

Заблоцкий П.

Описание
грыж

1855

17.5 1855
Заблоцкий П.
Описание
грыж...

Марушкин
2
ОПИСАНІЕ

БИБЛИОТЕКА
ОБЩЕСТВА РУССКИХЪ ВРАЧЕЙ
ВЪ г. Одессѣ

Г Р Ы Ж Ъ,

2.410
ИЗЛОЖЕННОЕ

П. Заблоцкимъ,

ОРИНАРНЫМЪ ПРОФЕССОРОМЪ ИМПЕРАТОРСКОЙ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКАДЕ-
МИИ, ДОКТОРОМЪ МЕДИЦИНЫ, СТАТСКИМЪ СОВѢТНИКОМЪ И КАВАЛЕРОМЪ И ЧЛЕНОМЪ
РАЗНЫХЪ УЧЕНЫХЪ ОБЩЕСТВЪ.

1972

СЪ 55 РИСУНКАМИ.



ИНВЕНТАР

САНКТ-ПЕТЕРБУРГЪ.

30796

ПЕЧАТАНО ВЪ ТИПОГРАФИИ ЯКОВА ТРЕЙ.

1855.

ИНВЕНТАР
№ 11425

1952

2012

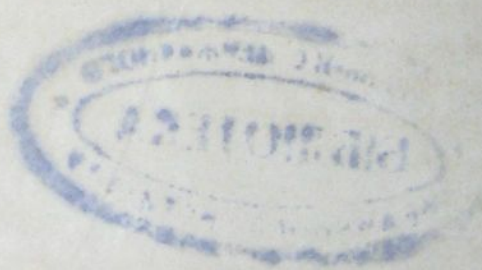
ОПИСАНІЕ

617.5

Издано Медицинскимъ Департаментомъ Военнаго Министерства.

Д. Заволокинъ

1917



ВЕНТАРЬ

11422

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Предисловіе	1
ГЛАВА I.	
<i>О грыжахъ живота вообще</i>	3
Мѣсто брюшныхъ грыжъ.	—
Этіологія	4
Патологическая анатомія грыжъ	9
Грыжевой мѣшокъ.	—
Внутренности, входящія въ составъ грыжи	18
Части покрывающія грыжевой мѣшокъ	19
Припадки и предсказаніе при брюшныхъ грыжахъ	20
Леченіе грыжъ	23
Леченіе палліативное	—
Введеніе или вправленіе грыжи	—
Грыжевые бандажи	25
Наложеніе бандажа	30
Радикальное леченіе грыжъ	31
Продолжительное горизонтальное положеніе больного	—
Прижатіе	—
Прижиганіе	32
Разрѣзъ и вырѣзываніе	—
Лигатура, кастрація и проч.	—
Способы Джемсона и Бельма	33
Способъ Жерди	—

Іодовыя вприскиванія	Стр. 35
Способъ Боннѣ	—
Заключеніе о радикальномъ леченіи	36
Компликаціи грыжъ: боль, невводимость, присутствіе постороннихъ тѣлъ, изъязвленіе, раздутіе и проч.	37
Ущемленіе грыжъ	41
Патологическія измѣненія при ущемленіи грыжи	43
Припадки и ходъ ущемленія	44
Исходы ущемленія	45
Леченіе ущемленія	46
Средства неоперативныя	—
Операція при ущемленіи грыжи, грыжестѣченіе	47
Явленія могуція развиться послѣ операціи грыжестѣченія	55

ГЛАВА II.

<i>Паховыя грыжи</i>	58
Анатомія паховой стороны	—
Виды паховыхъ грыжъ	61
Анатомическій характеръ паховыхъ грыжъ	62
Косая наружная паховая грыжа	—
Врожденная паховая грыжа	66
Грыжа паховая прямая	69
Грыжа косая внутренняя	—
Наблюденіе надъ этою грыжею	71
Развитіе и припадки паховыхъ грыжъ	78
Явленія производимыя паховыми грыжами въ сосѣднихъ частяхъ	82
Вліяніе паховыхъ грыжъ на пищеварительные органы	83
Вліяніе грыжъ на другія отправления	86
Вліяніе грыжи на ткани ее составляющія	—
Распознаваніе паховыхъ грыжъ	87
Осложненія паховыхъ грыжъ	91
Ущемленіе паховыхъ грыжъ	—
Мѣсто ущемленія	93
Леченіе паховыхъ грыжъ	94
Леченіе палліативное	—
Паховыя бандажи	—
Радикальное леченіе паховыхъ грыжъ	97
Операція вприскиванія іодовой жидкости	98
Леченіе ущемленной паховой грыжи	100
Способъ Боденса	—

Операція пахового грыжесъченія	102
Паховая грыжа у женщинъ	106

ГЛАВА III.

<i>Бедренные грыжи</i>	109
Анатомія бедренного канала	—
Виды бедренной грыжи и ея анатомическій характеръ	115
Припадки бедренной грыжи	117
Распознаваніе бедренной грыжи	119
Осложненія бедренной грыжи	120
Леченіе	121
Бедренный бандажъ	—
Леченіе ущемленной бедренной грыжи	123

ГЛАВА IV.

<i>Пупочныя грыжи</i>	127
I. Врожденная пупочная грыжа	—
Леченіе этой грыжи	129
II. Дѣтская пупочная грыжа	130
Ея анатомическій характеръ	—
Леченіе	132
III. Пупочныя грыжи у взрослыхъ	—
Анатомическое состояніе грыжи	133
Припадки	134
Предсказаніе	135
Компликаціи	136
Леченіе	—
а) Выправимой грыжи	137
б) Пупочной грыжи неуправляемой	138
в) Пупочной грыжи ущемленной	140

ГЛАВА V.

<i>Грыжи бѣлой линіи живота и брюшныхъ стѣнокъ</i>	142
Припадки	143
Леченіе	—

ГЛАВА VI.

<i>Грыжа овальнаго отверстія</i>	144
Леченіе	148

ГЛАВА VII.

<i>Грыжа спдальщной выемки</i>	Стан. 149
Наблюденіе надъ этою грыжею	150
Леченіе	154

ГЛАВА VIII.

<i>Грыжа задней промежности</i>	155
Леченіе	157

ГЛАВА IX.

<i>Грыжи большой половой губы</i>	159
Леченіе	160

ГЛАВА X.

<i>Грыжи маточнаго впазалища</i>	161
Леченіе этой грыжи	162

ГЛАВА XI.

<i>Жировая грыжа пупка, бѣлой линіи и подвздошная</i>	163
Подвздошная жировая грыжа	164

ГЛАВА XII.

<i>Грыжи грудобрюшной преграды</i>	167
Наблюденіе надъ врожденною грудобрюшною грыжею	168
Припадки грыжъ грудобрюшной преграды	173

ГЛАВА XIII.

<i>Несстественный проходъ для кала</i>	174
Патологическая анатомія	176
Припадки	181
Осложненія	184
Распознаваніе	186
Предсказаніе	188
Леченіе	189
Радикальное леченіе	190
Леченіе палліативное	195
Калозадержники	196
Калопріемники	197

	Стран.
Аппаратъ Жювиля	198
Аппаратъ Каспари	—

ГЛАВА XIV.

<i>Грыжи легкихъ</i>	200
Выпаденіе легкаго черезъ рану	—
Послѣдовательная грыжа легкихъ	202
Наблюденія надъ этою грыжею	204

ГЛАВА XV.

<i>Мозговые грыжи</i>	205
Врожденная мозговая грыжа	206
Припадки и ходъ	211
Распознаваніе	212
Предсказаніе	213
Леченіе	—
Наблюденіе	215
Случайная или травматическая мозговая грыжа	217



ПРЕДИСЛОВІЕ.

Исторія хирургіи показываетъ, что въ древности изученіе грыжъ было пренебрегаемо и ихъ леченіемъ занимались только грубые эмпирики и шарлатаны. Лишь въ половинѣ прошедшаго столѣтія грыжи, можно сказать, вошли въ общую область хирургіи, и лучшие врачи начали заниматься изученіемъ этого класса болѣзней. Въ исторіи грыжъ останутся навсегда незабытыми имена Ж. Л. Пети, Гаранжо, Кампера, Рихтера, Арно, Скарпы, Астлея Купера, Лоренса, Луи, Ж. Клоке, Дюпюитрена, Кея, Гессельбаха, Вельпо, Мальгения, Демо и др. Для всѣхъ этихъ ученыхъ грыжи были предметомъ особеннаго внимательнаго изученія, и всѣ они оставили намъ по этому предмету прекрасныя сочиненія. И въ настоящее время въ хирургіи есть мало такихъ предметовъ, которые болѣе занимали бы истинно просвѣщеннаго хирурга, какъ грыжи.

Изученіе грыжъ составляетъ въ хирургіи не только предметъ весьма интересный, но и чрезвычайно важный. Мало другихъ болѣзней, требующихъ отъ хирурга болѣе точныхъ анатомическихъ познаній, большаго искусства и присутствія духа во время операцій, какъ грыжа. Хирургу необходимы самыя подробныя анатомико-патологическія свѣдѣнія, какъ для діагностики грыжъ, такъ и для успѣшнаго производства операцій. Грыжи принадлежатъ къ разряду тѣхъ болѣзней, гдѣ пособія часто слѣдуетъ дѣлать безотлагательно, ибо два или три часа просроченнаго времени могутъ иногда погубить больнаго.

Не смотря на то, что въ продолженіе настоящаго

столѣтія хирурги много занимались и занимаются какъ анатоміею грыжъ, такъ и леченіемъ ихъ, многое еще, касающееся до этого рода болѣзней, возбуждаетъ частые споры. Отверстія и каналы, пропускающіе внутренности, направленіе хода ихъ, мѣсто ущемленія, показанія и способъ операцій—служатъ еще и доселѣ предметомъ частыхъ разногласій и во многомъ требуютъ новыхъ изслѣдованій.

Я разсмотрю сперва грыжи живота, потомъ груди и черепа, и наконецъ неестественный каловый проходъ, какъ предметъ, близко соприкасающійся съ ученіемъ о грыжахъ. Для большей ясности предмета, я считалъ необходимымъ помѣстить нѣсколько рисунковъ, заимствованныхъ изъ лучшихъ классическихъ писателей о грыжахъ. Въ настоящемъ моемъ трудѣ я старался представить свѣдѣнія о грыжахъ въ систематическомъ и по возможности ясномъ и полномъ видѣ. Я имѣлъ въ виду написать руководство о грыжахъ, какъ для моихъ слушателей въ Академіи, такъ и для практическихъ врачей.

Осмѣливаюсь еще предложить здѣсь совѣтъ для молодыхъ врачей, желающихъ хорошо изучить грыжи. Для изученія грыжъ не достаточно только читать ихъ описанія; нужно еще всякому, желающему заниматься грыжами, непременно самому прослѣдить на трупѣ, съ ножемъ въ рукѣ, анатомію тѣхъ частей, гдѣ грыжи образуются, и сдѣлать это не одинъ, а пять или шесть разъ. Этимъ должно начать изученіе грыжъ. Не должно пропускать ни одного случая, представляющагося на трупѣ, безъ внимательнаго изслѣдованія; не оставлять ни одного больного, встрѣчающагося въ практикѣ, безъ тщательнаго наблюденія. Только такимъ образомъ можно хорошо изучить грыжи, и изученіе ихъ сильно заинтересуетъ врача, ими занимающагося. Я это говорю по собственному опыту, и по опыту другихъ, изучавшихъ грыжи.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

О ГРЫЖАХЪ ЖИВОТА ВООБЩЕ.

Грыжею (*hernia, gameh*) называется опухоль, покрытая кожей и образуемая вышедшею изъ какой-либо полости внутренностію.

Внутренности могутъ выходить изъ своихъ полостей и въ другихъ случаяхъ, при такъ называемыхъ выпаденіяхъ (*prolapsus*); но здѣсь внутренность представляется обнаженною, не покрытою кожей, какъ напр. при выпаденіи прямой кишки, матки, и проч. Кромѣ того, вышедшая при грыжѣ внутренность обыкновенно бываетъ покрыта особенною оболочкою, называемою грыжевымъ мѣшкомъ; говорю обыкновенно, а не всегда, ибо бываютъ грыжи и безъ мѣшка, какъ мы это увидимъ ниже, при объясненіи патологической анатоміи грыжъ.

Мѣсто брюшныхъ грыжъ.

Грыжи живота могутъ встрѣчаться въ различныхъ мѣстахъ. Вообще онѣ образуются тамъ, гдѣ есть въ стѣнкахъ живота естественныя углубленія или отверстія.

1) Внутренности живота могутъ выходить чрезъ паховой каналъ, слѣдуя направленію сѣменнаго канатика у мужчинъ и круглой связки матки у женщинъ. Это *паховая грыжа, hernia inguinalis*.

2) Иногда онѣ выходятъ ниже пупартовой связки, чрезъ бедренный каналъ; здѣсь опухоль образуется на верхней внутренней части бедра. Это *бедренная грыжа, hernia cruralis s. merocele*.

3) Если внутренности выходятъ чрезъ пупокъ или около него, то образуется *пупочная грыжа*, *hernia umbilicalis s. exomphalos*.

4) Иногда внутренности выходятъ чрезъ отверстіе овальной дыры — *hernia foraminis ovalis s. obturatoria*.

5) Когда внутренности выходятъ *per incisuram ischiadicam*, то это будетъ *hernia ischiadica s. ischiocele*.

6) Иногда внутренности выходятъ по направленію *arteriae pudendae externae* въ большую женскую дѣтородную губу — *hernia pudendorum*.

7) Грыжа образуется иногда чрезъ разщелину бѣлой линіи живота — *hernia lineae albae*.

8) Грыжа можетъ выйти между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою у мужчины и между прямою кишкою и маткою у женщины — *hernia perinaei*.

9) Можетъ случиться, что кишки выйдутъ, между прямою кишкою и маткою, въ полость маточнаго рукава — *hernia vaginae*.

10) Иногда внутренности выходятъ изъ живота чрезъ грудобрюшную преграду: подлѣ пищепріемнаго горла, или подлѣ нижней полой вены и начальственной артеріи — *hernia diaphragmatica*.

Таковы отверстія, чрезъ которыя образуются брюшныя грыжи. Впрочемъ не всѣ онѣ одинаково часто встрѣчаются, какъ мы это увидимъ ниже. Кромѣ того, грыжи живота могутъ образоваться и въ другихъ мѣстахъ: почти ни одно мѣсто мягкихъ частей брюшныхъ стѣнокъ не изъято отъ грыжъ: это будутъ грыжи *ненормальныя*, *herniae anomaliae*. Впрочемъ этого послѣдняго рода грыжи случаются чрезвычайно рѣдко.

Этіологія.

