяженія. Въ первое

⁴³⁾ *Thiariar*—Utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies. Revue chirurgie 1893 г. стр. 412.

⁴⁴⁾ *Lotheissen*—Radicaloperation der Schenkelhernien. Centralblatt für Chirurgie. 1898 г. No 21 p. 548.

время послѣ операции сильное натяженіе швовъ грозитъ опасностью прорыванія ихъ, влѣдствіе чего закрытіе внутреннего отверстия грыжевого канала окажется недостаточнымъ.

Garay ⁴⁵⁾, на второмъ съѣздѣ Американскихъ хирурговъ, предложилъ закрывать грыжевое отверстие лоскутомъ изъ портняжной мышцы. Онъ поступаетъ такъ: раздвигаетъ покровы на уровнѣ грыжи, выдѣляетъ и отсѣкаетъ грыжевой мѣшокъ обычнымъ способомъ. Затѣмъ дѣлается продольный разрывъ кожи вдоль внутреннего края портняжной мышцы, которая итѣмъ разрывомъ обнажается; она раздвигается продольнымъ разрывомъ, параллельнымъ ея волокнамъ, на 2 половины; ея внутренняя половина раздвигается такимъ образомъ, чтобы получился продольно-внутренній лоскутъ; послѣ этого дѣлается разрывъ кожи, соединяющій разрывъ, проведенный на уровнѣ грыжи, съ разрывомъ, которымъ вскрытъ (обнаженъ) мускулъ. Эти разрывы представляютъ неправильное Н. Помощаютъ мышечный лоскутъ въ поперечный разрывъ; сшиваютъ концы мышечнаго лоскута съ паховой связкой, лагунарной связкой и съ гребенчатой фасціей и кожа зашивается.

Этотъ способъ, во первыхъ, настолько сложенъ, что врядъ ли кто-либо станетъ примѣнять его; во вторыхъ, мышечный лоскутъ идетъ поверхъ бедренныхъ сосудовъ и можетъ вызвать отеки, или varices, и въ третьихъ, онъ не достигаетъ дѣла, такъ какъ не закрываетъ внутреннего отверстия бедреннаго канала.

Schwartz ⁴⁶⁾ при большой бедренной грыжѣ въ 1892 г. закрылъ грыжевое отверстие мышечнымъ лоскутомъ, исходя изъ того положенія, что грыжа очень рѣдко проникаетъ черезъ мышечные слои. Онъ предлагаетъ закрывать грыжевое отверстие лоскутомъ изъ длинной приводящей мышцы, для чего изъ нея выкраивается лоскутъ длиной въ 6 сант. съ ножкой вверху. Сверху лоскутъ пришивается къ паховой связкѣ, снизу—къ апоневрозу гребенчатой мышцы, снаружи—къ сосудисто-мускульному влагалищу. *Gesland*—ученикъ Шварца—приводитъ 7 случаевъ операции по способу своего учителя. Результаты получались такіе:

У одного мужчины, довольно пожлого, у котораго было бронхитъ, наступилъ рецидивъ черезъ годъ.

2-й большой послѣ операции не являлся.

⁴⁵⁾ *Garay*—Un nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie crurale. Pes. n. la semaine med. 1896 г. p. 516.

⁴⁶⁾ *Prpsez, no Gesland*. De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale. Thèse de Paris. 1897 г.

3-я больная умерла от легочной чахотки через 15 мѣс. послѣ операции (Вскрытія не было).

4-я больная через 15 мѣсцевъ послѣ операции безъ возврата.

5-я больная через 13 мѣсцевъ безъ возврата.

6-я больная через 8½ мѣсцевъ безъ возврата.

7-я больная не показывалась.

*Lanelongue*²³⁾ закрываетъ грыжевое отверстіе четырехъ-стороннимъ лоскутомъ, вырваннымъ изъ гребенчатой фасціи и гребенчатой мышцы. Лоскутъ пришивается къ паховой связкѣ нѣсколькими швами изъ струны. Дѣлается разрѣзъ параллельно паховой связкѣ, лучше въ видѣ угла, открытаго внизъ и внаружи, — шпиль усваивается. Новымъ кожнымъ разрѣзомъ обнажается внутренний край гребенчатой мышцы, изъ которой выскакиютъ лоскутъ, толщину въ 1 сант.; заворачиваютъ лоскутъ вверхъ, такъ что его внутренний край приходится вдоль паховой связки, а наружный край смотритъ внизъ (что и видно на таб. 2 рис. № 3, взятомъ изъ диссертации ученика *Lanelongue-Fourgons*). Зашиваютъ влагалище гребенчатой мышцы, соединяя апоневрозъ длинной приводящей мышцы съ подвздошной фасціей. Шовъ кожи.

Fourgons приводитъ 10 случаевъ коренной операции бедренной грыжи по способу *Lanelongue*'а:

I. Женщина, 43 лѣтъ; двусторонняя бедренная грыжа; операция съ обычныхъ сторонъ. Здорова 2½ года послѣ операции.

II. Женщина, 60 лѣтъ; односторонняя бедренная грыжа. Здорова 2¾ года послѣ операции.

III. Женщина, 49 лѣтъ; ущемленная бедренная грыжа. Здорова 1¼ года послѣ операции.

IV. Мужчина; односторонняя ущемленная бедренная грыжа. Исходъ неизвѣстенъ.

V. Женщина; ущемленная бедренная грыжа. Здорова 10 мѣсцевъ послѣ операции.

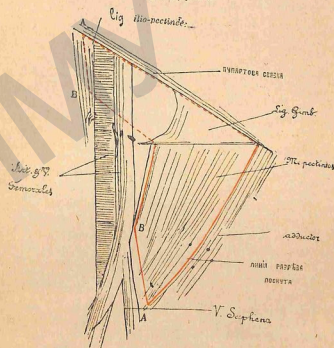
VI. Женщина, 43 л.; неущемленная бедренная грыжа. Здорова послѣ операции 11 мѣс.

VII. Женщина, 38 лѣтъ. Ущемленная бедренная грыжа. Здорова 8 мѣс. послѣ операции.

VIII. Женщина, 35 лѣтъ. Ущемленная бедренная грыжа. Здорова 7 мѣс. послѣ операции.

²³⁾ *Lanelongue*. — Прис. по *Fourgons*. De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale. Thèse pour le doctorat en médecine. 1898 г.

Таб. II, рис. 3.



IX. Женщина, 65 лѣтъ. Ущемленная бедренная грыжа. Здорова 8 мѣс. послѣ операціи.

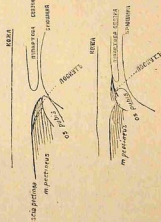
X. Женщина, 66 лѣтъ. Ущемленная бедренная грыжа. Здорова 8 мѣс. послѣ операціи.

*Brenner*²³⁾ предлагаетъ поступать при бедренной грыжѣ слѣдующимъ образомъ: разсѣченіе и усилченіе грыжевого мѣшка, выкраиваніе лоскута изъ гребенчатой фасціи и мышцы, съ основаніемъ у лонной кости — лоскутъ имѣетъ клинообразную форму —

Рис. 7.



Рис. 8.



и сшиваніе сверху его съ нижнимъ краемъ паховой связки, снаружи — съ тканью, принадлежащей сосудистому пучку. Ходъ операціи виденъ на рисункахъ 7 и 8, взятыхъ изъ статьи *Brenner'a*.

По своему способу *Brenner* оперировалъ на 11 мужчинахъ и 43 женщинахъ.

11 мужчинъ:

7 разъ односторонняя неущемленная грыжа...	7
3 раза двухсторонняя	6
1 разъ комбинированная съ паховой.....	1

14

²³⁾ *Brenner* — Zur Radicaloperationen von Cruralhernien nach F. Salzer, Centralblatt für Chirurgie. 1899 г. стр. 1169.

43 женщины:

14 разъ односторон. неущемленная, но отчасти невыправимая.....	14
6 разъ двухсторонная (одинъ разъ ущемленная на одной сторонѣ).....	12
23 раза ущемленная	23
	49

Итого: 14 + 49 = 63.

Результаты:

Мужчины.....	7 здоровы
"	3 безъ вѣсти
"	1 возвратъ
Женщины	30 здоровы
"	11 безъ вѣсти
"	2 возврата.

Итого: 63 — 3 — 11 = 49 (известныхъ).

На 49 операций 3 возврата.

Продолжительность выздоровленія:

Больше 2 лѣтъ	23 случая
Меньше 2 "	22 "
	45 случ.

*Waston-Cheyne*⁵⁴⁾ закрываетъ грыжевое отверстіе доскутою изъ гребенчатой мышцы. Онъ поступаетъ такъ (смотри рис. 9): разрѣзъ кожи, грыжевой мѣшокъ отдѣляется отъ окружающихъ тканей, шейка мѣшка перевязывается и пришивается къ брюшной стѣнкѣ (А). Изъ гребенчатой мышцы намѣчается доскутъ достаточной величины, чтобы выполнить бедренный каналъ безъ какого-либо натяженія, содержащій всю толпу мышцы. Разрѣзъ въ мышцѣ начинается у внутренней стѣнки бедреннаго канала и идетъ на короткомъ разстояніи, параллельно паховой связкѣ, затѣмъ загибается книзу, внаружи и вверхъ. У двухъ нижнихъ угловъ доскута проводится и завязываются петли такъ, чтобы хорошо удержать мускулъ. Это и видно на рисункѣ 9.

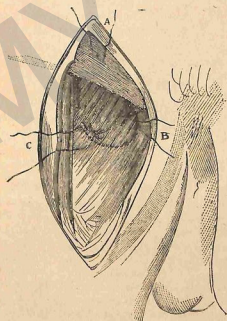
Доскутъ отвергается отъ кости и нити, находящіяся въ концѣ его, проводится черезъ брюшную стѣнку: одна (внутренняя В)—выше паховой связки, другая (наружная С)—тотчасъ же надъ паховой связкой, смотри рис. 10.

⁵⁴⁾ *Waston-Cheyne*—The radical cure of hernia. The Lancet 1892 г. nov 5. т. II. p. 1039.

Результатъ операции тотъ, что бедренный каналъ совершенно выполняется толстой мышечной массой, которая скоро соединяется съ краями канала и хотя, говорить *Waston-Cheyne*, «ея мышечные элементы могутъ атрофироваться, все-таки останется плотная масса фиброзной ткани».

Waston-Cheyne оперировать въ 2 случаяхъ, и результаты, по

Рис. 9.



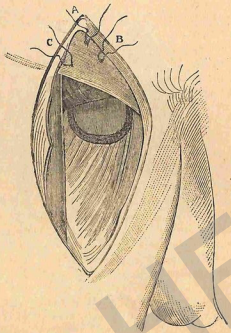
его словамъ, получились прекрасные: область бедреннаго канала выполнена плотной массой безъ малѣйшаго выпячиванія при кашлѣ и оперированный не носитъ бандажа.

1 случай. Женщина, 47 лѣтъ. Опухоль съ большой апельсинъ. Операция 21-го іюня 1892 года. Грыжевой каналъ легко пропускаетъ два пальца. Операция вышеописаннымъ способомъ. Больная показалаась 7-го октября 1892 года; она совершенно здорова и не замѣчаетъ никакого выпячиванія при кашлѣ.

II случай. Женщина, 45 летъ. Опухоль съ яйцо. Операция 28-го июня, въ октябрь—область канала выполнена плотной массой и не замѣчается ни малѣйшаго выпячивания при кашлѣ.

Какъ только былъ опубликованъ способъ *Waston-Cheyne*, было прислано къ издателю *Lancet'a* письмо отъ *Stonham'a*, который утверждаетъ, что лишь еще въ 1888 году была произведена коренная

Рис. 10.



операция бедренной грыжи такъ, какъ описалъ *Waston-Cheyne*. Разница только та, что *Stonham* ⁵²⁾ не считаетъ необходимымъ извѣщать всю толщу гребенчатой мышцы, а довольствуется гребенчатой фасцией и участкомъ (portion) подлежащей мышцы, количество которой зависитъ отъ толщины и кривости, покрывающей мышцу фасции. Такимъ образомъ *Stonham* оперировала 4-хъ

⁵²⁾ *O. Stonham*—Письмо издателю *Lancet'a*. *Lancet* 1892 г. Nov. 19 p. 1198.

больныхъ. 3 изъ нихъ чувствуютъ себя прекрасно. У четвертаго, оперированнаго по поводу ущемленія, продолжавшагося 5 сутокъ, на 10-й день послѣ операции образовался малѣйшій кишечный свищъ. Это письмо написано по прошествіи 2—3 недѣль со дня послѣдней операции. Письмо *Stonham* заканчивается такъ: „Операция эта цѣлесообразна, здравая по причину, не представляетъ трудности при исполненіи и даетъ прекрасные результаты.“

Чтобы сдѣлать отъкъ способовъ, основанныхъ на закрытіи грыжевого отверстія, посредствомъ различнаго рода мышечныхъ лоскутковъ, мы прежде всего должны установить, въ какой степени мы вправѣ рассчитывать на сохраненіе мышечной ткани, какъ таковой, послѣ перенесенія ея на новое мѣсто?

Еще въ 1881 г. *Th. Gluck* ⁵⁶⁾ произвелъ цѣлый рядъ опытовъ надъ пересадкой мышцъ у животныхъ и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: трансплантатія мышцы вмѣстѣ съ сухожиліемъ, или безъ него, при соблюденіи антисептики, при устраненіи ушиба и при тщательномъ наложеніи шва, удается всегда безъ исключенія. Энергичный процессъ регенератіи въ пересаженномъ лоскутѣ наступаетъ въ томъ лишь случаѣ, если будетъ устранена воспалительная реакція, другими словами, въ тѣхъ случаяхъ, когда получается *resulto per prima*. Фиброзное перерожденіе мышечнаго лоскута обратно пропорціонально интенсивности реактивнаго воспаления. Регенератія поперечно-полосатыхъ мышцъ происходитъ тѣмъ быстрѣе, чѣмъ боже мы въ состояніи устранить воспалительную реакцію. Если наступаетъ воспаление и инфильтрація, то пересаженный лоскутъ превращается въ фиброзную ткань. Въ этихъ случаяхъ, которые можно считать неблагоприятными, мышцу можно возвратитъ специальную ея функцію, путемъ осторожной сарадизаціи и тщательнаго ухода.

Dr. H. Helferick ⁵⁷⁾, на основаніи только-что приведенныхъ выводовъ *Gluck'a*, оперируя на 36 лѣтн. женщинѣ опухоль на плечѣ, поступилъ слѣдующимъ образомъ: съѣвша половина двуглавой мышцы плеча, за исключеніемъ узкой мышечной полоски, идущей по наружному краю мышцы, толщиною въ карандашъ; удаленная часть мышцы была замѣнена двуглавой мышцей бедра собаки. Черезъ 2 мѣсяца испытаніе электричествомъ переса-

⁵⁶⁾ *Th. Gluck*—Ueber Muskel und Sehnenplastik. *Arch. f. Klinisch. Chirurgie* 1883 г. Bd. XXVI.

⁵⁷⁾ *Dr. H. Helferick*—Ueber Muskeltransplantation beim Menschen. *Arch. f. klinisch. Chirurgie*. 1883 г. Bd. XXVIII. p. 562.

женного лоскута, ровно какъ и вышшаго (удблвшшаго) края, даю нормальную реакцію для обонхъ видовъ тона и на оба полюса батарейнаго. Черезъ 3 мѣсяца активнаго движенія почти нормальны. Пересаженный мышечный лоскутъ имѣетъ 12 сант. длины, окружность тѣ его вяжяго конца—10—11 сант.