Изученіе причинъ составляетъ весьма важный предметъ въ описаніи грыжъ. Познаніемъ причинъ не только объясняется механизмъ происхожденія этихъ болѣзней, но часто указываются и средства къ уничтоженію ихъ и предотвращенію возврата ихъ. Въ народонаселеніи всякаго государства грыжи составляютъ болѣзнь довольно частую. Мальгень ¹⁾, занимавшійся долго практическимъ

¹⁾ *Annales d'hygiène publique*, 1840, t. XXIV, p. 5 и слѣд.

изученіемъ грыжъ во Франціи, говорить, что во всемъ народонаселеніи этого государства можно считать на сорокъ человекъ одного человека съ грыжею. Клокé и Маршаль въ своихъ статистическихъ выводахъ объ этомъ предметъ достигли почти подобнаго результата.

1) *Полъ*. Мужчины почти вчетверо чаще подвергаются грыжамъ, нежели женщины. Статистическія цифры объ этомъ предметъ Луи, Мальгения и общества бандажистовъ въ Лондонъ почти одинаковы.

2) *Возрастъ*. Грыжи чаще образуются въ среднемъ возрастѣ, потому не столь часто въ дѣтскомъ возрастѣ; послѣ 40 лѣтъ онѣ становятся уже рѣдкими. Здѣсь мы разумѣемъ тѣ грыжи, которыя первоначально образуются въ поименованныхъ возрастахъ.

3) *Состояніе*. По изслѣдованіямъ Мальгения, грыжи чаще встрѣчаются между людьми бѣдными, нежели между людьми достаточными.

4) Имѣетъ ли вліяніе на образованіе этой болѣзни *климатъ*, еще доселѣ не опредѣлено. Во время путешествія моего за Кавказомъ, въ Персіи и Туркменіи, между жителями этихъ странъ я встрѣчалъ грыжи гораздо рѣже, нежели у насъ. Волней, въ путешествіи своемъ по Востоку, также говоритъ, что грыжи тамъ довольно рѣдки.

Мальгень говоритъ, что жители приморскихъ странъ во Франціи рѣже представляютъ примѣры грыжъ, нежели обитатели центральныхъ провинцій этого государства.

5) *Наслѣдственность* грыжъ подтверждается наблюденіями многихъ врачей. Мальгень изъ 316 грыжъ нашелъ наслѣдственную эту болѣзнь въ 87 случаяхъ, слѣдовательно болѣе нежели у трети. Наслѣдственность грыжъ въ особенности замѣтна въ первой трети жизни. А. Куперъ описываетъ слѣдующій замѣчательный примѣръ наслѣдственности грыжъ. Одинъ человекъ пришелъ къ нему за совѣтомъ съ двумя своими сыновьями. У всѣхъ трехъ были грыжи. У отца была правая паховая грыжа, у старшаго сына пупочная, а у меньшаго *hernia ventralis*, находившаяся между пупкомъ и мечевиднымъ хрящемъ и зависѣвшая отъ недостатка образованія *lineae albae*. Дѣдъ и прадѣдъ этой фамилии страдали также паховою грыжею, образовавшеюся у обоихъ отъ сильныхъ тѣлесныхъ напряженій.

6) *Высокій ростъ* замѣтно располагаетъ къ грыжамъ.

7) *Слабость тѣлосложенія*. Самая общая предрасполагающая причина есть слабое тѣлосложеніе, которое, ослабляя волокны, расширяетъ отверстія живота, черезъ которыя проходятъ сосуды, и доставляетъ такимъ образомъ проходъ кишкамъ. Та же самая причина, увеличивая подвижность органовъ, располагаетъ ихъ къ перемѣщенію или выпаденію (А. Куперъ). По этому старость, частая беременность, исхуданіе тѣла отъ различныхъ болѣзней, бывшая водянка живота, располагаютъ также къ грыжамъ.

Къ причинамъ же, ослабляющимъ стѣнки живота, должно отнести различныя травматическія поврежденія стѣнокъ живота, случайныя, или въ слѣдствіе хирургическихъ операцій. Эти послѣднія причины могутъ служить и предрасположеніемъ и производящею причиною.

8) *Сильное сокращеніе брюшныхъ стѣнокъ*. Замѣчено, что трудные роды, сильныя и частыя напряженія при испражненіи низомъ, жиленье при испущеніи мочи во время сильныхъ стриктуръ, поднятіе большихъ тяжестей и проч. суть вмѣстѣ причины предрасполагающія и производящія.

9) Напоръ брюшныхъ внутренностей на стѣнки живота, при поднятіи большихъ тяжестей, во время верховой ѣзды, танцовъ, нѣкоторыхъ гимнастическихъ упражненій, во время паденія съ высокаго мѣста, во время кашля, пѣнія, рвоты и проч., можетъ не только предрасполагать къ грыжѣ, но даже иногда и произвести ее. Поэтому грыжи чаще случаются у кавалеристовъ, нежели у пѣхотинцовъ.

Мальгень говоритъ, что ремесла, при которыхъ работники должны заниматься стоя, представляютъ втрое болѣе грыжъ, нежели тѣ, гдѣ человѣкъ работаетъ сидя. Это замѣчаніе мы находимъ справедливымъ и для нашего отечества. У насъ также грыжъ гораздо болѣе встрѣчается между плотниками, поденщиками, барочниками, водовозами, нежели между портными, сапожниками, писарями и проч.

Ж. Л. Пети полагалъ, что люди, питающіеся почти исключительно молокомъ, рыбою и мяслянистыми веществами, расположены къ грыжамъ. По его мнѣнію, люди, живущіе по берегамъ морей, рѣкъ и въ мѣстахъ болотистыхъ, также расположены къ грыжамъ. Мальгень, какъ мы выше видѣли, объ этомъ замѣчаніи Пети выводитъ иное заключеніе.

Для пополненія этиологіи грыжъ прилагаемъ здѣсь таблицу, со-

ставленную Лондонскимъ обществомъ бандажистовъ, и другую, составленную профессоромъ Клоке.

Общество бандажистовъ въ Лондонѣ нашло:

Изъ 4070 случаевъ паховой грыжи,	{ у мужчинъ 4036	съ правой стороны . . .	2567
		съ лѣвой стороны . . .	1469
	{ у женщинъ 34	съ правой стороны . . .	20
		съ лѣвой стороны . . .	14
Изъ 595 случаевъ бедренной грыжи,	{ у мужчинъ 85	съ правой стороны . . .	47
		съ лѣвой стороны . . .	38
	{ у женщинъ 510	съ правой стороны . . .	264
		съ лѣвой стороны . . .	246

Новое общество бандажистовъ въ томъ же городѣ нашло, что отношеніе числа паховыхъ грыжъ на правой сторонѣ къ числу тѣхъ же грыжъ на лѣвой сторонѣ относится какъ 51:34, и что отношеніе это въ грыжахъ бедренныхъ существуетъ какъ 19:11.

Къ этому мы можемъ присоединить результатъ наблюденій надъ грыжами, сдѣланныхъ Ж. Клоке.

Грыжъ 457:	{ паховыхъ 289	{ внѣшнихъ 203	{ у мужчинъ	на правой сторонѣ . . .	94
			173	на лѣвой сторонѣ . . .	79
		{ у женщинъ 30	{ у женщинъ	на правой сторонѣ . . .	11
			30	на лѣвой сторонѣ . . .	19
		{ внутреннихъ 86	{ у мужчинъ 74	на правой сторонѣ . . .	39
			74	на лѣвой сторонѣ . . .	35
	{ бедренныхъ 134	{ у мужчинъ 55	{ у женщинъ	на правой сторонѣ . . .	8
			12	на лѣвой сторонѣ . . .	4
		{ у мужчинъ 55	{ у женщинъ 79	на правой сторонѣ . . .	33
			79	на лѣвой сторонѣ . . .	22
		{ пупочныхъ и бѣлой линіи . . . 24	{ у мужчинъ	на правой сторонѣ . . .	54
			24	на лѣвой сторонѣ . . .	25
	{ овальной дыры 10	{ у мужчинъ 2	{ у женщинъ	у мужчинъ	3
			2	у женщинъ	21
		{ по поламъ . . .	{ у мужчинъ	на правой сторонѣ . . .	2
			2	на лѣвой сторонѣ . . .	0
Такимъ образомъ изъ 457 грыжъ было:	{ по сторонамъ	{ у мужчинъ	{ у женщинъ	на правой сторонѣ . . .	5
			8	на лѣвой сторонѣ . . .	3
		{ по средней линіи живота	{ у мужчинъ	на правой сторонѣ . . .	307
			2	на лѣвой сторонѣ . . .	150

Изъ приложенныхъ таблицъ видно, что нѣкоторыя грыжи случаются чаще съ правой стороны, нежели съ лѣвой. Врачи давно старались найти причину этому и Клоке нашелъ одну, очень правдоподобную. По мнѣнію этого ученаго, у человѣка, дѣлающаго напруженіе въ стоячемъ положеніи, діафрагма понижается, и вслѣдствіе такого наклоненія эта мышца отпихиваетъ внизъ и впередъ внутренности живота. Если человѣкъ держится прямо и не сгибается на одну сторону болѣе, чѣмъ на другую, то это напирание діафрагмы одинаково переносится какъ на центръ, такъ и на боковыя части; но если человѣкъ подымаетъ тяжесть съ правой стороны, то онъ сгибается свое туловище въ противоположную сторону, чтобы уравнивать усиліе, которое происходитъ въ правой сторонѣ. Послѣдствія этого положенія суть уменьшеніе боковой лѣвой стороны живота и наклоненіе діафрагмы такимъ образомъ, что внутренности выпихиваются къ правому паху; отсюда происходятъ болѣе частые случаи грыжи на правой сторонѣ.

Мальгень объясняетъ болѣе частое появленіе врожденныхъ грыжъ на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой, особеннымъ предрасположеніемъ къ грыжамъ, существованіе котораго повидимому доказано трудами Врисберга и Кампера. Первый изъ нихъ, по разсѣченіи 102 мертворожденныхъ въ срокъ младенцовъ, вывелъ слѣдующіе результаты:

72 младенца имѣли въ мошонкѣ оба яичка.

11 — имѣли въ мошонкѣ только одно правое яичко.

7 — имѣли въ мошонкѣ только одно лѣвое яичко.

13 — не имѣли въ мошонкѣ ни праваго, ни лѣваго яичка.

Такимъ образомъ изъ 18 случаевъ, въ 11 выходъ грыжи былъ загороженъ съ правой стороны, а въ 7 только съ лѣвой. Вотъ что мы имѣемъ для младенцовъ близкихъ къ рожденію.

Камперъ разсматриваетъ вопросъ съ другой точки зрѣнія. Изъ 70 новорожденныхъ, у 63 оба яичка вышли въ мошонку. Изъ этихъ 63 новорожденныхъ:

34 имѣли каналъ влагалищ. оболочки открытый съ обѣихъ сторонъ.

14 » » » » » съ правой стороны.

8 » » » » » съ лѣвой стороны.

7 имѣли каналъ закрытый съ обѣихъ сторонъ.

Это замедленіе заростанія пахового канала правой стороны есть фактъ очень замѣчательный въ анатоміи, и его достаточно, по мнѣнію Мальгенья, для объясненія преимущественной частости грыжъ на правой сторонѣ ¹⁾).

Такимъ образомъ Мальгень объясняетъ большее количество паховыхъ врожденныхъ грыжъ на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой. Что касается до объясненія большого количества приобрѣтенныхъ грыжъ на правой сторонѣ, то Мальгень этого вопроса не касается.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМІА ГРЫЖЪ.

Всякая грыжа состоитъ изъ трехъ частей: грыжевого мѣшка, покрововъ, одѣвающихъ грыжевой мѣшокъ снаружи, и изъ внутреннихъ, входящихъ въ составъ грыжи.

А. Грыжевой мѣшокъ. — Отверстія, чрезъ которыя выходятъ грыжи живота, покрыты брюшиною; потому внутренности, выходя изъ живота, выдвигаютъ эту оболочку. Такъ образуется мѣшокъ брюшины, одѣвающий грыжу и называется грыжевымъ мѣшкомъ (*saccus herniosus*).

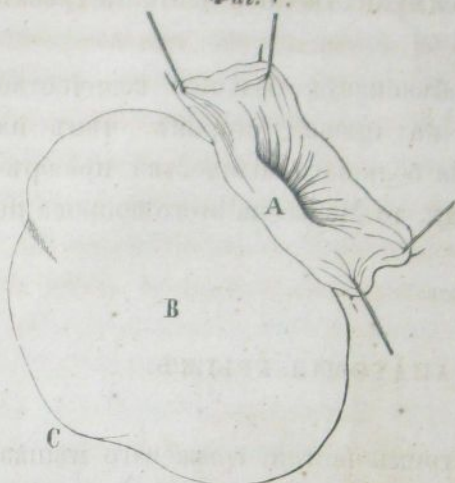
Большая часть брюшныхъ грыжъ имѣетъ грыжевой мѣшокъ, однакожъ не всѣ. Грыжевого мѣшка не существуетъ: а) когда грыжа бываетъ слѣдствіемъ проникающей раны живота; б) когда она бываетъ слѣдствіемъ оперированной ущемленной грыжи; в) когда происходитъ отъ нарыва или гангрены стѣнокъ живота; д) когда грыжа бываетъ врожденная; е) наконецъ грыжа поясничной части ободочной кишки (*colon*), грыжа приросшей стороны слѣпой кишки (*coecum*) и грыжа нижней передней части мочевого пузыря не имѣютъ также грыжевого мѣшка.

Грыжевой мѣшокъ въ началѣ бываетъ небольшой; но по мѣрѣ выходженія внутреннихъ, по мѣрѣ того, какъ опухоль образуется болѣе и болѣе, мѣшокъ увеличивается. Онъ принимаетъ различную форму: сферическую (фиг. 1), коническую (фиг. 2), овальную, грушевидную (фиг. 3), цилиндрическую (фиг. 4), овальную

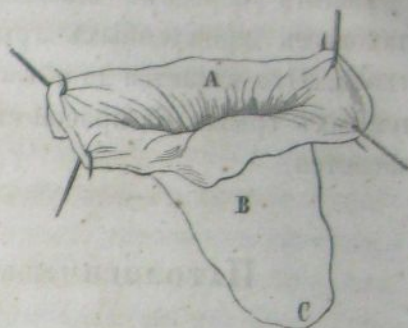
¹⁾ Ma'gaigne, *Leçons sur les hernies*, p. 48.

съ выпуклостями по сторонамъ (фиг. 5) и проч. Наружная поверхность мѣшка часто бываетъ покрыта замѣтнымъ развитіемъ сосу-

Фиг. 1.



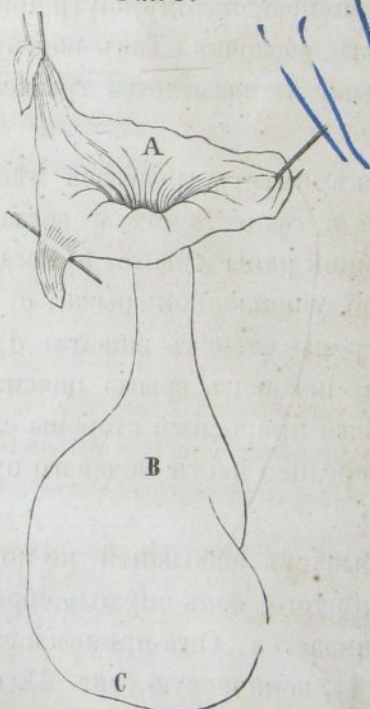
Фиг. 2.