*Schwartz*⁵⁸⁾ оперировалъ по другой причинѣ больного, у котораго годъ тому назадъ было произведено закрытіе паховаго канала посредствомъ мышечнаго лоскута изъ прямой мышцы живота; онъ нашелъ, что лоскутъ вполнѣ сохранился мышечнымъ. По поводу этого случая *Gesland* произвелъ 4 опыта на собакахъ. Двѣ собаки погибли черезъ 48 часовъ послѣ операціи. 3-я собака убита черезъ 2 мѣсяца. Мышечный лоскутъ изъ правой мышцы живота макро—и—микроскопически нормаленъ, безъ сдѣловъ атрофіи. 4 случай: лоскутъ изъ большой грудной мышцы пришитъ къ апоневрозу наружно-косой мышцы живота, черезъ мѣсяць макро—и—микроскопически нормаленъ.

*Fourgous*⁵⁹⁾ на двухъ собакахъ сдѣлалъ сдѣдную операцію: лоскутъ изъ гребенчатой мышцы онъ пришивалъ къ паховой связкѣ. Одна собака скоро околѣла, другая убита черезъ 1/2 года. Мышечный лоскутъ уменьшился на половину. Въ центрѣ была мышечная ткань, а по периферіи она переродилась въ фиброзную ткань, можетъ-быть, вслѣдствіе нагноенія.

*А. Деминъ*⁶⁰⁾ произвелъ на обонхъ сторонахъ собаки искусственную бедренную грыжу и закрылъ отверстие посредствомъ мышечнаго лоскута, взятаго изъ гребенчатой мышцы. Случай протекалъ съ нагноеніемъ. Собака убита черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи, когда все уже зажило. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ пересаженномъ лоскутѣ, на правой сторонѣ, мышечная волокна гораздо тоньше, чѣмъ въ той мышцѣ, откуда былъ взятъ лоскутъ. Число ядеръ увеличено; поперечная исчерченность видна хорошо и явленій перерожденія нѣтъ. Въ общемъ картина, напоминающая атрофію отъ недѣлятельности. На лѣвой сторонѣ сильно развита соединительная ткань вокругъ мышечнаго лоскута, но атрофіи волоконъ не замѣтно. Отверстіе, искусственно продѣланное подъ паховой связкой, куда былъ помѣщенъ лоскутъ, паотно закрыто на обонхъ сторонахъ. Мышца, откуда былъ взятъ лос-

⁵⁸⁾ *Schwartz*—смотри ранѣе (51).

⁵⁹⁾ *Fourgous*—смотри ранѣе (52).

⁶⁰⁾ *А. Деминъ*—Корейная операція бедренной грыжи по способу Прокушнѣва. Хирургія, томъ V, 1899 г. стр. 237.

кутъ, имѣла совершенно нормальный видъ. Апоневрозъ надъ ней возстановился.

По опытамъ *Gesland*, *Fourgous* и *Деминъ* можно уже высказаться, что мышечный лоскутъ сохраняетъ свое строеніе послѣ перенесенія его на новое мѣсто. Возраженія, что при этихъ опытахъ изслѣдованіе пересаженнаго лоскута было произведено слишкомъ скоро послѣ операціи, устраняются наблюденіемъ *Schwartz*, въ которомъ мышечная ткань осталась таковой въ теченіе дѣлаго года.

На основаніи этихъ наблюденій мы должны признать, что способы коренной операціи бедренной грыжи, основанные на мышечной пластикѣ, вполнѣ удовлетворяютъ тѣмъ требованіямъ, которыя мы предъявляемъ къ этой операціи.

Намъ остается разсмотрѣть насколько выше описанные 5 способовъ находятся въ соответствіи съ анатомическими условіями бедренной грыжи. При способахъ *Schwartz*'а, *Brenner*'а и *Lanelongue*'а мышечный лоскутъ пришивается такъ, что онъ закрываетъ только наружное отверстіе грыжеваго канала, почему самъ каналъ остается открытымъ¹⁾. Это, конечно, будетъ способствовать новому образованію грыжи. Результаты, полученные *Schwartz*'омъ и *Brenner*'омъ, подтверждаютъ наше предположеніе. *Schwartz* на 7 операціи получилъ одинъ рецидивъ. Изъ 6 остальныхъ больныхъ у 2 результатъ неизвѣстенъ, а у остальныхъ больныхъ послѣ операціи прошло только отъ 8 1/2 до 15 мѣсцевъ. *Brenner* получилъ 3 возврата на 49 операціи. При этомъ у 22 больныхъ протекло меньше 2 лѣтъ послѣ операціи. Результаты, полученные *Lanelongue*'омъ, еще ничего не говорятъ, такъ какъ прошло слишкомъ мало времени послѣ операціи: у 6-ти оперированныхъ—отъ 8—10 мѣсцевъ.

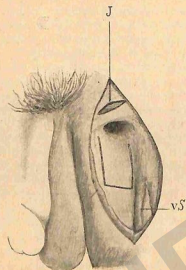
При способахъ *Waston-Cheyne*'а и *Stonham*'а грыжевой каналъ закрывается лоскутомъ изъ гребенчатой мышцы, заложенымъ въ него въ видѣ пробки. Верхній конецъ лоскута фиксируется въ темнотѣ къ передней брюшной стѣнкѣ двумя швами. Пришивая мышечный лоскутъ безъ всякаго контроля, мы не можемъ видѣть, какъ онъ закрываетъ внутреннее отверстіе грыжеваго канала. Между тѣмъ это необходимо видѣть, чтобы правильно приладить лоскутъ. Вслѣдствіе слабаго прикрывленія лоскута къ передней брюшной стѣнкѣ онъ можетъ смѣститься подъ

¹⁾ Это между прочимъ отчетливо видно на выше приведенномъ рисункѣ № 8 *Brenner*'а.

вливанием внутри-брюшного давления. Кроме того, при этих способах, в особенности при способе *Stankam'a*, который для лоскута берет только часть гребенчатой мышцы, между нижней поверхностью лоскута и Куперовой связкой, остается промежуток, в который могут проникать внутренности.

Изъ всего сказанного мы видим, что нѣтъ ни одного способа коренного леченія бедренной грыжи, который вполнѣ удо-

Рис. 11



влетворять бы выше указаннымъ требованіямъ. Это и заставило меня заняться на трупахъ разработкой данного вопроса. Мнѣ удалось выработать способъ, при которомъ, со стороны брюшной полости, въ области внутренняго отверстія грыжевого канала, создается вертикально расположенная мышечная сѣтка, которая, по моему мнѣнію, должна вполнѣ предохранять отъ возврата грыжи.

Предлагаемый мною способъ заключается въ слѣдующемъ: продольный кожный разрывъ по днѣмъ грыжевого канала, кончающійся у нижняго конца грыжи. Последнее разсѣченіе тканей, лежащихъ надъ грыжевымъ мѣшкомъ и его отдѣленіе отъ нихъ. Грыжевой мѣшокъ, послѣ разсѣченія и вправленія внутренностей,

высоко перевязывается и ушивается. Культи вправляются въ брюшную полость. Изъ гребенчатой мышцы и гребенчатой фасціи очерчивается ножомъ лоскутъ, съ основаніемъ у гребешка лонной кости (см. рис. 11), отъ котораго начинается гребенчатая мышца. Длина лоскута 3—4 сант.; ширина его зависитъ отъ размѣровъ внутренняго отверстія грыжевого канала. Лучше брать лоскутъ шире, такъ какъ онъ сокращается. Толщина лоскута должна быть не менѣе половины толщины гребенчатой мышцы.

Черезъ оба угла нижняго края мышечнаго лоскута проводятся нити. Затѣмъ дѣлается точчасъ же надъ паховой связкой, въ области внутренняго отверстія грыжевого канала, разрывъ, ве-

Рис. 12



личною въ 1—1,5 сант., параллельно паховой связкѣ. Разсѣкается апоневрозъ наружно-косой мышцы живота (см. рис. 11). Круглая связка, или сѣмянной канатикъ, отодвигаются къверху. Черенкомъ скальпеля изъ желоба паховой связки отодвигаются внутренне-косая и поперечная мышцы живота, а затѣмъ отдѣляется внутри-брюшная фасція. Черезъ сдѣланное отверстіе проводится кордъ въ грыжевой каналъ, а отсюда въ овальную ямку. Изъ захватываются и выводятся въ отверстіе надъ паховой связкой нити, проведенныя въ мышечномъ лоскутѣ. Мышечный лоскутъ протягивается при помощи нитъ черезъ грыжевой каналъ и нижній конецъ его выводится черезъ отверстіе надъ паховой связкой. Излишекъ лоскута отсѣкается и онъ пришивается къ апоневрозу наружно-косой мышцы живота, плотно закрывая отверстіе, продѣланное нами въ передне-брюшную стѣнѣ (см. рис. 12). Такимъ

образом внутреннее отверстие грыжевого канала совершенно закрывается со стороны брошной полости.

Нижне паховой связки сшиваются остатки гребенчатого апоневроза съ влаगाщцем сосудомъ. Затѣмъ шовъ кожи.

По моему способу было сдѣлано 5 операций: двѣ въ хирургической клиникѣ Иверской общины сестеръ милосердія, въ Москвѣ, профессоромъ П. И. Дяконовымъ, одна въ Факульт. Московской хирургической клиникѣ ассистентомъ ея докторомъ Рудневымъ, одна въ Александровской больницѣ куп. общ. проф. П. И. Дяконовымъ и одна въ первой Городской Московской больницѣ д-ромъ Киселевымъ. Я подробно изложу исторію оперированныхъ.

1. Людмила Б. ²⁾, 36 лѣтъ. Поступила въ Иверскую хирургическую клинику 19 октября 1898 года. Больная перенесла въ дѣтствѣ корь, скарлатину, нѣсколько разъ ангину. Съ 15 лѣтъ стала быстро полнѣть; съ 17 лѣтъ страдаетъ катарромъ кишекъ; 3 года назадъ были приступы подagra. Грыжу замѣтила впервые въ июнѣ 1898 года; она была продолговатой формы, около 2½ сент. въ длину, безболѣзненна. 21 августа 1898 года сильная боль въ правой подложной впадинѣ; грыжа увеличилась, стала твердой. Черезъ 5—6 часовъ все явленіе исчезло. Подобный же приступъ повторился 18-го октября 1898 года.

Больная хорошаго сложенія, выходящая къ ожирѣнію. Вѣсъ 72,5 грм. Послѣ ѣды вдутие и боль подъ ложечкой; запоры. На правомъ бедрѣ тотчасъ же ниже паховой связки овальная опухоль; длинный поперечникъ ея 5 сент., короткій 3—4 сент. Опухоль упруга, безболѣзненна, исправима. При постукиваніи надъ опухолью звукъ тупой. Остальные органы въ порядкѣ.

Операция 20 октября 1898 года. Продольный разрывъ по всей опухоли и послѣдующее разсѣченіе подлежащихъ тканей. На грыжевомъ мѣшкѣ, плотно сросшихся съ нимъ, сидѣтъ большой жировикъ. Грыжевой мѣшокъ выдѣленъ изъ окружающихъ тканей, вытянутъ, перевязанъ у основанія и утъченъ вмѣстѣ съ жировикомъ. Содержимое въ грыжевомъ мѣшкѣ не было. Для закрытія грыжевого отверстия изъ толщи гребенчатой мышцы выкроено языкообразный лоскутъ въ 3—4 сент. длины, 1 сент. ширины и ½ сент. толщины. Апоневрозъ отъ мышцы не отдѣленъ. Свободный край лоскута обращенъ книзу; лоскутъ приподнятъ (т. е. повернуть своей оковалеваной поверхностью кпереди) и введенъ въ бедренный каналъ. Конецъ лоскута вытянуть черезъ

²⁾ Изъ журнала „Хирургія“, № 27. 1899 г.

отверстіе, сдѣланное въ апоневрозѣ наружно-косой мышцы живота надъ паховой связкой, и укрѣпляетъ петлеобразнымъ швомъ, концы котораго выведены на кожу. Вся рана зашита безъ погружныхъ швовъ. При зашиваніи раны ниже паховой связки въ шовъ захватили апоневрозъ гребенчатой мышцы и сосудистое влагалашце. Температура послѣ операціи не повышалась. Рана зажила первымъ натяженіемъ, за исключеніемъ одного уголка верхняго шва, откуда при надавливаніи выдѣлялось нѣсколько капель гноя. Въ декабрѣ этотъ ходъ выскочилъ, и излечена нитка, которой былъ перевязанъ мѣшокъ. Затѣмъ нѣсколько разъ производилось повторное выскабливаніе, при чемъ была излечена нить, наложенная на сосуды. Наконецъ рана совершенно закрылась къ 24 февраля 1899 г. Область бедреннаго канала выполнена платной массой. Ни малѣйшаго намека на выпячиваніе. Больная и по настоящее время находится подъ наблюденіемъ д-ра А. А. Дегина и, по его словамъ, не замѣчается ни малѣйшаго намека на выпячиваніе, даже и при кашлѣ.

II. Татьяна К. ¹⁾, 28 лѣтъ; поступила въ Московскую Факультетскую хирургическую клинику 6-го февраля 1899 года. Больная изъ крестьянъ Смоленской губерніи. Замужемъ 9 лѣтъ и у нее было трое дѣтей. Съ 10—15 лѣтъ больная страдала гинецеціемъ изъ праваго уха. Настоящая болѣзнь появилась годъ 1½ тому назадъ при слѣдующихъ обстоятельствахъ: спустя 4 недѣли послѣ послѣднихъ родовъ больная хотѣла снять камень съ кадки, пудовъ около 3-хъ; послѣ этого она почувствовала ноющую боль въ правомъ паху. Въ маѣ прошлаго года больная, кушась, случайно замѣтила у себя въ правомъ паху опухоль. Эта опухоль по временамъ дѣлалась болѣзненною. Въ июлѣ, декабрѣ 1898 года и январѣ 1899 года были очень сильныя боли, продолжающіяся около 2 часовъ. Боли появлялись безъ всякой причины: не было ни погрѣшности въ ѣдѣ, ни поносовъ, ни запоровъ.

Больная хорошаго сложенія и питанія. Въ правомъ паху сейчасъ же подъ паховой связкой замѣчается опухоль величиною съ куриное яйцо. При кашлевыхъ толчкахъ эта опухоль увеличивается. Грыжа легко вправляется, при чемъ прощупывается кольцеобразное отверстие, черезъ которое выходитъ грыжа. Перкуссия даетъ неясно-тимпаническій звукъ. Другіе органы нормальны.

¹⁾ Исторія болѣзни взята изъ Московской Факультетской хирургической клиники.

Коренная операция произведена доктором *Рудневым*. Продольный разрыв по всей опухоли. Последнее разсечение подлежащих тканей. Грыжевой мѣшок разсечен. В немъ былъ салникъ, который вправленъ обратно въ брюшную полость. Грыжевой мѣшокъ вытннутъ, перевязанъ у основанія и закрытъ. Диаметръ грыжевого кольца $1\frac{1}{2}$ сант. Для его закрытiя выкроенъ мышечный лоскутъ изъ *m. rectae*, длиною 3—4 сант., около 2 сант. шириною. Въ составъ лоскута входило болѣе половины толщи мышцы. Лоскутъ черезъ грыжевой каналъ введенъ въ отверстiе, сдѣланное въ апоневрозѣ наружно-косой мышцы живота и здѣсь пришитъ. Послеоперационный періодъ протекалъ правильно, и больная черезъ 3 недѣли послѣ операции выписалась изъ клиники совершенно здоровой. Бедренный каналъ выполненъ плотной массой. Не наблюдается ни малѣйшаго выпячиванiя. Больная послѣ выписки изъ клиники нѣсколько разъ показывалась для осмотра. И не смотря на то, что она исполняетъ всѣ трудныя крестьянскія работы, у нея нѣтъ ни малѣйшаго выпячиванiя, и грыжевой каналъ до настоящаго времени выполненъ плотной массой. Эти послѣднiя свѣдѣнiя сообщены мнѣ ассистентомъ Факультетской хирургической клиники докторомъ *Рудневымъ* 1 февраля 1900 года, за что и приношу ему болшую благодарность.