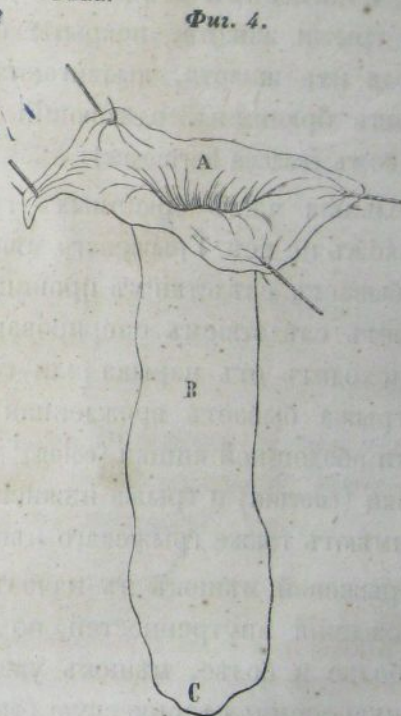
Фиг. 1 изображаетъ грыжевой мѣшокъ сферической формы. Мѣшокъ этотъ одѣвалъ пупочную грыжу у крѣпкой, пожилой и тучной женщины.

Фиг. 2 представляетъ коническій грыжевой мѣшокъ правой внутренней паховой грыжи, найденный въ трупѣ пожилаго чело-вѣка.

Фиг. 3.



Фиг. 4.



Фиг. 3 представляетъ грушевидную форму грыжевого мѣшка наружной косой паховой правой грыжи, найденный въ трупѣ одного старика.

Фиг. 4. Цилиндрическій грыжевой мѣшокъ наружной косой паховой грыжи лѣвой стороны, найденной въ трупѣ чело-вѣка очень вялаго, имѣвшаго около 45 лѣтъ отъ роду.

довъ (фиг. 6). Въ грыжевомъ мѣшкѣ отличаютъ: шейку (*collum*) (см. фиг. 1, 2, 3, 4, А, А, А, А) съ отверстіемъ, тѣло мѣшка (*corpus*) (см. тѣ же фиг. В, В, В, В) и основаніе (*fundus*) мѣшка (С, С, С, С). Шейка мѣшка обыкновенно бываетъ уже основанія его; она находится

Фиг. 5.

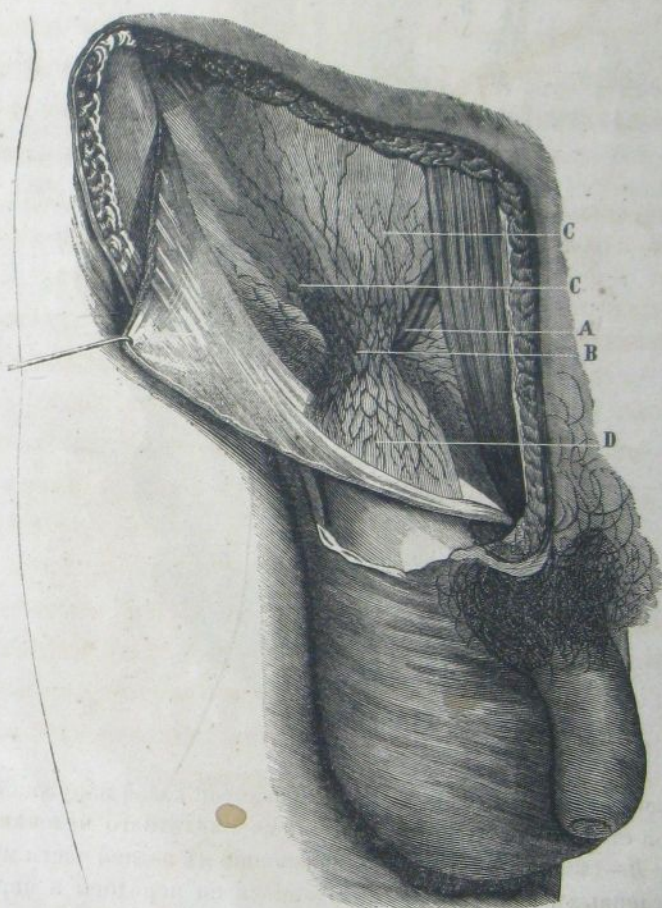


Фиг. 5 изображаетъ грыжевой мѣшокъ паховой косой наружной сальниковой грыжи лѣвой стороны, найденный въ трупѣ сорокалѣтняго человѣка. А—отверстіе мѣшка; В—сѣменной канатикъ, прилежащій къ задней части мѣшка; С—четыре округленныхъ выпуклости, находящіяся на передней и наружной части мѣшка; D—выпуклость, находящаяся съ внутренней стороны мѣшка; Е—яичко, заключенное во влагалищной оболочкѣ и прилежащее къ основанію мѣшка *).

*) Всѣ эти пять рисунковъ заимствованы изъ сочиненія Клоке: *Recherches pathologiques sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*, 1818.

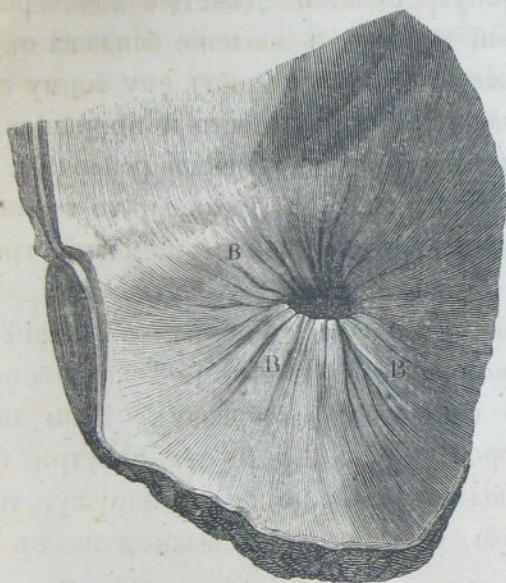
въ стѣнкахъ живота; отверстіе шейки открывается въ полость живота; внутренняя поверхность шейки покрыта почти всегда продольными складками (см. фиг. 7). Въ грыжахъ старыхъ эти складки изглаживаются. Основаніе грыжеваго мѣшка соответствуетъ наружной и болѣе широкой части опухоли. Понятно, что величина мѣшка бываетъ всегда пропорціональна величинѣ опухоли; но можетъ иногда случиться такой сильный напоръ внутренностей, что брюшина не въ состояніи ему противодѣйствовать и разрывается, и внутренности чрезъ разорванное мѣсто выходятъ въ подкожную клетчатую ткань; такимъ образомъ происходитъ грыжа безъ гры-

Фиг. 6.



Фиг. 6. Здѣсь изображена шейка паховой грыжи снаружи; всѣ покрывающіе ее слои сняты. *A.* Vasa epigastrica. *B.* Самая узкая часть грыжеваго мѣшка. *C, C.* Сосуды, идущіе къ верху отъ шейки. *D.* Сосуды, распространяющіеся отъ шейки къ верхней части грыжеваго мѣшка. (*Demeaux, Recherches sur l'évolution du sac herniaire*).

Фиг. 7.



Фиг. 7 представляет шейку недавно образовавшейся *herniae obturatoriae*; В, В, В представляют лучистые складки, образуемые брюшиною въ шейкѣ мѣшка; между складками темное мѣсто обозначаетъ самое отверстіе мѣшка или шейки.

которые часто были вводимы, клѣтчатая ткань слабо соединяетъ грыжевой мѣшокъ съ окололежащими частями, и по сему такой грыжевой мѣшокъ легко можетъ быть отъ нихъ отдѣленъ.

Но въ грыжахъ старыхъ, въ особенности если онѣ не были вводимы, клѣтчатая ткань представляется довольно плотною, толстою, какъ бы фиброзною, въ особенности въ части, соответствующей кольцу или шейкѣ грыжи. Въ этомъ случаѣ связь мѣшка съ окололежащими частями бываетъ такова, что часто его введеніе становится невозможнымъ, такъ что, когда внутренности, заключающіяся въ опухоли, будутъ введены въ полость живота, мѣшокъ остается снаружи и готовъ ихъ снова принять, если приличнымъ бандажемъ не будетъ положено этому препятствіе.

Иногда у людей жирныхъ клѣтчатая ткань, одѣвающая наружную поверхность мѣшка, бываетъ покрыта значительнымъ количествомъ жира.

Внутренняя поверхность грыжевого мѣшка посредствомъ отверстія шейки сообщается съ полостію живота. Это отверстіе шейки

жевого мѣшка на основаніи или на самой выпуклой своей части.

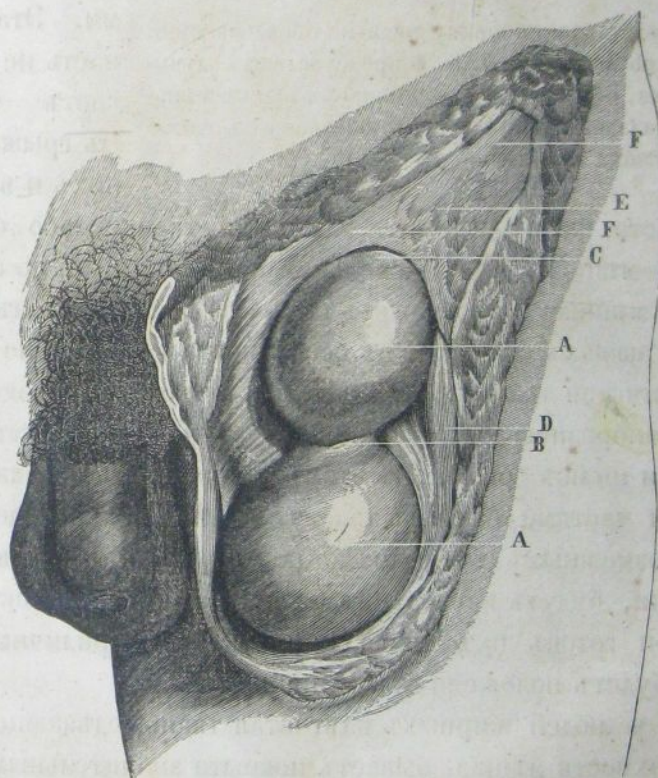
Во всякомъ грыжевомъ мѣшкѣ должно отличать двѣ поверхности: наружную и внутреннюю.

Наружная поверхность мѣшка, при помощи клѣтчатой ткани, соединяется съ окололежащими частями. Эта поверхность не всегда бываетъ одинакова. Въ грыжахъ недавнихъ и въ тѣхъ ко-

соотвѣтствуетъ апоневротическому отверстію стѣнокъ живота, допустившему выходъ внутренностей. Дѣйствіе апоневротическаго отверстія на грыжевой мѣшокъ и давленіе бандажа суживаютъ иногда отверстіе грыжеваго мѣшка и даютъ ему форму гайки, или шейки, котораго длина, ширина, плотность и приращеніе къ апоневротическому отверстію бываютъ весьма различны. И когда шейка мѣшка сдѣлалась плотною, фиброзною, то это обстоятельство есть довольно обыкновенная причина ущемленія грыжи (Дюпюитренъ, Мальгень, Вельпо и др.).

Иногда встрѣчается нѣсколько *шеекъ* или суженій одного и того же *грыжеваго мѣшка* (*sac superposé*). Такое обстоятельство хирурги объясняютъ слѣдующимъ образомъ. Если на грыжу, отверстіе мѣшка которой узко, подѣйствуетъ изнутри новое усиліе и части будутъ выдвинуты еще болѣе наружу, то мѣшокъ удлинится и его шейка, удерживаемая обыкновенно съ апоневро-

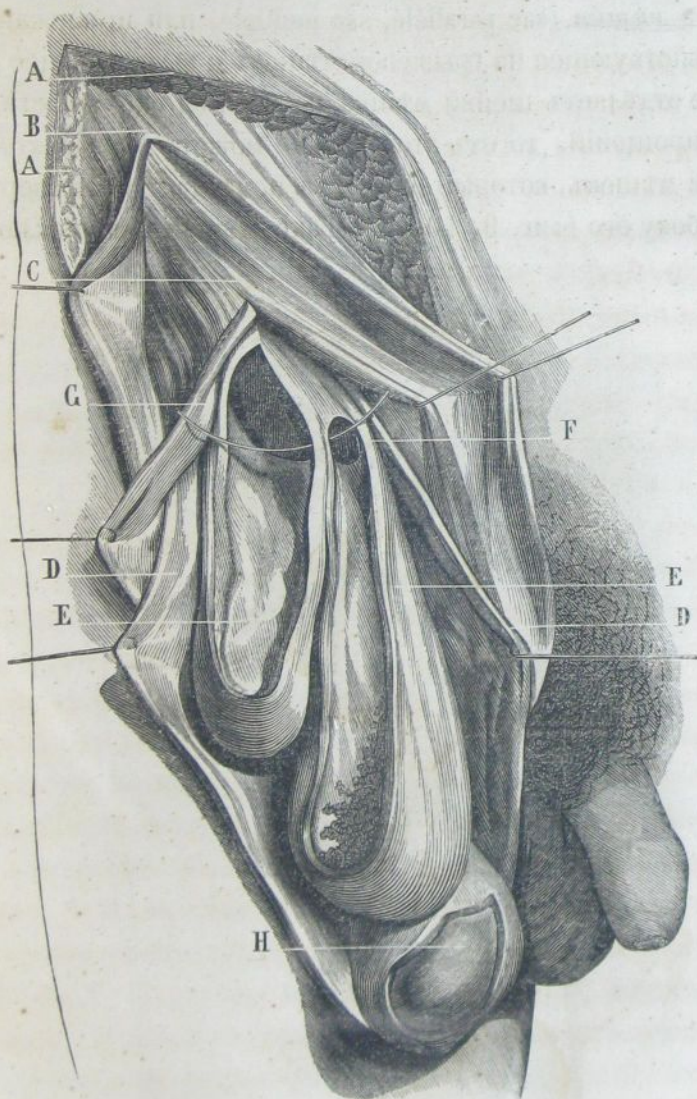
Фиг. 8.



Фиг. 8. Мѣшокъ съ двумя шейками бедренной грыжи у мужчины. *A, A.* Двѣ доли грыжеваго мѣшка. *B.* Шейка старая, ихъ раздѣляющая. *C.* Верхняя или новая шейка. *D.* Vena saphæna. *E.* Передняя стѣнка бедреннаго канала. *F, F.* Ligamentum Fallopii.

тическимъ кольцомъ только слабою клетчаткою тканью, выходитъ внизъ или впередъ этого кольца; прижатіе этого кольца образуетъ вторую шейку на бѣльшемъ или меньшемъ разстояніи отъ первой (см. фиг. 8). Если эта вторая шейка новыми усиліями внутренностей будетъ также перемѣщена, то образуется третья шейка, и каждая изъ этихъ шеекъ можетъ быть причиною частнаго ущемленія.

Фиг. 9.

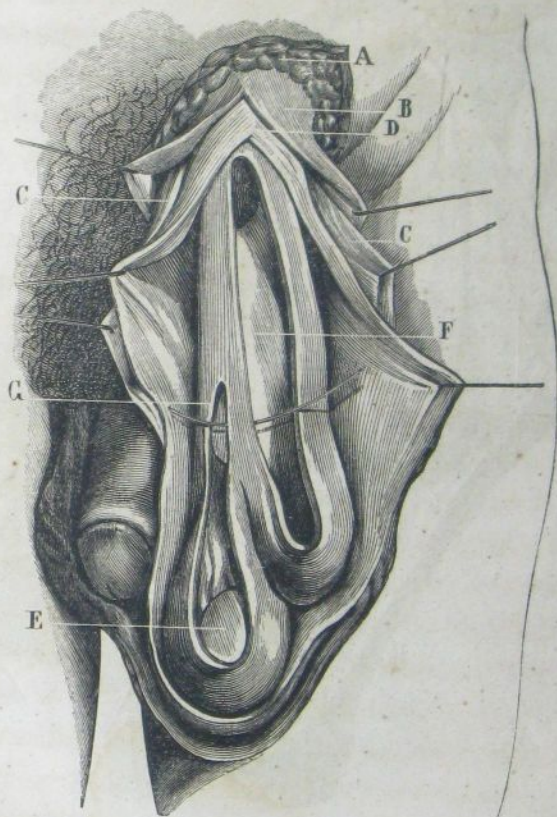


Фиг. 9. Два грыжевыхъ мѣшка, параллельные или прилежащіе паховой косой наружной грыжи. *A, A.* Разрѣзъ кожи. *B.* Aponeurosis musculi obliqui abdominis externi. *C.* Musc. obliquus abdominis internus et transversus abdominis. *D, D.* Fascia transversalis. *E, E.* Два грыжевыхъ мѣшка. *F.* Стужившаяся шейка перваго мѣшка. *G.* Шейка втораго мѣшка. *H.* Яичко, лежащее во влагалищной оболочкѣ, и частью открытое.

Грыжевые мѣшки съ нѣсколькими шейками (*sac superposé, sac à chapelet*) встрѣчаются только въ грыжахъ давнихъ, удерживаемыхъ дурными бандажами, и доселѣ почти исключительно были наблюдаемы въ грыжахъ паховыхъ. Въ бедренныхъ грыжахъ такое состояніе очень рѣдко. Мы представили одинъ такой случай бедренной грыжи (фиг. 8).

Кромѣ этого, встрѣчаются еще такъ называемые параллельные грыжевые мѣшки (*sac parallèle, sac multiple*) или прилежащіе. Если усиліе, дѣйствующее на грыжевой мѣшокъ и выдвигающее внутренности, не отдѣляетъ шейки мѣшка на всей ея окружности, по причинѣ приращеній, то отъ этого также можетъ образоваться новый грыжевой мѣшокъ, который однакожъ помѣщается не сверху прежняго, а сбоку его (фиг. 9, 10, 11). Такіе мѣшки тоже исключительно

Фиг. 10.

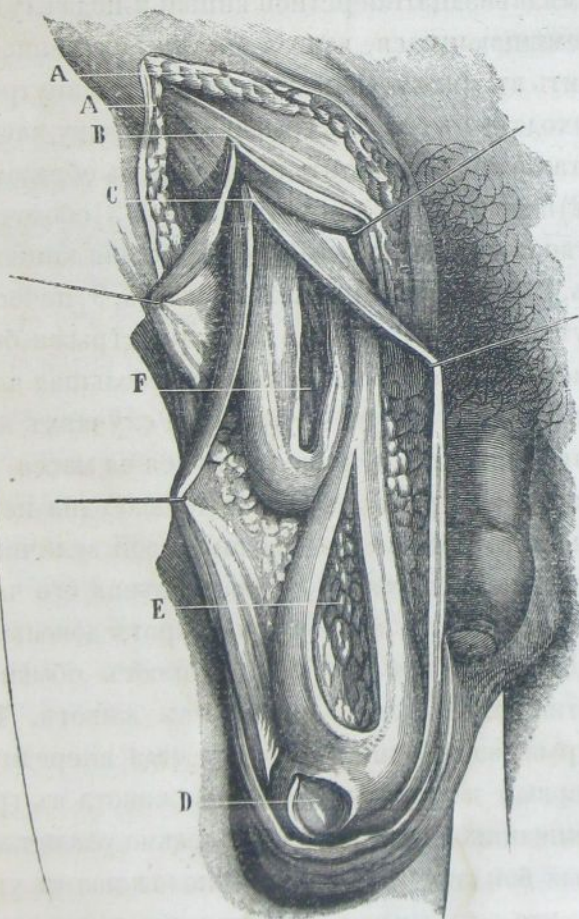


Фиг. 10. Врожденная грыжа, находящаяся съ той же стороны и въ томъ же влагалищѣ, какъ и грыжа приобѣтенная. А. Разрѣзъ кожи. В. Aponeurosis musculi obliqui abdominis externi. С, С. Musc. obliquus abdominis internus et m. transversus. D. Fascia transversalis. Е. Мѣшокъ врожденной грыжи съ яичкомъ. F. Мѣшокъ приобѣтенной грыжи. G. Шейка влагалищной оболочки, соединяющая оба мѣшка.

были встречаемы въ грыжахъ паховыхъ и преимущественно врожденныхъ.

Когда существуютъ два параллельныхъ грыжевыхъ мѣшка, то они однимъ общимъ отверстіемъ сообщаются съ полостію живота, а выемкою, находящеюся на раздѣляющей ихъ перегородкѣ, между собою (фиг. 10). Случается иногда, что болѣе старый мѣшокъ или прежде образовавшійся зарастаетъ въ верхней своей части, и такимъ образомъ не бываетъ сообщенія между обоими мѣшками (фиг. 11). Этотъ заросшій мѣшокъ можетъ содержать въ себѣ серозную жидкость. Понятно, что діагностика подобныхъ измѣненій грыжеваго мѣшка должна быть очень затруднительна.

Фиг. 11.



Фиг. 11. Два грыжевыхъ мѣшка пріобрѣтенной паховой грыжи, изъ коихъ одинъ сверху заросъ. А, А. Разрѣзъ кожи. В. Aponeurosis mm. obliqui abdominis externi, interni et transversi, отвернутый въ стороны крючками. С. Fascia transversalis. D. Яичко во влагалищной оболочкѣ. Е. Заросшій грыжевой мѣшокъ, заключающій въ себѣ часть салъника.

Внутренняя поверхность грыжевого мѣшка бываетъ обыкновенно гладкою, бѣловатою и влажною, подобно внутренней поверхности брюшины, которой мѣшокъ и составляетъ продолженіе.

Анатомическое строеніе грыжевого мѣшка то же самое, какъ и брюшины: снаружи онъ, какъ мы выше замѣтили, покрытъ клетчаточною тканью. Въ грыжахъ застарѣлыхъ брюшина, составляющая грыжевой мѣшокъ, бываетъ гораздо толще естественнаго.

Въ полости грыжевого мѣшка, кромѣ внутренностей вышедшихъ изъ живота, часто содержится серозная жидкость, какъ слѣдствіе раздраженія серозной ткани. Объ этой особенноти мы будемъ говорить подробнѣе при описаніи осложненій грыжъ.

В. Внутренности, входящія въ составъ грыжи.— За исключеніемъ двѣнадцатиперстной кишки и поджелудочной желѣзы, трудно перемѣщающихся, всякая другая внутренность живота можетъ выходить въ грыжу. Однакожъ не всѣ эти внутренности одинаково часто входятъ въ составъ грыжи. По порядку частоты внутренности живота можно размѣстить слѣдующимъ образомъ: 1) сальникъ (omentum), 2) подвздошная кишка (int. ileum), 3) ободочная кишка (int. colon), 4) слѣпая кишка (int. caecum), 5) тощая кишка (int. jejunum), 6) желудокъ, 7) яичники, 8) мочевой пузырь, 9) печень и селезенка.

Часть внутренности, входящей въ составъ грыжи, бываетъ различна: въ нее можетъ входить напр. только небольшая часть кишки или сегментъ окружности ея; въ другихъ же случаяхъ можетъ входить значительная часть кишки, даже почти вся ея масса. Но въ большей части случаевъ въ грыжу выходитъ только одна петля кишечнаго канала. Сальникъ, тоже не всегда одинаковой величины, входитъ въ составъ грыжи; иногда только незначительная его часть выходитъ, и это встрѣчается чаще, а иногда наоборотъ довольно большая.

Перемѣщаясь, внутренности сохраняютъ обыкновенно между собою то отношеніе, какое имѣютъ въ животѣ. Такъ сальникъ лежитъ въ грыжевомъ мѣшкѣ почти всегда впереди кишки и обыкновенно первый же и выходитъ изъ живота въ грыжу. Число и величина вышедшихъ внутренностей весьма различны. Грыжи, не удерживаемыя бандажемъ, всегда расположены къ увеличенію. Мы видѣли уже, что есть грыжи, въ которыхъ заключается только незначительная часть сальника, или часть сегмента кишки; между тѣмъ какъ въ другихъ заключается большая часть внутренностей живота, напр. иногда въ грыжахъ пупочныхъ.

Перемѣняя мѣсто и отношеніе, внутренности могутъ терпѣть измѣненіе и въ своемъ строеніи. Если грыжа не удерживается бандажемъ, то части, ее составляющія, представляютъ различныя замѣтныя измѣненія, приписываемыя тренію, ими испытываемому, или препятствію въ ихъ кровообращеніи и проч. Вдольныя складки сальника, находящіяся въ мѣстѣ соответствующемъ шейкѣ грыжеваго мѣшка, изглаживаются, и сальникъ въ этомъ мѣстѣ представляется цилиндрическимъ, гладкимъ, довольно плотнымъ и наконецъ онъ можетъ превратиться въ фиброзный шнурокъ. Часть же этой внутренности, вошедшая въ самый мѣшокъ, нерѣдко представляется расширенною въ видѣ гриба, трудно или вовсе неуправляемого. Сальникъ, такимъ образомъ измѣненный въ своей формѣ и плотности, сохраняетъ обыкновенно свое жировое свойство; однакожъ, находясь здѣсь, онъ можетъ иногда потерпѣть раковое перерожденіе (Pott); въ немъ также встрѣчали гидатиды. Иногда перемѣщенный сальникъ разрывается, и чрезъ разорванное мѣсто кишка можетъ пройти и ущемиться.

Иногда также вышедшія въ грыжевой мѣшокъ кишки сѣкуются въ своемъ калибрѣ, а иногда стѣнки ихъ отолстѣваютъ. Естественно, что отъ такого измѣненія органовъ всегда болѣе или менѣе разстраиваются и отправленія, отъ нихъ зависящія.

Части, входящія въ составъ грыжи, въ слѣдствіе различныхъ причинъ, особенно внѣшнихъ насилій, могутъ воспаляться; отъ этого происходятъ сращенія внутренностей съ грыжевымъ мѣшкомъ или сращеніе однихъ внутренностей съ другими, частное или общее. Первое обыкновенно происходитъ отъ образованія между внутренностями фиброзныхъ волоконъ; кишка, помѣстившись между этими волокнами, можетъ иногда ущемиться. Общее приращеніе внутренностей въ грыжевомъ мѣшкѣ образуетъ одну неподвижную массу и грыжа чрезъ то становится совершенно неуправимою.

Наконецъ нерѣдко въ грыжевомъ мѣшкѣ между внутренностями находится серозная жидкость, какъ слѣдствіе раздраженія серозной ткани.

С. Части, покрывающія грыжевой мѣшокъ снаружи, и отношенія ихъ къ грыжевому мѣшку будутъ разсмотрѣны при частномъ описаніи грыжъ.

ПРИПАДКИ И ПРЕДСКАЗАНИЕ ПРИ БРЮШНЫХЪ ГРЫЖАХЪ.

Образованіе грыжи происходитъ обыкновенно во время какихъ нибудь тѣлесныхъ усилій или напряженій; человекъ при этомъ чувствуетъ, что у него въ томъ мѣстѣ, гдѣ быть грыжѣ, какъ будто что нибудь лопнуло или оборвалось; нерѣдко при этомъ обнаруживается и боль. Эта боль ощущается въ томъ кольцѣ или мѣстѣ, гдѣ выходитъ грыжа, и отсюда распространяется и на сосѣднія части; иногда боль бываетъ такъ сильна, что человекъ въ теченіе дня или нѣсколькихъ часовъ не можетъ исполнять своихъ обыкновенныхъ занятій, ходить и принужденъ бываетъ оставаться въ теченіе нѣсколькихъ часовъ или даже дней въ постели.

Въ началѣ грыжа представляетъ опухоль небольшого объема, но потомъ постепенно, обыкновенно при новыхъ тѣлесныхъ усиліяхъ больного, она увеличивается и представляетъ уже очень замѣтную опухоль, которой форма и направленіе бываютъ различны, смотря по мѣсту, занимаемому грыжею, что мы увидимъ при частномъ описаніи этихъ болѣзней.

Какіе общіе признаки уже существующей грыжи? Грыжа большею частію представляетъ на какой нибудь наружной части живота опухоль небольшую, безъ измѣненія цвѣта кожи и довольно подвижную при своей вершинѣ и неподвижную у основанія. Опухоль эта довольно удобно вводится и даже сама иногда входитъ въ полость живота, когда больной лежитъ на спинѣ; но при стоячемъ положеніи человека она скоро опять появляется. Ходьба, продолжительное стояніе, усилія при кашлѣ и чиханіи увеличиваютъ объемъ и напряженность опухоли.

Когда больной стоитъ и опухоль будетъ сжата, то ее также иногда можно ввести въ животъ. Если прежде введенія грыжи изслѣдовать пальцомъ отверстіе живота, доставившее выходъ грыжѣ, то его нельзя пройти: чувствуютъ, что оно наполнено какимъ-то мягкимъ тѣломъ. Но когда грыжа вправлена, то палецъ обыкновенно можно ввести въ это отверстіе и приблизительно судить о его величинѣ.

Если держать палецъ въ грыжевомъ отверстіи и заставить больного кашлять, то грыжа силится выйти и пальцемъ ощущается

толчокъ отъ напора брюшныхъ внутренностей, стремящихся пройти чрезъ отверстіе наружу въ грыжу.