III. *) Екатерина А., 58 лѣтъ. Поступила въ Иверскую хирургическую клинику 21 декабря 1899 года. Около 10 лѣтъ назадъ, больная замѣтила въ правомъ боку маленькую опухоль, которая какъ будто бы выходила изъ живота; опухоль постепенно становилась больше, однако ничѣмъ болѣзнь не беспокоила. Опухоль временами увеличивалась, а временами уменьшалась. 6-го ноября 1899 года, послѣ ужина, у больной сразу появились сильныя боли подъ ребрами, урчанiе въ животѣ и рвота, 2 раза за ночь; ночью не спала; въ 9 часовъ утра опять тошнота, рвота; приняла касторовое масло, и къ вечеру послабѣло. Въ это время она замѣтила, что было «выпираніе опухоли». Вечеромъ 20-го декабря 1899 года въ $7\frac{1}{2}$ час. больная почувствовала сильную боль во всемъ животѣ, явилась тошнота, а затѣмъ рвота, частью пищей, частью каломъ и коричневыми массами; рвота до 10 часовъ утра повторялась 6 разъ; съ 10 часовъ боли стали легче, но рвота продолжалась; поставленная клизма вышла назадъ безъ кала; однако въ $12\frac{1}{2}$ часовъ большую само-собой

*) Исторiя болѣзни вѣсти изъ хирургической клиники Иверской общины.

послабѣло, а въ 3 часа дня 21-го декабря она поступила въ клинику; здѣсь еще послабѣло въ $3\frac{1}{2}$ часа, но очень мало.

Больная слабого сложенiя; общее похудѣніе, вѣсъ 45 кл. Цвѣтъ кожныхъ покрововъ желтоватый, темпер. 37.3 . Грудная клятка узкая, лопатки выстояты; въ легкихъ ничего ненормальнаго; толчокъ сердца по дѣвой, передней, подмышечной линiи; въ межреберномъ промежуткѣ въ мѣстѣ сердечнаго толчка ясно видно выпячиваніе при ударахъ сердца. Шумъ съ первымъ временемъ у верхушки; пульсъ 100 въ минуту, напряженный; артерiи сильно склерозированы. Аппетитъ паховой; отравленіе желудочно-кишечнаго канала до сего времени, болшей частью, ежедневно; мочеиспусаніе свободно; въ мочѣ бѣлокъ и индикаль. Животъ вздутъ, въ правой подвздошной области притупленный звукъ; ощущеніе болѣзанiе. Клизму отъ срединнаго отдѣла паховой связки овальная опухоль; длинныя ея поперечныя 12 сант., короткiя 8 сант.; опухоль твердая, даетъ при постукиванiи тупой звукъ, болѣзанiе; кожа надъ ней нормальная. Больная продолжаетъ испытывать боли. Въ 4 часа болная приняла ванну, а въ $6\frac{1}{2}$ часовъ 21 декабря сдѣлана операция. Разрывъ по длинной разрыву опухоли (параллельно паховой связкѣ). Очень тонкой грыжевой мѣшокъ оказался сейчасъ же подъ слоемъ клятки; онъ разрывалъ и изъ него вытекала бурая, но прозрачная, безъ запаха, грыжевая вода. Содержимымъ грыжи оказалась салникъ, приращенный къ грыжевому мѣшку. Вены салника переполнены кровью. Кромѣ того, въ мѣшкѣ находилась петля тонкой кишки темнокіслетого цвета, но безъ признаковъ омертвѣнiя; выпяченiя внутренности очень сильно уменьшены въ бедренномъ отверстiи. Вправленіе кишки оказалось невозможнымъ, вслѣдствіе чего было надѣлано ущемляющее кольцо по направленію кнутри (лакунарная связка). Послѣ эта кашка вправлена, салникъ резецированъ, также и грыжевой мѣшокъ. Грыжевое отверстiе закрыто по способу д-ра *Прокудина*. Швы, повязка. Непосредственно послѣ операции самочувствіе болной улучшилось; боль исчезла, пульсъ хорошій. На слѣдующій день—легкія боли въ животѣ при дотрогиванiи; животъ не вздутъ; температура утромъ $37,7$, пульсъ 94. Клизма не вызвала омертвѣннаго испраженiя; вышла лишь окрашенная жидкость. Вечеромъ температура $37,8$ °. На третій день — перелазка. Рана — чистая; раздраженiя въ ней нѣтъ. Животъ умѣренно вздутъ; темпер. утр. $37,6$ °, веч. 38 °. Клизма не подействовала. На 4 день — умѣренные боли; жалобы на сердцебиеніе; животъ умѣренно вздутъ; легкая

желтушная окраска лица и конъюнктивы глаз; темпер. утр. 38,1°, вечером 38,1°. Назначенный каломель по 0,06 через час, послѣ 8 приемов, не вызвалъ дѣйствія; равнымъ образомъ не подѣйствовало и касторовое масло. 25-го утромъ темп. 36,4°, появилась желчная рвота, повторившаяся 4—5 разъ; жагуется на сердцебиеніе; говорить не совсѣмъ ясно; пульсъ хороший; животъ вздутъ и напряженъ; боли—умеренныя. Въ 2 часа дня сдѣлано промываніе желудка. Выходила зеленая, слизистая масса и касторовое масло. Черезъ часъ въ кишку введенъ мягкій, желудочный зондъ, по возможности дальше, и черезъ него влитъ 1 стаканъ воды. Тотчасъ же вода вышла обратно и съ нею ооормленные каловыя массы. Послѣ сего до 7 час. вечера сходила еще 4 раза также ооормленными массами. Между 4 и 5 часами вечера появилась проливная потъ; пульсъ колебался между 110 и 140 ударами. Однако, больная ни на что не жаловалась, кромѣ припадковъ сердцебиенія, въ виду чего дано ей было 10 капель tinc. digitalis. Послѣ 5, до 8 час. вечера, больная приняла валерьянку, вино, 1/2 стакана молока; животъ въ это время совершенно опалъ, рвоты и болей не было; больная даже шутила съ сестрами; въ 8 1/2 сразу явилось безсознательное состояніе, бредъ, паденіе пульса, смертельная блѣдность. Принятые мѣры для возбужденія дѣятельности сердца оказались безъ результата; появились непрерывныя жидкія испраженія, и, не приходя въ сознаніе, больная скончалась въ 11 часовъ вечера того-же 25-го дня декабря, при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. При вскрытіи оказалось: рана зажила первичнымъ натяженіемъ; при раздѣланіи спавшихся ея краевъ, въ глубинѣ сукровичная жидкость; мышечный локутъ, зашпировавшій отверстие, хорошо прижаль. По вскрытіи брюшной полости оказалось, что брюшина сильно васкулярирована, утолщена, красноватого цвѣта; въ брюшной полости обильное количество гнойной жидкости; восходящая толстая кишка розовато-фиолетоваго цвѣта съ сильно налитыми сосудами. Начиная отъ мѣста введенія въ нее тонкой кишки, послѣдняя темно-фіолетоваго цвѣта, покрыта бѣлыми бляшками и полосами фибринозныхъ отложений; сосуды переполнены кровью; кишки свободно вынимались приблизительно на 1/2 метра своей длины, а далье вынимались мѣстами плотныя перемычки, которыя приходилось разрывать съ усиліемъ. На разстояніи около 1 снт. отъ введенія тонкой кишки въ толстую, первая представляла участокъ снт. въ 15. динны совершенно темной, дряблѣй; здѣсь, на брыжеечной стороне кишки, имѣется язва серозной оболочки кишки, прибли-

зительно въ 3 снт. въ своихъ поперечникахъ; дно язвы грязное, край—неровные, прободенія кишки нѣтъ. Въ общемъ, что касается брюшины и кишекъ, оказывается картина хроническаго, слизчиваго перитонита, гнойнаго фибринознаго перитонита и некроза серознаго покрова тонкой кишки.