Можно ли опредѣлить, какія внутренности вышли въ грыжу? Большою частію при брюшныхъ грыжахъ выходятъ кишки, сальникъ, или кишки и сальникъ вмѣстѣ. а) Когда вышла въ грыжу кишка (кишечная грыжа), то всегда существуетъ нѣкоторое разстройство въ пищеварительныхъ органахъ; больной имѣетъ часто колики, урчаніе, распространяющееся изъ живота въ грыжу. Величина и плотность опухоли различны, смотря потому пуста ли кишка или содержитъ газы, вещество жидкое или плотное; поэтому опухоль бываетъ временами: то эластическая и при перкуссии звучная, то мягкая, то болѣе плотная и болѣе пространная. Поверхность ея гладкая; она легко вводится, при чемъ обыкновенно слышно бываетъ урчаніе. Иногда больные имѣютъ отрыжку, тошноту и даже рвоту.

б) Если сальникъ образуетъ грыжу [сальниковая грыжа (epiplocele)], то опухоль бываетъ мягкая, тѣстоватая, малочувствительная къ прижатію, неровная; при введеніи она входитъ медленно и безъ звука; она труднѣе удерживается, нежели enterocoele; она не такъ измѣнчива въ отношеніи формы и плотности, какъ кишечная грыжа. Вышедшій сальникъ можно нерѣдко прощупать пальцами и замѣтить, что онъ входитъ въ животъ въ видѣ толстаго мягкаго шнурка. Если опухоль невелика, то отправленія пищеварительныхъ органовъ не разстроиваются; если же масса вышедшаго сальника довольно значительна, то больной при выпрямленіи иногда ощущаетъ боль, распространяющуюся отъ опухоли къ предсердію.

в) Грыжа киечно-сальниковая (entero-epiplocele) часто представляетъ признаки упомянутыхъ двухъ грыжъ. Въ такомъ случаѣ одна часть вышедшихъ внутренностей бываетъ эластическая, упругая, мягкая, удобно входитъ со звукомъ (урчаніе); другая — мягкая, тѣстоватая, неровная, входитъ трудно, мало по малу и безъ всякаго звука. Но эти признаки существуютъ только въ недавней грыжѣ и когда части, ее составляющія, не потеряли еще особенныхъ измѣненій. Если же грыжевой мѣшокъ и части, его покрывающія, были раздражаемы постояннымъ треніемъ и долгимъ употребленіемъ бандажа и отолстѣли, тогда признаки киечно-сальниковой грыжи становятся довольно неопредѣлительными и могутъ иногда затруднять діагностику.

Опредѣливши, что существуетъ грыжа, необходимо всегда знать, можетъ ли она быть вправлена (*вправимая, h. réductible*) или нѣтъ (*невправимая, h. irréductible*). Вправимая грыжа есть та, которая входитъ или сама при извѣстномъ положеніи больного, или легко вправляется въ животъ постороннею помощію. Невправимая всегда остается снаружи въ грыжевомъ мѣшкѣ. Нерѣдко случается, что грыжа въ первое время своего существованія легко возвращалась въ животъ, но потомъ становится трудновправимою или вовсе не вправляется.

Самыя обыкновенныя причины, препятствующія возвратному вхожденію грыжи, суть: увеличеніе объема вышедшихъ внутренностей и сращеніе ихъ между собою или съ грыжевымъ мѣшкомъ помощію ложныхъ перепонокъ.

Въ старыхъ грыжахъ, которыя не были вправляемы, вышедшія части сальника и брыжейки иногда отъ отложенія жира отолстѣваютъ въ полости грыжеваго мѣшка, между тѣмъ какъ въ шейкѣ грыжи, какъ въ части менѣе раздражаемой, онѣ сохраняютъ прежній объемъ; отъ этого вышедшія внутренности образуютъ родъ гриба, не могущаго пройти чрезъ узкое отверстіе шейки грыжи.

Приращенія, какъ мы видѣли, образуются отъ медленнаго, едва замѣтнаго или остраго воспаленія брюшины, одѣвающей вышедшія внутренности и составляющей грыжевой мѣшокъ. Вообще приращенія чаще встрѣчаются въ грыжахъ старыхъ, трудновправимыхъ или вовсе невправимыхъ. Впрочемъ иногда это состояніе встрѣчается и въ грыжахъ недавнихъ и малыхъ. Сальникъ скорѣе прирастаетъ и чаще, нежели кишки. Иногда въ старыхъ грыжахъ можно встрѣтить приращеніе и вмѣстѣ увеличеніе объема вышедшихъ внутренностей.

Послѣ всего сказаннаго о припадкахъ брюшныхъ грыжъ излишне было бы говорить здѣсь отдѣльно о діагностикѣ. Этотъ предметъ найдетъ себѣ болѣе приличное мѣсто при частномъ разсмотрѣніи грыжъ.

Грыжа легко вправляемая и простая, удерживаемая средствами, о которыхъ будетъ говорено ниже, не есть сама по себѣ болѣзнь тяжелая и опасная; но она можетъ сдѣлаться таковою отъ ущемленія, — complicatio, о которой мы также будемъ гово-

рить скоро и которая может случиться отъ несоблюдения извѣстныхъ осторожностей, и подвергнуть жизнь человѣка большой опасности.

Грыжа невправляемая всегда опаснѣе, нежели грыжа вправляемая; человѣкъ съ такою грыжею очень расположенъ къ коликамъ живота и другимъ разстройствамъ пищеварительныхъ органовъ; кромѣ того невправляемая грыжа очень расположена къ ущемленію и другимъ важнымъ complicациямъ, которыя мы скоро разсмотримъ отдѣльно.

Намъ слѣдовало бы говорить теперь объ осложненіяхъ грыжъ; но изложеніе этого предмета мы представимъ, разсмотрѣвши сперва леченіе грыжъ.

ЛЕЧЕНІЕ ГРЫЖЪ.

Леченіе брюшныхъ грыжъ бываетъ палліативное и радикальное.

ЛЕЧЕНІЕ ПАЛЛІАТИВНОЕ. — Первое показаніе при грыжѣ, когда она простая и безъ осложнений, есть введеніе грыжи въ животъ и удержаніе ея приличнымъ бандажемъ.

Введеніе или вправленіе грыжи (*taxis, repositio herniae*) есть механическая операція, помощью которой внутренности, вышедшія изъ живота въ грыжевой мѣшокъ, вводятся обратно въ полость живота.

Мы выше видѣли, что внутренности изъ грыжевой опухоли иногда сами возвращаются въ полость живота, если человѣкъ принимаетъ горизонтальное положеніе, или даже и въ стоячемъ, но когда опухоль будетъ захвачена и прижата рукою. Но такъ не всегда бываетъ, и часто для введенія внутренностей нужно бываетъ производить вправленіе (*taxis*) грыжи по извѣстнымъ правиламъ.

Во время вправленія грыжи нужно больному дать такое положеніе, которое ослабило бы брюшныя мышцы и вмѣстѣ отверстіе, чрезъ которое прошла грыжа. Больного кладутъ навзничъ, подъ голову и плечи подкладываютъ подушку и, возвысивъ тазъ, подъ согнутыя колѣна подкладываютъ также подушки для поддержанія бедръ и голеней согнутыми. Когда дано больному такое положеніе, то вправляніе производится обыкновенно довольно легко. При существованіи же какой-либо трудности, должно руководствоваться

слѣдующими общими правилами: а) выпустить мочу, чтобы этимъ увеличить вмѣстимость живота; б) совѣтовать больному свободно дышать, не кричать и не приподнимать головы, однимъ словомъ не дѣлать никакихъ напряженій; в) сначала производить легкое давленіе на опухоль, чтобы имѣть возможность мало по малу увеличивать его и долѣе продолжать, не ушибая грыжи; г) заставлять первыми входить тѣ части, которыя вышли послѣдними; е) заставлять вышедшія части идти тою же дорогою, которою онѣ вышли: такъ въ недавнихъ паховыхъ грыжахъ кишка отдавливается сперва прямо кзади, чтобы пройти первое кольцо; потомъ кзади, кверху и особенно кнаружи, по ходу канала, и наконецъ опять спереди кзади, когда предполагается, что она дошла уже до втораго паховаго или внутренняго кольца. При врожденныхъ или давнихъ грыжахъ, довольно отдавливать части кзади и нѣсколько кверху. ф) Наконецъ, въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ не удаются эти общія правила и сами больные имѣютъ свой собственный привычный способъ, къ которому и должно прибѣгнуть.

Есть три главныхъ способа вправленія грыжъ.

1) Хирургъ захватываетъ грыжу лѣвою рукою такъ, что основаніе грыжи прикладывается къ ладони руки, а пальцы окружаютъ шейку опухоли: такимъ образомъ онъ приподнимаетъ и давитъ ее въ направленіи кольца, истончая между мякотями пальцевъ ту долю, которая всѣхъ ближе къ кольцу, чтобы оставить ей только надлежащій діаметръ.

2) Грыжу охватываютъ одною или обѣими руками, смотря по объему ея, аккуратно прикладывая пальцы на всю поверхность грыжи, такъ чтобы по возможности ни одна точка ея не оставалась открытою, и дѣйствуютъ сдавливая всѣ точки окружности опухоли къ центру.

Дѣйствительность этого сдавливанія увеличиваютъ чрезъ оттягиваніе. такъ сказать, всей опухоли изъ живота, подвигая ее то въ ту, то въ другую сторону, сжимая и разнимая ее пальцами, такъ чтобы разгладить содержащуюся въ кольцѣ долю кишки и заставить войти чрезъ этотъ путь испражнительныя вещества и газы, раздувающіе грыжу.

3) Массу опухоли оставляютъ свободною; но одинъ или два пальца прикладываютъ подлѣ самага кольца по сторонамъ грыжеваго мѣшка, и такимъ образомъ продавливаютъ сквозь кольцо только

ту часть, которая находится въ непосредственномъ соосѣдствѣ съ нимъ. Продавивъ такимъ образомъ небольшую долю ея сквозь кольцо, поддерживаютъ ее пальцами, продавившими ее, и соответствующими пальцами другой руки продавливаютъ слѣдующую долю, и такъ далѣе. Часто случается, что ущемленная доля, составляющая какъ бы родъ пробки, входитъ первою; тогда остальная грыжа легко уже за нею слѣдуетъ. Этотъ способъ, годный особенно для малыхъ грыжъ, опасенъ, когда содержащіяся въ кольцо части ущемлены и уже болѣзнены. Дѣйствительность его увеличивается чрезъ загибаніе туловища кзади, для того, чтобъ расширить кольцо напряженіемъ мышцъ нижней части живота.

Вхожденіе грыжи, если это кишечная грыжа, узнается по очень явственному и характеристическому бурчащему шуму. При сальниковой грыжѣ, или даже кишечной, наполненной густымъ каломъ и несодержащей газовъ, этого урчанія не слышно: но вхожденіе ея обнаруживается пустотою, ощущаемою въ грыжевомъ мѣшкѣ и свободою кольца, которое должно быть закрываемо пальцами до наложенія бандажа.

Совѣтовали также для вправленія грыжи прикладывать на животъ широкія вантузы (что у насъ въ простонародіи называется: *накидывать горшки*), для оттягиванія въ животъ вышедшихъ въ грыжу кишекъ, и прокалывать эти послѣднія иглою или троакаромъ, для опорожненія ихъ отъ газовъ. Первое средство еще хорошо не объяснено; оно, можетъ быть, напрасно пренебрегается. Второе не безъ опасности.

Большую частію операція вправленія грыжи оканчивается скоро, въ нѣсколько минутъ; но иногда ее должно продолжать довольно долго, въ теченіе часа, двухъ и даже болѣе (*taxis prolongé*), и тогда только входятъ внутренности. Въ тѣхъ случаяхъ, когда кишка поражена гангреною, или гдѣ давность ущемленія заставляетъ подозревать это состояніе, или по крайней мѣрѣ близкое къ нему, всегда должно избѣгать продолжительнаго и насильственнаго вправлянія, ибо оно въ такомъ случаѣ можетъ повлечь къ очень важнымъ и опаснымъ послѣдствіямъ.

По введеніи грыжи должно удержать ее въ животѣ помощію *грыжевого бандажа* (*bracherium, amma, retinaculum*). Всякій бандажъ долженъ производить достаточное давленіе на отверстіе, чрезъ которое вышла грыжа; но это давленіе не должно быть очень сильное, дабы

не произвести въ мѣстѣ прижатія боли и изъязвленія. Понятно, что для того, чтобы сдѣлать хорошій грыжевой бандажъ и его надлежащимъ образомъ употреблять, нужно имѣть анатомическія свѣдѣнія объ отверстіи и каналѣ, чрезъ которые вышла грыжа. Пелоть бандажа долженъ давить прямо на отверстіе грыжи, если оно прямое. Если каналъ косвенный, то пелоть долженъ быть такъ приложенъ, чтобы могъ приблизить другъ къ другу стѣнки канала; онъ тутъ долженъ дѣйствовать чрезъ переднюю стѣнку канала и на верхнее его отверстіе. Если при дѣланіи бандажа и его употребленіи хорошо понята цѣль, то умѣренное прижатіе хорошо удерживаетъ грыжу; между тѣмъ какъ и сильное прижатіе часто остается безъ результата, если не будетъ направлено, какъ слѣдуетъ. Замѣтимъ при этомъ, что *хорошо, постоянно и долго* удерживаемая бандажемъ грыжа, въ нѣкоторыхъ случаяхъ излечивается этимъ средствомъ радикально.

Существуютъ бандажи для различнаго рода грыжъ и для различныхъ возрастовъ. У очень юныхъ дѣтей можно довольствоваться часто пелотомъ изъ компресса, удерживаемаго бинтомъ. Но у взрослыхъ такая повязка не дѣйствуетъ такъ хорошо, какъ бандажъ съ пружиною, и потому ее нужно бываетъ часто перемѣнять.

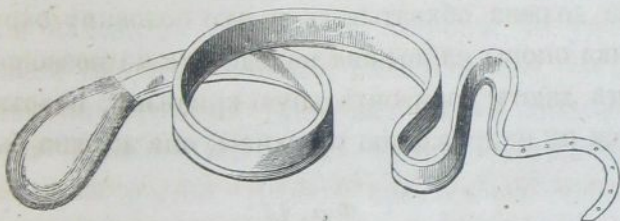
Вообще бандажи съ пружиною или эластическіе (*bracherium elasticum*) должно предпочитать бандажамъ безъ пружины (*bracherium non elasticum s. molle*). Бандажъ состоитъ изъ пояса на металлической стальной пружинѣ, оканчивающагося на одномъ изъ своихъ концовъ бляшкою, называемою пелотомъ. Пружина въ поясѣ и пелоть съ внутренней стороны всегда подбивается чѣмъ-нибудь мягкимъ, волосомъ или хлопчатою бумагою, а потомъ замшею. Нѣкоторые бандажисты, находя, что обыкновенный пелоть скоро измѣняетъ свою форму, разгибается, дѣлаютъ его изъ дерева или слоновой кости и покрываютъ замшею. Обыкновенные пелоты съ внутренней стороны, какъ мы сейчасъ сказали, подбиваются, подобно пружинѣ, волосомъ или шерстью и покрываются замшею. Дѣлаютъ также пелоты изъ сплошной каучуковой матеріи, и изъ каучуковаго пузыря, наполненнаго воздухомъ. Обыкновенный пелоть иногда можетъ разогнуться; пелоты же изъ дерева и слоновой кости очень тверды, однакожъ есть случаи, гдѣ ихъ можно употребить съ пользою; но пелоть, наполненный воздухомъ, удерживаетъ грыжу довольно слабо.

Кинё предложил бандажъ подъ названіемъ *bandage herniaire omniiforme*, состоящій изъ бандажа обыкновеннаго устройства съ пелотомъ подвижнымъ во всѣ стороны; но такой бандажъ въ настоящее время не одобряется по причинѣ своей большой удобо-подвижности.

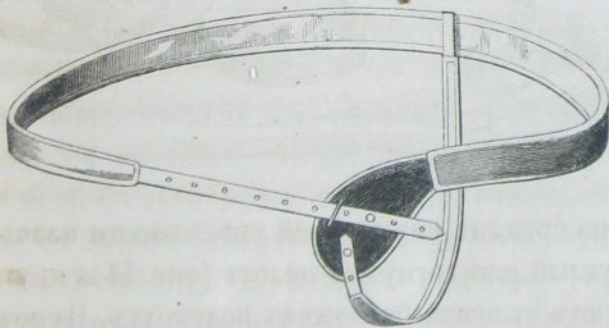
Мѣсто соединенія пелота съ пружиною называется шейкою бандажа. Отъ конца пружины идетъ мягкій ремень съ небольшими отверстіями, которыми наложенный бандажъ удерживается на тѣлѣ человѣка при помощи небольшихъ пуговицъ или крючковъ, помѣщенныхъ на наружной поверхности пелота (фиг. 12).

Въ нѣкоторыхъ бандажахъ дѣлаютъ еще особенный мягкій ремень, подбедренникъ (*subligaculum*) (фиг. 13), идущій отъ задней

Фиг. 12.



Фиг. 13.

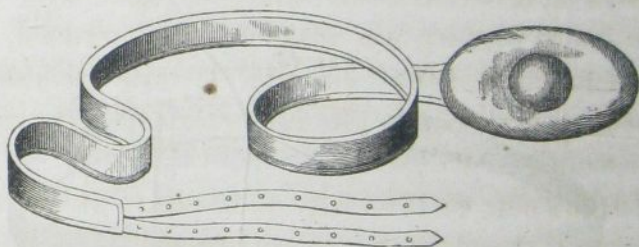


части пружины или пояса, проходящій подъ бедромъ и оканчивающійся на пелотѣ. Таково устройство грыжеваго бандажа съ пружиною и съ однимъ пелотомъ, называемаго обыкновенно бандажемъ Рихтера. Сила пружины бываетъ различна и пропорціональна наклонности грыжи къ выходу. Вообще можно считать достаточною силу пружины, если отъ навѣшенія на одинъ конецъ бандажа фунта тяжести пружина выпрямляется.

Совсѣмъ иначе устроенъ новый англійскій бандажъ, называемый *opposite*, или противоположный, предложенный Саломономъ, Окли и комп. (*Salomon, Ocly and comp.*). Въ этомъ бандажѣ къ здоровому боку таза накладывается (посему онъ и называется противоположнымъ бандажемъ) полукружная стальная пружина съ прямою кривизною, имѣющая на каждомъ концѣ принаровленный пелоть. На переднемъ концѣ щитокъ пелота не приковывается, но привинчивается помощію щурупа и шарнера; отъ этого передній пелоть можно подвинуть по надобности назадъ, внутрь и впередъ. Этотъ пелоть дѣйствуетъ противъ грыжеваго кольца и канала. Заднимъ пелотомъ этотъ бандажъ упирается на крестцовой кости. При этомъ бандажѣ нѣтъ надобности ни въ брюшномъ ремнѣ, ни въ подбедренникѣ.

Различныя части бандажа также измѣняются, смотря по роду грыжи. Такъ въ пупочной грыжѣ пружина обыкновенно дѣлается мягкою; она должна обхватывать только половину окружности туловища, точка опоры ея должна находиться на позвоночномъ столбѣ; пружинѣ даютъ горизонтальную кривизну; пластинка для пелота дѣлается по направленію пружины; она должна быть довольно

Фиг. 14.



обширна и на срединѣ внутренней поверхности пластинки устроивается выпуклый или вогнутый пелоть (фиг. 14); пружина съ пелотомъ образуютъ въ этихъ бандажахъ полукругъ. Пупочный бандажъ обыкновенно носится безъ подбедренника. Если же нужно бываетъ его болѣе укрѣпить, то придѣлываются подбедренники и помочи; послѣднія проходятъ отъ задней части бандажа черезъ плечи къ передней его части.

Въ бандажѣ для паховой или бедренной грыжи пружина обнимаетъ тазъ, отъ *symphysis sacro-iliaca* здоровой стороны до брюшнаго отверстія, чрезъ которое вышла грыжа. Арно и Делонѣ дѣлали пружину длиннѣе, такъ что она обнимала три четверти окружно-

сти таза. Подобный бандажъ крѣпче и держится хорошо безъ подбедренника; но его труднѣе сдѣлать и нужно для этого всегда брать точную мѣрку окружности таза.

Пружина въ паховомъ бандажѣ, имѣющая обыкновенно въ ширину палецъ или нѣсколько болѣе, идетъ отъ задней части таза до передней верхней ости подвздошной кости горизонтально; отсюда же она поворачивается внизъ и нѣсколько внутрь, отъ чего бандажъ представляетъ изгибъ или кривизну полуспирали. Кривизна такой полуспирали въ бандажахъ для бедренныхъ грыжъ должна быть болѣе, нежели въ бандажахъ для паховыхъ грыжъ (см. рисунокъ ниже въ описаніи паховой и бедренной грыжи). Часть пружины, идущая отъ передней подвздошной ости до грыжевого отверстія въ грыжахъ паховыхъ прямыхъ, или въ грыжахъ паховыхъ косыхъ, но давнихъ, должна быть длиннѣе, нежели въ грыжахъ бедренныхъ и въ паховыхъ косыхъ, но недавнихъ.

Если грыжа находится съ обѣихъ сторонъ, то употребляется двойной бандажъ. Бандажи двойные, какъ паховые, такъ и бедренные, устроиваются различно. Одни изъ такихъ бандажей имѣютъ на концѣ одной пружины два пелота: одинъ соотвѣтствуетъ одной грыжѣ, а другой — другой. Делонэ предложилъ второй т. е. наружный пелотъ присоединять къ пелоту находящемуся на концѣ пружины, помощію отдѣльной металлической пластинки, прикрепленной къ этому послѣднему винтомъ. Но такіе двойные бандажи имѣютъ то важное неудобство, что ихъ пелоты не имѣютъ одинакой силы при давленіи.

Поэтому Тифенъ еще въ 1761 году предложилъ дѣлать этого рода бандажи на двойной пружинѣ, гдѣ двѣ пружины, соединенныя на средней линіи задней поверхности туловища, обнимаютъ тѣло чело-вѣка сзади и съ боковъ и имѣютъ каждая на переднемъ концѣ по пелоту. Спереди пелоты соединяются ремнемъ. Такимъ образомъ устроенный бандажъ въ большей части случаевъ бываетъ достаточенъ для удержанія двойной грыжи, но еще лучше, если его носить съ подбедренникомъ.

Описанныхъ нами бандажей вообще достаточно бываетъ для удержанія большей части грыжъ; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по особенному свойству грыжи или ея отверстій, требуются измѣненія формы бандажа, сообразно съ каждымъ особеннымъ случаемъ.

Для такихъ—то частныхъ случаевъ въ особенности необходимо бандажисту имѣть понятіе объ измѣреніяхъ и очертаніи таза. Бандажистъ долженъ съ больнаго взять мѣрку таза проволокою (свинцовою, или желѣзною пережженою), дать ей такую кривизну, какая требуется для пружины; онъ долженъ хорошо замѣтить величину отверстія канала и его разстоянія отъ задней точки опоры. По такимъ только даннымъ онъ можетъ хорошо устроить бандажъ.

Для наложенія бандажа нужно положить больнаго горизонтально на постель и, подведши пружину бандажа подъ тазъ, сперва вправить всю грыжу. За тѣмъ накладывается пелоть на брюшное отверстіе, потомъ брюшной ремень пружины укрѣпляется на пелоть и наконецъ надѣвается подбедренникъ.

Бандажъ долженъ производить давленіе достаточное, но не сильное. Если пружина бандажа очень крѣпка и жестка, то для предотвращенія боли и изъязвленій, могущихъ случиться у пациентовъ нѣжныхъ, подкладывается мягкій компрессъ между кожею и пелотомъ.

Въ первое время пациентъ долженъ носить бандажъ день и ночь; позже, когда грыжа получить меньшую наклонность къ выходу, больной ночью можетъ не употреблять бандажа, если только пациентъ не страдаетъ сильнымъ кашлемъ, сильными запорами или затруднительнымъ мочеиспущеніемъ. Въ случаяхъ, когда больному нужно дѣлать сильное движеніе или напряженіе тѣла, бандажъ должно стянуть покрѣпче. При ослабленіи пружины, равнымъ образомъ когда составъ пелота начнетъ портиться, слѣдуетъ бандажъ перемѣнить.

Не всегда можно угадать всѣ недостатки бандажа въ первое время его употребленія; поэтому слѣдуетъ долго наблюдать за его дѣйствіемъ. Если онъ не удерживаетъ хорошо грыжи, если прижатіе, производимое пелотомъ очень сильно, то должно измѣнить бандажъ.

Обыкновенно бандажисты, сдѣлавъ или продавъ готовый бандажъ, заставляютъ больнаго по наложеніи бандажа кашлять, и если при этомъ грыжа не выходитъ, то тѣмъ и удовлетворяются, говоря, что бандажъ хорошъ. Но для испытанія годности бандажа этого недостаточно; нужно больнаго съ надѣтымъ бандажемъ подвергнуть еще различнымъ испытаніямъ: заставить его сходить и восхо-

дять по лѣстницѣ, — поднимать какую нибудь тяжесть, нагибаться, раздвигать ноги и въ то же время кашлять, и при всѣхъ этихъ испытаніяхъ должно наблюдать, чтобы грыжа не выходила. Наконецъ при хорошемъ бандажѣ грыжа не должна выходить даже и тогда, когда человѣкъ ѣздитъ верхомъ. Вообще дѣйствіе бандажа нужно наблюдать въ теченіе недѣли или двухъ, чтобы вполне убѣдиться въ его истинной пользѣ.

Само собою разумѣется, что хирургъ, назначающій бандажисту устроить бандажъ, долженъ самъ въ точности знать анатомію отверстія, пропустившаго грыжу.

Радикальное леченіе грыжъ состоитъ въ произведеніи заращенія отверстія, пропустившаго грыжу, или по крайней мѣрѣ въ произведеніи въ этомъ отверстіи достаточнаго суженія для воспреніятствованія обратному выходу внутренностей. Для этой цѣли предложено было много различныхъ способовъ.

1) *Продолжительное горизонтальное положеніе больного.* — Многія грыжи, какъ мы выше видѣли, сами легко входятъ, когда человѣкъ лежитъ на спинѣ. Отсюда естественно произошла мысль употреблять горизонтальное положеніе на спинѣ, мѣшающее выходу внутренностей, для радикальнаго леченія грыжъ.

Фабрицій де-Гильденъ, Арно и др., и наконецъ въ послѣднее время Равенъ достигли нѣскольکو успѣховъ отъ этого способа. Больной долженъ лежать на спинѣ съ приподнятымъ нѣсколько тазомъ отъ трехъ до восьми недѣль. Однакожъ наблюденія показали, что этимъ средствомъ полнаго успѣха достигаютъ очень рѣдко, а у пожилыхъ людей почти никогда.

2) *Прижатіе* бандажемъ отверстія или канала, пропустившаго грыжу, составляетъ, какъ мы выше замѣтили, средство палліативное; но если оно будетъ употреблено продолжительно, настойчиво и безъ перемежки, то можетъ иногда произвести и радикальное исцѣленіе болѣзни. Если прижатіе бандажемъ желаютъ употребить для радикальнаго излеченія грыжи, то нужно, чтобы пелоть былъ довольно широкъ и нѣсколько выпуклъ съ внутренней стороны. Прижатіе пелота здѣсь мѣшаетъ выходу внутренностей, чрезъ что каналъ не только что не расширяется болѣе, но еще сокращается; кромѣ этого, вѣроятно въ слѣдствіе прижатія, происходитъ и раздраженіе, дѣлающее органическія ткани болѣе плотными.

Чтобы средство это имѣло успѣхъ, нужно его употреблять безпрерывно день и ночь, такъ, чтобы грыжа во время леченія ни разу не выходила. Прижатіе должно употреблять очень долго, по крайней мѣрѣ въ продолженіе девяти мѣсяцовъ или года (А. Куперъ). Когда грыжа перестала уже выходить при ходьбѣ или при кашлѣ, то больной долженъ носить бандажъ, только нѣсколько слабѣйшій, еще въ теченіе года или двухъ. Въ послѣдній періодъ, во время ночи, бандажа можно не употреблять.

3) *Мѣстные средства*.—Мѣшечки съ порошкомъ хины, размоченнымъ въ винѣ; мѣшечки съ порошкомъ дубовой корки, припарки изъ алое, мастики, армянской глины и муки, пелоты изъ опиума и порошка чернильных орѣшковъ, различные пластыри (*emplastra contra rupturam*) и проч. дѣйствуютъ только на кожу и не приносятъ сами по себѣ въ сущности ни какой пользы. Если иногда отъ нихъ и замѣчали дѣйствительно пользу, то не иначе какъ при совокупномъ ихъ употребленіи съ прижатіемъ и горизонтальнымъ положеніемъ.

4) *Прижиганіе*.—По вправленіи грыжи, совѣтовали дѣлать прижиганіе каленымъ желѣзомъ или ѣдкими веществами покрововъ грыжеваго мѣшка, для произведенія въ нихъ омертвѣнія и рубца. Нѣкоторые даже совѣтовали производить прижиганіе обнаженнаго грыжеваго мѣшка и отверстія, пропускавшаго внутренности. Этотъ способъ давно оставленъ, какъ опасный и бесполезный.

5) *Разрѣзъ (incisio)*.—По введеніи грыжи разрѣзывали грыжевой мѣшокъ и всѣ мягкія части, его покрывающія, и старались заживить рану чрезъ нагноеніе. Этотъ способъ также, какъ очень опасный, нынѣ вовсе оставленъ.

6) *Вырѣзываніе (excisio)* части или всего грыжеваго мѣшка составляетъ операцію и болѣе трудную и болѣе опасную, нежели предыдущая, и по этому она также давно оставлена.