IV. Больная Ф. У), 55 лѣтъ, поступила въ Александровскую больницу куп. общества въ Москвѣ 27-го декабря 1899 года съ правосторонней бедренной грыжей и сильными кашлемъ. Кашляетъ года три тому назадъ. Грыжа—существуетъ у больной лѣтъ 15, она постоянно беспокоитъ больную, однако ни разу не ущемлялась. Больная вышла замужъ на 17 году; лѣтъ 14 вдовѣтъ; рожала 7 разъ. Послѣдніе роды были 20 лѣтъ тому назадъ. Больная среднего сложенія, плохого питанія. Аппетитъ есть; диспепсическихъ расстройствъ не наблюдается, страдает запорами. На правомъ бѣдрѣ тотчасъ же ниже паховой связки грыжа, величиною въ 2 кулака, легко выираемая. Грыжевой каналъ пропускаетъ свободно 2 пальца. При кашлѣ чувствуется сильная боль въ области грыжи. Легкія немного эмфизематозно расширены. При выслушиваніи много сухихъ и влажныхъ хриповъ. Тоны сердца глуховаты. Перисердечскія артеріи извиты и жестки. Когда кашель значительно стихъ, большой предложенъ операція, которая и произведена 24-го января 1900 г. консультантомъ Александровской больницы—проф. П. И. Дьяковымъ по способу, предложенному докторъ Прокуринымъ.

Разрѣвъ кожи по наибольшему размѣру грыжи почти параллельно паховой связкѣ. Грыжевой мышокъ легко отдѣленъ отъ окружающихъ тканей, разсѣченъ, брюшина внутренности выравлена; шейка грыжевого мышца выгнута, проколота по срединѣ иглой съ ниткой и перевязана въ 2 пучка. Подъ этими лигатурами наложена еще одна общаа. Грыжевой мышокъ ниже лигатуры усѣченъ и культи его вправлена въ брюшную полость. Затѣмъ изъ гребенчатой мышцы выкроенъ локутъ 4 снт. длиною и 2 1/2 снт., шириной. Связывая кожные покровы въ сторону тотчасъ надъ паховой связкой, черезъ остальные слои брюшной стѣнки, кромѣ брюшины, сдѣлано разрѣвъ снт. въ 2, въ который былъ вынутъ мышечный локутъ. Шелковымъ швомъ черезъ кожу, сухожилие наружно-носовой мышцы живота, верхушку мышечнаго локуста, сухожилие наружно-носовой мышцы живота съ другой сто-

1) Эта исторія болѣзни прислана мнѣ ординаторомъ Александровской больницы куп. общества, докторомъ Шелковымъ, и я привожу ее дословно.

роны лоскута и вновь через кожу мышечный лоскут был укреплён. Наружное отверстие грыжевого канала не было зашито.

Кожные покровы зашиты непрерывным шелковым швом. На третий день после операции у больной появилась правосторонний паротит, который совершенно прошёл к 7 дню после операции. На 8 день были сняты швы. Prima intentio. Темп. все время была нормальна, несмотря на осложнение паротитом. Послабление установилось у больной с 4 дня операции. С 1-го февраля больной позволено ходить. 17-го февраля больная вышла совершенно здоровой. Не наблюдается ни малейшего выпячивания в области грыжевого канала при напряжении брюшных стенок.

Эти сведения, как я уже сказал, сообщены мне ординатором Александр. больн. д-ром *Шельговым*, которому я за это очень благодарен.

У. Прасковья Ф., 34 лет, поступила в первую Городскую Московскую больницу 15 декабря 1899 года с жалобой на опухоль в правом паху, которая появилась у неё уже 5 лет тому назад. При осмотре наблюдается следующее: сейчас же под паховой связкой правой стороны замечается опухоль, длиною в 14 см., шириною в 12 см. При перкуссии звук над опухолью тимпанический. При надавливании опухоль вправляется в полость живота. Тогда можно прощупать грыжевые ворота величиною в $3\frac{1}{2}$ см. Введенный в грыжевые ворота палец ощущает биеие бедренной артерии. 28-го декабря произведена коренная операция. Продольный разрез по длинному размеру опухоли; грыжевой мешок разсечён; внутренности вправлены; грыжевой мешок по *Kocher's* выворочен и введён в разрез в передней брюшной стенке, сделанный на 3 см. выше паховой связки и здесь укреплён 2 швами. Затем из гребенчатой мышцы выкроены лоскут длиною около 7 см., шириною во всю гребенчатую мышцу и толщиной в 1 см. Мышечный лоскут отъединён до гребешка лонной кости. Сейчас же над паховой связкой, в области грыжевых ворот, сделан продольный разрез около 3 см. В этом разрезе выведен свободный край лоскута и здесь пришит 3 швами, выведенными через кожу. На внутренний край лоскута и лагунарную связку, а также на наружный край его и влагалище сосудов, наложено по 3 шва. Кожный шов. Швы сняты на 8-ой день. Рана зажила первым натяжением. Незначительное нагноение в том месте, где пришит грыжевой мешок. 23-го февраля 1900 года больная осмотрена мною. Не замечается ни малейшего выпячивания при напряжении

брюшных стенок. Где пришит к передней брюшной стенке грыжевой мешок, нагноение ещё продолжается. Этот случай сообщен мне доктором *Киселевым*, которому я глубоко благодарен за сообщение этого интересного случая.

Подводя итоги всему сказанному, мы приходим к заключению, что всё существующие способы коренной операции бедренной грыжи не достигают вполне своей цели, потому что основаны на невзириом представлении об анатомии бедренного канала. Наш способ явился результатом чисто анатомических исследований и до второй степени уже выдержал практическое испытание, и потому я считаю себя в праве предложить его вниманию хирурга-практика.

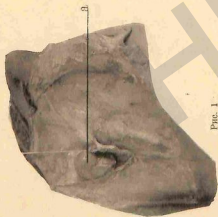


Рис. 1

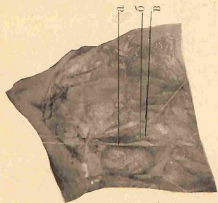


Рис. 2

Объяснение рисунковъ. Табл. I.

Рис. 1. Видъ бедренной грыжи (а) по удаленіи кожи, подкожно-жирнаго слоя и поверхностной вѣстнѣ бедра.

Рис. 2. Отношеніе бедренной грыжи къ влагалищу бедренныхъ сосудовъ.

а) Внутренній отдѣлъ сосудистаго влагалища, срастающійся съ гребенчатымъ апоневрозомъ.

б) Бедренная вѣна.

в) Большая подкожная вѣна.

Литература.