7) *Лигатура*.—По введеніи внутренностей, грыжевой мѣшокъ съ покрывающими его частями перевязывали въ массѣ для произведенія омертвѣнія и рубца. Другіе обнажали грыжевой мѣшокъ и потомъ его только перевязывали у брюшнаго кольца. Иные проводили нитку въ двухъ или трехъ мѣстахъ у основанія опухоли (*suture royale*), отдѣливши предварительно съменной канатикъ; этотъ же самый способъ нѣкоторые называли *point doré*, когда вмѣсто нитки употреблялась золотая проволока. Лигатура всей опухоли

у основанія въ настоящее время употребляется иногда только для леченія пупочной грыжи; для другихъ же грыжъ она теперь нѣмъ не употребляется. Отъ нея можетъ легко произойти опасное воспаленіе; даже и при благополучномъ окончаніи операціи успѣхъ ея очень сомнителенъ.

8) *Кастрація, акупунктура и скарификаціи вокругъ грыжеваго мѣшка* суть способы, которые также нѣсколько разъ были употребляемы, но нынѣ, по опасности и малой успѣшности ихъ, совершенно оставлены.

9) *Способъ Джемсона.* — Этотъ хирургъ, въ одномъ случаѣ бедренной грыжи, вскрывши грыжевой мѣшокъ, перенесъ лоскутъ покрововъ отъ сосѣднихъ частей на отверстіе пропустившее внутренности и тутъ его укрѣпилъ швомъ. Джемсонъ говоритъ, что такая автопластика увѣнчалась успѣхомъ. Однако эта операція не нашла себѣ послѣдователей.

10) *Способъ Бельма.* — Онъ состоитъ въ проведеніи внутрь грыжеваго мѣшка (изъ котораго предварительно вправлены внутренности) небольшого пузыря изъ бараньей кишки (*sac de baudruche*), который потомъ наполняется вдуваемымъ въ него воздухомъ. Черезъ сутки воздухъ выжимается изъ пузыря, а еще черезъ день начинаютъ дѣлать постепенное прижатіе, что продолжаютъ въ теченіе двухъ недѣль или болѣе. По опытамъ Бельма, *sac de baudruche*, оставаясь въ грыжевомъ мѣшкѣ и раздражая его, производитъ выпотѣніе пластической лимфы, которая постепенно частію всасывается, а частію организуется и такимъ образомъ способствуетъ сращенію грыжеваго мѣшка. Бельма произвелъ однажды эту операцію съ успѣхомъ; однако же трудно надѣяться, чтобы посредствомъ ея можно было всегда производить коренное излеченіе грыжи. Поэтому способъ Бельма остается нынѣ почти вовсе безъ употребленія.

11) *Способъ Жерди.* — Сначала вправляется грыжа; потомъ указательнымъ пальцемъ лѣвой руки вводится кожа, покрывающая грыжу, въ паховой каналъ, завороченная на подобіе того, какъ заворачивается палецъ перчатки. Введши кожу, по возможности глубже, въ грыжевой каналъ, Жерди укрѣпляетъ ее къ передней стѣнкѣ паховаго канала тремя, четырьмя или пятью швами. Для произведенія этого шва (*suture enchevillée*), Жерди употребляетъ особеннаго рода кривую иглу съ ниткою на остромъ ея концѣ. Игла

эта вводится по указательному пальцу къ основанію завернутой кожи въ паховомъ каналѣ, и здѣсь потомъ выводится чрезъ двойной слой покрововъ наружу. Нитки шва завязываются наружи надъ небольшимъ цилиндрическимъ компрессомъ или надъ кускомъ эластическаго зонда. Для произведенія срастительнаго воспаленія между поверхностями завернутой въ паховой каналъ кожи, употребляется смазываніе амміакомъ. Въ продолженіе пятнадцати или болѣе дней оперированное мѣсто перевязывается мягчительными веществами, и больной въ теченіе мѣсяца остается въ постели; потомъ, когда оперированное мѣсто заживаетъ, накладывается грыжевой бандажъ. Отъ сращенія двухъ поверхностей кожи въ паховомъ каналѣ образуется изъ рубца и кожи, въ грыжевомъ каналѣ, родъ пробки, которая и можетъ препятствовать выходу внутренностей. Кромѣ того, серозныя поверхности грыжеваго мѣшка могутъ также срастись.

Въ числѣ трудностей этого способа должно упомянуть о возможности ранить иногда внутренности, имѣющія большую наклонность къ перемѣщенію; можно также иногда ранить и сѣменной канатикъ. Вотъ что говоритъ Седильо о результатахъ этой операціи. «Жерди, въ 1845 году, произвелъ эту операцію одиннадцать разъ; одинъ изъ его больныхъ умеръ, другой имѣлъ сильное рожистое воспаленіе мошонки и большой нарывъ въ клѣтчаткѣ брюшныхъ стѣнокъ и *in fossa iliaca*; у трехъ другихъ больныхъ грыжа возвратилась прежде ихъ выхода изъ госпиталя; у пяти больныхъ грыжа была вылечена и они вышли изъ госпиталя, нося бандажъ; наконецъ, послѣдній больной оставался еще въ госпиталѣ не вылеченнымъ. Я дѣлалъ, говоритъ Седильо, три раза эту операцію. Въ первый разъ у одного сорокалѣтняго мужчины, у котораго грыжа возвратилась. Въ другой разъ операція была произведена у студента медицины, у котораго черезъ пять мѣсяцовъ грыжа также возвратилась отъ паденія его на лѣстницѣ; въ третій разъ операція была произведена мною у дитяти: но грыжа, не смотря на наложеніе двухъ лигатуръ, черезъ два часа послѣ операціи отъ крика больного вышла и онъ черезъ двое сутокъ, отъ сильнаго *peritonitis*, умеръ, хотя внутренности и не были ранены, какъ показала потомъ аутопсія». Эти факты и подобные имъ, замѣченные другими хирургами, составляютъ причину, почему операція по способу Жерди нынѣ почти оставлена, какъ опасная и рѣдко дѣйствительная.

12) *Іодовыя впрыскиванья.* — Вельпо, въ 1837 г., предложилъ дѣлать іодовыя впрыскиванья въ грыжевой мѣшокъ, для заращенія его полости¹⁾. Для этого хирургъ предварительно вводитъ грыжу въ животъ, помощникъ прижимаетъ паховой каналъ; потомъ дѣлаютъ впрыскиваніе въ грыжевой мѣшокъ іодовой жидкости. Послѣ операціи больной остается въ теченіе недѣли или двухъ въ постели, и ему дѣлается въ это время умѣренное прижатіе на паховой каналъ. Здѣсь образуется слипчивое воспаленіе внутренней поверхности грыжевого мѣшка, точно такъ какъ послѣ операціи hydroceles. При этой операціи опасность состоитъ въ раненіи сѣменнаго канатика и въ возможности иногда сильнаго воспаленія брюшины.

Вообще операція впрыскиванія, для полнаго ея обсужденія, требуетъ еще дальнѣйшихъ наблюденій.

13) *Способъ Боннѣ.* — Для этого способа необходимы слѣдующіе предметы: 1) три или четыре обыкновенныя булавки, длиною въ четыре сантиметра; 2) двойное число кусковъ пробки, объемомъ и формою въ кончикъ меньшаго пальца, или лучше сказать полусферовидные; 3) чоткообразный пинцетъ. Прежде употребленія булавокъ, на каждую изъ нихъ надѣвается серединою одинъ изъ кусковъ пробки, обращенный выпуклостью къ верхушкѣ, и эта пробка продвигается до головки булавки, чтобы увеличить объемъ ея.

По вправленіи грыжи, захватываютъ корень мошонки сколь возможно ближе къ кольцу, и сѣменный канатикъ помѣщаютъ въ кругъ, образуемый лѣвыми большимъ и указательнымъ пальцами, сильно сблизивъ концы этихъ пальцевъ. Впереди угловъ ихъ вкалываютъ булавку, позади грыжевыхъ оболочекъ и подлѣ ligamentum suspensorium virgae, и продавливаютъ ее до тѣхъ поръ, пока пробковая головка ея упрется въ кожу, а верхушка выставится впередъ. Тогда на послѣднюю надѣвается центромъ другой пробковый кусокъ, плоскою поверхностію на этотъ разъ обращенный къ верхушкѣ булавки, и надѣвается довольно далеко впереди, чтобы слегка сжать части лежація между обѣими пробками; а для поддержанія этого сдавливанія, верхушка булавки закручивается спирально помощію чоткообразнаго пинцета.

Помѣстивъ такимъ образомъ первую булавку, канатикъ проводятъ между нею и концами лѣвыхъ большаго и указательнаго

¹⁾ Описаніе этой операціи см. ниже, при изложеніи леченія паховыхъ грыжъ.

пальцовъ, всегда сколь возможно сближенными; по окончности этихъ пальцевъ вкалываютъ другую булавку, параллельно первой, на 12 — 15 миллиметровъ болѣе кнаружи. Такимъ образомъ канатикъ остается помѣщеннымъ между первою и второю булавками. Но если отъ давленія грыжею сосуды и нервы, составляющіе его, раздѣлились и не могутъ быть всѣ помѣщены въ этотъ промежутокъ, то все остающееся отъ него помѣщается между второю и третьею булавкою, вкалываемою также въ 12 — 15 миллиметрахъ кнаружи отъ предыдущей.

Около четвертаго дня обыкновенно развиваются боль и воспаленіе. Когда воспаленіе довольно сильно и заднія головки булавокъ начинаютъ изъязвлять кожу, то ихъ извлекаютъ между шестымъ и двѣнадцатымъ днями. Понятно, что для извлеченія ихъ надобно перерѣзать одинъ изъ концовъ нарѣзными щипцами. Трехъ недѣль или мѣсяца достаточно для зарощенія пахового кольца.

Заклѣченіе. Всѣ различныя операціи, выше нами описанныя, не даютъ никакой надежды на успѣхъ радикальнаго излеченія грыжъ большихъ и невводимыхъ, которыя лишь однѣ составляютъ для человѣка тяжелое увѣщье. Только въ грыжахъ небольшихъ, простыхъ и легко вводимыхъ, можно ожидать иногда успѣха отъ радикальной операціи. Но такія грыжи методически устроеннымъ бандажемъ очень хорошо удерживаются и причиняютъ лишь незначительное безпокойство человѣку. Посмотрите, рѣшаются ли врачи на произведеніе у себя вышеописанныхъ операцій, и однакожь между врачами, должно быть не мало одержимыхъ грыжами? Если и можно еще рѣшиться на операцію, то лучшая изъ нихъ будетъ либо іодовыя впрыскиванья, какъ предложилъ Вельпо, либо операція по способу Жерди; но и тутъ риску много, а на успѣхъ надежды мало. Окончательно скажемъ, что, при настоящемъ состояніи науки, лучшее средство радикальнаго излеченія грыжъ составляетъ прижатіе помощію бандажа, соединенное въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ горизонтальнымъ положеніемъ на спинѣ и съ употребленіемъ мѣстныхъ вяжущихъ средствъ.

Компликаціи грыжъ.

Грыжи могутъ осложняться слѣдующими болѣзненными явлениями: 1) *болью*, 2) *неправимостію грыжи*, 3) *присутствіемъ*

инородныхъ тѣлъ, 4) изъязвленіемъ, 5) раздутіемъ, 6) ущемленіемъ и 7) гангреною.

1) *Боли*, случающіяся въ грыжахъ, должно считать тогда только осложненіями, когда онѣ бываютъ очень сильны.

Легкія, скоропроходящія боли сопутствуютъ почти всякой грыжѣ и составляютъ довольно обыкновенное явленіе въ этой болѣзни; но въ грыжахъ давнихъ, невводимыхъ или трудно удерживаемыхъ бандажемъ, нерѣдко развиваются сильныя боли и колики, возвращающіяся почти послѣ всякаго принятія пищи и зависящія, кажется, отъ прохожденія пищевыхъ веществъ въ опухоли. Отъ продолжительнаго существованія этого припадка можетъ развиваться болѣе или менѣе значительное исхуданіе тѣла и упадокъ тѣлесныхъ силъ.

Когда грыжа вправляется, то боль можетъ уничтожиться вправленіемъ грыжи и удержаніемъ ея помощію бандажа. Если грыжа не вправляется, то боль трудно совершенно уничтожить; больной долженъ употреблять въ пищу вещества удобоваримыя, мягкія, за одинъ разъ понемногу, поддерживать свободное испражненіе низомъ, помощію слабительныхъ или клистировъ, избѣгать усталости, сильныхъ тѣлесныхъ напряженій и проч.

2) *Невводимость грыжи*.—Кромѣ ущемленія, причиною невводимости грыжи могутъ быть другія анатомическія условія: а) увеличеніе объема вышедшихъ внутренностей; б) увеличеніе объема и плотности грыжевыхъ внутренностей отъ перерожденія или утолщенія сальника или брыжейки; в) приращеніе внутренностей къ грыжевому мѣшку; г) сращеніе внутренностей между собою.

Приращеніе грыжи есть одна изъ частыхъ ея осложнений; оно бываетъ различно по пространству и мѣсту. Иногда внутренности прирастаютъ къ грыжевому мѣшку, и чаще такимъ образомъ прирастаетъ сальникъ, нежели кишки. Сальникъ можетъ сростись съ кишками, а во врожденной грыжѣ и съ яичкомъ. Кишки могутъ сростись между собою и въ то же время съ сальникомъ. Приращеніе внутренностей къ мѣшку бываетъ общее, или, что чаще встрѣчается, частное. Приращеніе можетъ быть недавнимъ, свѣжимъ и удоборазрываемымъ, каковымъ мы иногда его находимъ при грыжестѣченіи; но иногда оно бываетъ давнее и притомъ или клѣтчатое, или фиброзное и очень крѣпкое, такъ что его нельзя разорвать безъ поврежденія внутренностей.

Въ грыжѣ не всегда легко опредѣлить присутствіе приращенія, ибо признаки, указывающіе на него, замѣчаются нерѣдко и при другихъ обстоятельствахъ опухолей. И въ такомъ случаѣ безъ вскрытія мѣшка нельзя убѣдиться въ присутствіи приращенія, между тѣмъ какъ вскрытіе его позволительно дѣлать только при ущемленіи грыжи.

Когда грыжа старая и невводимая, или вводится, но только отчасти, тогда можно подозрѣвать присутствіе приращеній; однакожъ и приросшая грыжа можетъ быть иногда вправлена, вмѣстѣ съ мѣшкомъ къ которому приросли внутренности; и съ другой стороны, въ грыжевомъ мѣшкѣ могутъ содержаться внутренности не приросшія, но не вправимыя, по причинѣ увеличенія объема ихъ.

Еще больше можно быть увѣрену въ присутствіи приращенія, когда во время вправливанія внутренностей поднимаются къ паховому каналу яичко и мошонка; такъ иногда поднимается яичко, приросшее къ сальнику или къ кишкѣ, во врожденной грыжѣ.

Встрѣчаются грыжи, въ которыхъ полоска приращенія проходить отъ одной стороны грыжеваго мѣшка къ другой и мѣшаетъ внутренностямъ, хотя и не приросшимъ, войти въ животъ.