1. *Anderegg*. Die Radical operation der Hernien. Bearbeitung der an der Baseler Klinik gemachten Erfahrungen. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 24. s. 207.
2. *Anger B.* Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale.
3. *Balassa*. Unterleibs-Hernien. Wien. 1856 r.
4. *Ball*. Radical cure of hernia by torsion of the sac. Brit medic. journ. 1887 r., t. II, p. 1272.
5. *Bardleben*. A. Lehrbuch der Chirurgie und Operationlehre, т. III, 1865 r. Berlin.
6. *Barker*. Two cases of strangulated femoral hernia with recovery after operation. Lancet. 1893 r., vol. I, cr. 16.
7. *Barker*. On Thirty five operations for the radicale cure of hernia by original methods. Brit medic. journ. N. 1405.
8. *Bassini*. Neue Methode zur Radicalbehandlung der Schenkelbrüche. Arch. f. klinisch. Chirurgie. 1894 r., Bd. XLVII, p. I.
9. *Bayle*. Traité d'anatomie. 1843 r., стр. 240.
10. *Beanis et Bouchard*. A. Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie. 1894 r., стр. 332.
11. *Becker*. Ueber die Radicaloperation von Hernien. Bonn. 1891 r.
12. *Begin*. Éléments de chirurgie et de médecine opératoire. 1824 r., стр. 257.
13. *Bennet*. Clinical lectures on abdominal hernia, 1893 r.
14. *Berger*. Traité de chirurgie. Duplay et Reclus. 1892 r., t. 6.
15. *Bishop*. S. The radical cure of hernia. Lancet. 1890 r., June 7, p. 1236.
16. *Blandin*. Traité d'anatomie topographique ou d'anatomie des régions du corp humain. Paris. 1826.
17. *Бобринъ А.* Руководство хирургической анатомии. 1898.
18. *Bock*. Handbuch der Anatomie des Menschen. Bd. I, 1838 r. Leipzig.
19. *Borchard Meritz*. Остеопластическое закрытие большихъ грыжевыхъ ходовъ. Военно-Медицинский журналъ. Февраль, 1899 г.

20. *Bottini*. VIII Congresso della società italiana di chirurgia. Roma dal 25 al 27 ottobre, 1891 r., Centr. f. Chirurgie. 1892 r., Bd. XIX, ct. 66.
21. *Brenner*. Zur Radicaloperationen von Cruralhernien nach F. Salzer. Cent. f. Chirurgie. 1899 r., crp. 1169.
22. *Bresset*. Des resultats éloignés de la cure radicale de la hernie crurale. Thèse de Paris. 1895 r.
23. *Bünger*. Zur Radicaloperationen der Hernien. Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 88. 1894 r., crp. 549.
24. *Bürkner*. Abbildungen zur Lehre von den Unterleibsbrüchen. Berlin. 1844 r., crp. 34.
25. *Camson*. De la cure radicale de la hernie crurale. Thèse Lyon. 1893 r.
26. *Chassaignac*. Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales. V. II. Paris. 1862 r.
27. *Cloquet Hippolyte*. Traité d'anatomie descriptive. Bruxelles. 1834 r.
28. *Cloquet Jules*. Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen. Paris. 1817 r.
29. *Codivilla*. Zur Radicaloperation der Schenkelhernien. Cent. f. Chirurgie. 1898 r., № 28, p. 729.
30. *Cooper Astley*. Anatomische Beschreibung und chirurgische Behandlung der Unterleibsbrüchen. Weimar. 1833 r. Переводъ съ англійскаго.
31. *Crucilhier*. Traité d'anatomie descriptive. Paris. 1877 r., crp. 743.
32. *Cushing*. An improved method for the radical cure of femoral hernia. Boston med. and surg. journ. 1888 r., t. CXIX, p. 546.
33. *Davis*. On the treatment of the sac in operation for the radical cure of hernia. Annales of surgery. 1896 r. Januar, crp. 32.
34. *Delagenier*. Cure radicale de la hernie crurale. Archiv. provinciales de chirurgie, t. V, 1896 r., p. 60.
35. *Дешинъ А.* Коренная операция бедренной грыжи по способу Прокувина. Хирургія т. V. 1899 г., ст. 237.
36. *Fabricius*. Ueber den Verschluss des Schenkelkanals bei operationen von Schenkelhernien. Pef. central. fur Chirurgie. 1893 r., № 5, s. 95.
37. *Fabricius*. Ueber eine neue Methode der Radicaloperationen von Schenkelhernien. Cent. f. Chirurgie. 1894 r., t. XXI, p. 121.
38. *Führer*. Handbuch der chirurgischen Anatomie. Berlin. 1857 r., crp. 790.
39. *Fourgous*. De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale. Thèse pour le doctorat en médecine. 1898 r.
40. *Jamain*. A. Nouveau Traité d'anatomie descriptive. Paris. 1861 r., crp. 232, 300, 236.
41. *Jarjavay*. Traité d'anatomie chirurgicale т. II, 1853 r., Paris.
42. *Garampazi*. Sui concetti dominanti nella cura operativa dell'ernia crurale et ombilicale. Policlinico. 1898 r., N 16, p. 364.
43. *Gayay*. Un nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie crurale. Pef. въ la semaine med. 1896 r., p. 516.
44. *Gegenbauer*. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 1885 r., crp. 418.
45. *Gerlach*. Handbuch der speciellen Anatomie des Menschen in topographischer Behandlung. 1891 r., crp. 640—651.
46. *Гурма*. Руководство къ анатоміи человѣческаго тѣла. 1874 r., crp. 435.
47. *Gesland*. De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale. Thèse de Paris. 1897 r.
48. *Gluck*. Ueber Muskel und Sehnenplastik. Arch. f. klinisch. Chirurgie. 1881 r., Bd. XXV.
49. *Gosselin*. Leçons sur les hernies abdominales. Paris. 1865 r., crp. 380.
50. *Guarneri*. VIII Congresso della società italiana di chirurgia. Roma dal 25 al 27 ottobre, 1891 r.
51. *Guerin Alphonse*. Eléments de chirurgie opératoire ou traité pratique des opérations. 1869 r., crp. 570.
52. *Hackenbruch*. Osteoplastische Radicaloperationen für grosse Schenkelbrüche. Beiträge Chirurgie. 1894 r., t. XI, p. 779.
53. *Hager Michail*. Die Brüche und Vorfälle. Wien. 1850 r.
54. *Heidenthaler*. Die Radicaloperationen der Hernien in der Klinik des Hofrats prof. Billroth. Arch. f. klinisch. Chirurgie. 1890 r., Bd. XL, S. 493.
55. *Helferich*. Ueber Muskeltransplantation beim Menschen. Arch. f. klin. Chirurgie. 1883 r., Bd. XXVIII, p. 562.
56. *Хеліуевъ*. Хирургія части I. С.-Петербургъ. 1845 г., crp. 85.
57. *Henle*. Handbuch der system. Anat. des Menschen, т. I, crp. 326—333.
58. *Hesselbach Caspar*. Neuste anatomische-patologische Untersuchungen über den Ursprung und das Fortschreiten der Leisten und Schenkelbrüche. Würzburg. 1814 r.
59. *Heusten*. A case of radical cure of femoral hernia. Brit. med. journ. 1887 r., т. II, p. 1906.
60. *Hildenbrand*. Grundriss der chirurgisch—topographischen Anatomie. 1894 r., crp. 260—263.
61. *Jossel G.* Lehrbuch der topographischen Anatomie mit Einschluss der Operationsübungen an der Leiche. 1889 r., т. II, crp. 172—187.
62. *Kocher*. Chirurgische Operationslehre. 1894 r., crp. 162.
63. *Koenig*. Руководство къ частной хирургіи. 1886 r., т. III, crp. 411. Переводъ съ нѣмецкаго.

64. *Kramer*. Ueber die Resultate und die Ausführung der Radicaloperation besonders grosser Unterleibsbrüche. Arch. f. klinisch. Chirurgie. 1895 г., Bd. 50, стр. 223.
65. *Красинцевъ*. Къ техникъ коренной операціи бедренныхъ грыжъ и паховыхъ. Хирургическая лѣтопись т. 5, 1895 г.
66. *Кузьминъ*. Вѣстникъ хирургіи. 1892, т. II.
67. *Lauenstein*. Ueber Mac-Ewen's Radicaloperation der Hernien. Archiv. f. klinisch. Chirurgie. 1890 г., Bd. XL, p. 639.
68. *Langer-Told*. Lehrbuch der systematischen und topographischen Anatomie. 1893. г., стр. 252.
69. *Lavence*. Traité des hernies. Traduit de l'anglais sur la troisième édition par A. Beclard et Cloquet. Paris. 1818.
70. *Leuw*. Die Radicaloperationen der nicht eingeclemten Hernien in der Berner Klinik. Arch. f. klin. Chirurgie. 1898 г., XLVI, p. 40.
71. *Лыкарѳтъ*. Руководство къ оперативной хирургіи. Т. I, 1880 г., Переводъ съ нѣмецкаго.
72. *Lockwood*. The radical cure of hernia, hydrocele and varicocle. 1898 г. стр. 176.
73. *Lotheissen*. Radicaloperation der Schenkelhernien. Cent. f. Chirurgie. 1898 г., № 21, p. 548.
74. *Lucas-Championnière*. Sur la cure radicale des Hernies. Paris. 1892 г., стр. 6.
75. *Luschka Hubert*. Die Anatomie des Menschen in topographischer Behandlung. 1891 г., стр. 640—651.
76. *Maisonneuve*. Clinique chirurgicale т., II, стр. 417.
77. *Malgaigne*. Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale. Paris. 1838 г.
78. *Marchand*. Société de chirurgie. Revue de chirurgie. 1892 г., стр. 532.
79. *Masse*. Traité pratique d'anatomie descriptive. Paris. 1858 г., стр. 265.
80. *Maydl*. Die Lehre von Unterleibsbrüchen. Wien. 1898 г., стр. 55.
81. *Mitchel Banks*. Brit. med. journ. 1887 г. т. II, p. 1250 и 1893 г., т. II, p. 1043.
82. *Morris Henry*. A treatise on by anatomy. 1893 г., стр. 1167.
83. *Nicaise*. Notes sur l'anatomie de la region inguino-crurale. Arch. générales de medicine. 1866 г. vol., II, стр. 44.
84. *O'Hara Henry*. Radicale cure of hernia; a new method. Brit. med. journ. 1893 г. № 1667.
85. *Paulet*. Traité d'anatomie topographique. 1867—1870, стр. 844.
86. *Пирововъ*. Хирургическая анатомія артеріальныхъ стволцовъ и фасцій. Переводъ съ нѣмец. подъ редакціей и съ примѣчаніями Коломанна. 1881 г.

87. *Poirier*. Traité d'anatomie humaine т. II, стр. 480, 1898 г.
88. *Pouillet*. Guérison des hernies inguinales et crurales par l'antoplastie tendineuse. Congrès. français de chirurgie. Revue de chirurgie. 1896, p. 880.
89. *Quain*. Elements of Anatomy. 1882 г., стр. 232, 703.
90. *Rauber*. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 1894 г., т. I, p. 502.
91. *Reglus P. et Fergue Emyle*. Traité de therapeutique chirurgicale. Т. II, стр. 660, 1898 г.
92. *Richelot*. Société de chirurgie. Revue de chirurgie. 1892 г., стр. 532.
93. *Richet*. Практическое руководство хирургической анатоміи (переводъ съ 5-го французскаго изданія). 1885 г., стр. 1111.
94. *Rivington Walter*. Cases of strangulated hernia treated by ligature and removal of sac and omentum. Lancet. 1885 г., т. II, стр. 756.
95. *Rosenmüller*. Chirurgische Anatomie. Weimar, 1805 г.
96. *Rüdiger*. Topographisch-chirurgische Anatomie des Menschen. 1874 г. т. II, стр. 130—137.
97. *Ruggi*. Metodo operativo per la cura radicale dell'ernia crurale. Bullettino delle scienze med. di Bologna ser. VII, vol. III.
98. *Rüst*. Theoretisch-practisches Handbuch der Chirurgie. 1832 г., т. 8, стр. 475.
99. *Сабомае*. Наставленіе для практическихъ лекарей, содержащее въ себѣ планшце случившіяся хирургическія операціи. Переведено съ нѣмецкаго Сергѣемъ Громовакъ. С.-Петербургъ. 1808.
100. *Salzer*. Ein Vorschlag zur Radicalheilung grosser Cruralhernien. Cent. f. Chirurgie. 1892 г., p. 605.
101. *Spalteholz*. Handatlas der Anatomie des Menschen. Leipzig. 1896 г., Bd. II.
102. *Sappey*. Traité d'anatomie descriptive 4 edit. Paris. 1888 г., vol. II, p. 216.
102. *Scarpa*. Neue Abhandlungen über die Schenkel und Mittelfleischbrüche. 1822. Пер. съ французскаго.
103. *Schwarz*. Société de chirurgie. Revue de chirurgie. 1892 г., стр. 533.
104. *Schwartz*. Sur un nouveau procédé du cure radicale des hernies. Revue de chirurgie. 1893 г., стр. 413.
105. *Свиженниковъ*. Къ топографической анатоміи пахо-бедреннаго спава. Хирургическій вѣстникъ. 1894 г., май.
106. *Seiler*. Zusätze zu den Schenkel und Mittelfleischbrüchen. Leipzig. 1822 г.
107. *Stechi Remegio*. Nuovo metodo di cura radicale dell'ernia crurale della donna. Ferrara. 1898 г.

108. *Тарнейский*. Топографическое описание собственно — подчревной области живота. Диссертация С.-Петербурга, 1874.
109. *Teale*. Lehrbuch der Unterleibsbrüche. Nach dem Englischen. Stuttgart. 1848.
110. *Testut*. Traité d'anatomie humaine. 1899.
111. *Thiviar*. Utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies. Revue de chirurgie. 1893 г., стр. 412.
112. *Villoux*. Руководство къ топографической анатомии. Переводъ подъ редакціей проф. Таубера.
113. *Treves*. Handbuch der chirurgischen Operationslehre. 1893 г., т. II, стр. 552.
114. *Trendelenburg*. Verhandlung der Deutschen Gesellschaft. XIX Congr., 1890. Beilage zum Centr. f. Chirurgie. 1890 г., s. 61 et ibidem., 1893 г.
115. *Tricomi*. VIII congresso della società Italiana di chirurgia. Roma dal 25 al 27. ottobre, 1891 г. Cent. f. Chirurgie. 1892 г., т. XIX, p. 66.
116. *Tuffier*. Operation de la hernie crurale par voie inguinale. Revue de chirurgie. 1896 г., стр. 240.
117. *Waston-Cheyne*. The radical cure of hernia. The Lancet. 1892 г., wov. 5, p. 1039.
118. *Velpeau*. Traité complet d'anatomie chirurgicale, générale et topographique du corps humain. T. II. Paris. 1833, стр. 597.
119. *Vidal*. Traité de pathologie externe et de médecine opératoire avec des resumés d'anatomie des tissus et des régions. 1851, т. 4, стр. 233.
120. *Wolf*. (aus der Heidelberger chirurgischen Klinik des prof. Czerny) Beiträge zur Radikaloperation der Leisten und Schenkelhernien. Beiträge zur klinisch. Chirurgie. 1891 г., Bd. VII, p. 585.
121. *Wolter*. Zur Radicaloperation der Unterleibsbrüche. Sammlung klinisch. Vorträge. 1890 г., N. 360, стр. 3425.
122. *Wood*. Brit. med. journ. 1885 г. т. I, p. 1184.
123. *Воронцовскія*. Оперативная хирургія (лекція, читан. въ 1876/7 году), стр. 298.
124. *Заблюцкий*. Описание грыжъ. 1855 г., стр. 109.
125. *Зерновъ*. Руководство описательной анатомии.
126. *Zuckerkindl*. Anatomischer Beitrag zur Operationstechnik bei Schenkelhernien. Arch. für klin. Chirurgie, Bd. 28, 1883 г., s. 214.

191761