Иногда отъ воспаленія образуется суженіе мѣшка въ средней его части, такъ что одна часть вышедшихъ внутренностей помѣщается въ верхней части грыжеваго мѣшка надъ суженнымъ мѣстомъ, а другая ниже суженнаго мѣста; отъ чего также можетъ случиться не вправимость грыжи (А. Куперъ). Этого послѣдняго состоянія не должно смѣшивать съ грыжевымъ мѣшкомъ имѣющимъ двѣ шейки, ибо происхожденіе его совсѣмъ иное.

Невправимая грыжа (*hernia immobilis s. adcreta*) причиняетъ человеку постоянное, болѣе или менѣе сильное, болѣзненное чувство и даже боль. Если это грыжа сальниковая, то желудокъ болѣе или менѣе натяженіемъ сальника измѣняется въ своемъ направленіи и отправленія его разстроиваются. Когда грыжа кишечная (*enterocele*) не вправляется, то бываютъ болѣе или менѣе постоянныя колики въ животѣ, урчаніе и разстройство пищеваженія. Сверхъ этого можетъ развиваться раздутіе грыжи или ложное ущемленіе (*engouement*). Оба рода этихъ грыжъ расположены къ ущемленію.

Невправляемая грыжа, удерживая внутренности снаружи, располагаетъ человека еще къ другимъ болѣзненнымъ явленіямъ. Такъ есть случаи, что кишки въ такихъ грыжахъ были разры-

ваемы при паденіи челоуѣка на что нибудь твердое, или при ушибѣ, наносимомъ ему по грыжевой опухоли. Инородныя тѣла также удобнѣе останавливаются въ части кишки неуправляемой изъ грыжевой опухоли, нежели въ остальныхъ частяхъ кишечнаго канала.

Какъ помогать при неуправимости грыжи?

Когда неуправимость грыжи зависитъ единственно отъ увеличеннаго объема внутренностей, то иногда помогаютъ продолжительный покой въ постели, строгая діета, кровопусканіе, слабительныя, продолжительное прикладываніе льда и наконецъ вправленіе.

Но если неуправляемость грыжи зависитъ отъ приращенія внутренностей, или хотя и отъ увеличенія объема внутренностей, но предыдущія средства не помогаютъ, то остается пациенту носить бандажъ съ вогнутымъ пелотомъ и вести умѣренную и осторожную жизнь. Выпуклость пелота, по мѣрѣ уменьшенія грыжевой опухоли, должна быть также уменьшаема.

Когда грыжа велика и не вправляется, то должно употреблять *suspensorium*, который можетъ мѣшать увеличенію грыжи и растяженію опухоли газами. Всѣ операціи, предложенныя для уничтоженія приращеній, препятствующихъ вхожденію грыжи, нынѣ оставлены.

3) *Постороннія тѣла*. — Эта complicatio свойственна только грыжамъ кишечнымъ; косточки плодовъ, въ особенности вишень, небольшія кости, булавки, глисты и проч. были встрѣчаемы въ грыжахъ; иногда находили здѣсь камни желчные и кишечные. Всѣ эти тѣла могутъ мѣшать прохожденію испражнений по кишкамъ, раздражаютъ кишки, иногда ихъ продиравливаютъ и способствуютъ ущемленію. Если постороннее тѣло острое, то попытка вправленія можетъ быть очень опасна; ибо можетъ случиться раненіе кишки и изліяніе кишечныхъ нечистотъ. Однакожъ, такъ какъ почти всегда можно знать какое больнымъ было проглочено тѣло, то, если оно неострое, къ вправленію грыжи можно приступить. Если уже произошло изліяніе содержимаго во внутренностяхъ, то сперва слѣдуетъ вскрыть грыжевой мѣшокъ, по правиламъ операціи грыжесѣченія, и потомъ извлечь постороннее тѣло. Если отъ посторонняго тѣла произошло острое ущемленіе, то должно произвести операцію грыжесѣченія и, удаливши ущемленіе, ста-

ратся вправить внутренности, вмѣстѣ съ постороннимъ тѣломъ, въ полость живота.

4) *Изъязвленіе* (excoriatio).—У нѣкоторыхъ больныхъ, и въ особенности у стариковъ, одержимыхъ большими грыжами и принужденныхъ много ходить или работать, иногда изъязвляется поверхность мошонки. При такомъ состояніи, кожа покрывающая грыжу похожа бываетъ на то мѣсто, съ котораго снята была недавно мушка. Въ этомъ случаѣ нужно прикладывать мягчительныя вещества и соблюдать опрятность. Впрочемъ, такія язвы иногда бываютъ очень упорны для заживленія.

5) *Раздутіе грыжи или ложное ущемленіе* (engouement).—Оно состоитъ въ застоѣ или скопленіи пищевыхъ веществъ въ части кишекъ образующей грыжу, иногда въ развитіи въ ней газовъ и въ присутствіи нечистотъ или другихъ постороннихъ тѣлъ, напр. косточекъ нѣкоторыхъ плодовъ. Только кишечная грыжа способна осложняться этою компликаціею, и притомъ это случается большею частію въ старыхъ грыжахъ.

Припадки, которыми обнаруживается раздутіе грыжи, суть слѣдующіе: опухоль грыжи увеличивается, плотнѣетъ, раздувается, развивается боль, нѣтъ лихорадки, нѣтъ въ опухоли красноты, появляется запоръ, иногда и рвота, животъ раздувается. Эта компликація часто образуетъ настоящее ущемленіе грыжи. Раздутіе грыжи можетъ продолжаться отъ 2 до 5 и даже 15 дней, но рѣдко такъ долго.

Отличить раздутіе грыжи отъ настоящаго ущемленія иногда трудно. Впрочемъ, по этому случаю мы замѣтимъ, что раздутіе можетъ случиться только при кишечной грыжѣ; ущемленіе же можетъ случиться не только съ кишечною, но и съ сальниковою и всякою другою грыжею. Ущемлена можетъ быть только часть окружности кишки, между тѣмъ какъ при раздутіи непременно выходитъ въ грыжевой мѣшокъ цѣлая петля кишки или нѣсколько петель.

Пособіе при раздутіи грыжъ состоитъ въ слѣдующемъ: должно дѣлать вправление грыжи довольно продолжительное (taxis prolongé). Въ пособіе къ этому средству назначаются слабительныя (oleum ricini или calomel) и легкіе раздражающіе клистиры; прикладываются снаружи вяжущія и охлаждающія средства: красное вино, ледъ, снѣгъ.

Если грыжа была до этой complicationi невводимою, то послѣ удачнаго вправленія она принимаетъ свой обыкновенный объемъ.

6) *Ущемленіе* (incarceratio, suffocatio herniae). — Ущемленіе состоитъ въ сжатіи вышедшихъ въ грыжу внутренностей; при такомъ состояніи дѣлается препятствіе кровообращенію и прохожденію кишечныхъ нечистотъ; грыжа не можетъ быть вправлена и развиваются тяжелые припадки.

Ущемленіе есть одна изъ самыхъ важныхъ complicationi грыжъ, и поэтому мы на него обратимъ особенное вниманіе.

При ущемленіи развивается въ грыжѣ воспаленіе, могущее перейти безъ пособія въ гангрену. Мы уже выше видѣли, что раздутіе кишекъ легко можетъ повлечь за собою ущемленіе. Кромѣ того, въ грыжахъ старыхъ или не хорошо удерживаемыхъ бандажемъ, можетъ, при усиленныхъ тѣлесныхъ напряженіяхъ или при усиленной ходьбѣ, войти новая часть внутренностей; отъ чего внутренности, тѣсня другъ друга, могутъ подвергнуться ущемленію.

Иногда ущемленіе развивается отъ употребленія жесткой, неудобоваримой пищи, въ особенности если часть ея остановилась въ вышедшей въ грыжу кишкѣ. Иногда причиною его служить сильное тѣлесное напряженіе больного, а иногда оно развивается безъ видимой причины.

Ущемленіе рѣдко встрѣчается у дѣтей; у взрослыхъ людей мы его встрѣчаемъ гораздо чаще; у стариковъ припадки ущемленія медленнѣе развиваются и не съ такою силою, какъ у людей средняго возраста. Касательно пола не замѣчено особеннаго различія.

Существенная причина ущемленія находится въ анатомическомъ расположеніи частей, составляющихъ грыжу и ее окружающихъ. Ущемленіе можетъ быть произведено: 1) фибрознымъ кольцомъ, пропустившимъ грыжу; 2) суженіемъ грыжевого мѣшка; 3) вышедшими внутренностями и 4) окружающими грыжу частями. Рихтеръ и Вельно допускаютъ еще ущемленіе спазмодическое: но это обстоятельство еще не совсѣмъ доказано.

А. УЩЕМЛЕНІЕ ФИБРОЗНЫМЪ КОЛЬЦОМЪ. — Извѣстно, что всякая грыжа проходитъ чрезъ естественное или случайное отверстіе. Эти отверстія или кольца состоятъ и окружены частями фиброзными или клѣтчато-фиброзными. Ткани эти довольно сильно противустоятъ или противудѣйствуютъ напору сосѣднихъ частей, и когда это противудѣйствіе такъ сильно, что препят-

ствуешь кровообращенію въ вышедшихъ внутренностяхъ, то и происходитъ ущемленіе (*incarceratio*). Ущемленіе фибрознымъ кольцомъ случается довольно часто, и особенно при бедренныхъ и пупочныхъ грыжахъ; при паховыхъ оно случается рѣже (Дюпюитренъ).

В. Съуженіемъ грыжеваго мѣшка. — Въ шейкѣ грыжеваго мѣшка брюшина образуетъ складки; эти складки современемъ срастаются между собою. Съ другой стороны, кѣтчатая ткань, лежащая снаружи мѣшка, можетъ гипертрофироваться. Такимъ образомъ уменьшается калиберъ мѣшка и можетъ произойти ущемленіе.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ ущемленіе отъ мѣшка и вмѣстѣ отъ фибрознаго кольца.

Если существуютъ двѣ или три шейки мѣшка, то можетъ быть ущемленіе въ двухъ или трехъ мѣстахъ. Для того, чтобы произошло ущемленіе отъ грыжеваго мѣшка, необходимо, чтобы грыжа была уже давняя.

С. Ущемленіе вышедшими внутренностями. — Сальникъ можетъ ущемить кишки и кишки могутъ сами себя ущемить, безъ всякаго участія въ этомъ фибрознаго кольца или шейки мѣшка. Сальникъ можетъ ущемить кишку различнымъ образомъ: а) онъ можетъ разорваться подъ вліяніемъ напряженія большого и въ разорванное мѣсто можетъ попасть кишка и ущемиться; б) опустившись вмѣстѣ съ кишкою, онъ можетъ прирости въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ къ грыжевому мѣшку болѣе или менѣе длинною полоскою, и кишка, спустившись ниже приросшаго мѣста сальника, можетъ также иногда ущемиться; в) сальникъ можетъ завернуться около вышедшей кишки и причинить ущемленіе; г) наконецъ, иногда вышедшій и потомъ приросшій сальникъ можетъ потерпѣть жировое или фиброзное перерожденіе и, увеличившись такимъ образомъ въ объемъ, прижать или ущемить кишку.

Вышедшія кишки могутъ ущемить сами себя, дѣлая заворотъ одной части кишки въ другую. Это есть, можно сказать, настоящій *volvulus in sacco hernioso*.

Д. Ущемленіе соседними частями случается только при врожденной паховой грыжѣ разщелиною влагалищной оболочки (*tunicae vaginalis*).

Патологическія измѣненія при ущемленіи. — Что дѣлается съ ущемленными внутренностями и сосѣдными частями при ущемленіи? Кожа часто краснѣетъ и синѣетъ, иногда же сохраняетъ свой естественный цвѣтъ. Клѣтчатая ткань и другіе подлежащіе слои иногда представляются покраснѣвшими, отолстѣвшими; клѣтчатка нерѣдко бываетъ наполнена серозною жидкостью; иногда въ ней встрѣчаются небольшія кисты съ серозною жидкостью.

Грыжевой мѣшокъ большею частію встрѣчается не приросшимъ къ вышедшимъ внутренностямъ; его полость часто бываетъ наполнена серозною, прозрачною или красноватою, или смѣшанною съ бѣлковинными клочками жидкостью. Это выпотѣніе серозной жидкости составляетъ весьма важный признакъ для оператора во время грыжестѣченія; однакожъ, нужно помнить, что оно не всегда бываетъ. Въ другихъ случаяхъ грыжевой мѣшокъ бываетъ приросшимъ на большемъ или меньшемъ пространствѣ къ внутренностямъ; иногда въ такомъ случаѣ между частными приращеніями накапливается серозная жидкость.

Толщина грыжевого мѣшка остается или нормальною, или же мѣшокъ отолстѣваетъ и даже иногда встрѣчается хрящевымъ. Внутренняя его поверхность бываетъ или гладкая, блестящая, обыкновеннаго своего сѣроватаго цвѣта, или же бываетъ красная и неровная, покрытая пластическимъ эксудатомъ.

Ущемленные внутренности представляютъ измѣненія чрезвычайно важныя. Иногда ущемлена бываетъ часть только окружности кишки, иногда цѣлая петля кишки, иногда ихъ бываетъ ущемлено нѣсколько.

При слабомъ ущемленіи, кишка представляется однообразно покраснѣвшею; стѣнки ея бываютъ отечныя и слегка припухшія. При сильномъ и долго продолжавшемся ущемленіи кишки представляются темными, стѣнки ихъ отолстѣваютъ, при разрѣзѣ изъ нихъ истекаетъ серозная кровянистая жидкость. Серозная оболочка кишки, въ такомъ случаѣ, бываетъ иногда покрыта пластическимъ эксудатомъ; иногда эта оболочка мѣстами бываетъ приподнята отъ излившейся крови. Въ этой же степени ущемленія иногда въ толщѣ кишки встрѣчаются небольшіе нарывы. Кромѣ того, кишки обыкновенно бываютъ растянуты газами.

Если кишка еще сильнѣе ущемлена, то цвѣтъ ея бываетъ либо почти черный, либо темно-сине-багровый; стѣнки ея въ такомъ

случаѣ нерѣдко представляются спавшимися, эмфизематозными и издающими характеристическій гангренозный запахъ, что указываетъ на развитіе гангрены, причемъ въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ замѣчается продиравленіе кишечной стѣнки и изліяніе кишечныхъ нечистотъ, перемѣшанныхъ съ кровью.

Описанныя измѣненія въ особенности замѣтны бываютъ въ мѣстѣ ущемленія. Изъ трехъ оболочекъ кишки обыкновенно наиболѣе измѣняются слизистая и мышечная оболочки.

Мы сказали, что при высшей степени ущемленія образуется гангрена кишки; прободеніе въ такомъ случаѣ дѣлается или отъ изъязвленія съ изліяніемъ содержимаго кишками, или отъ отпаденія струпа (*eschara*) образовавшагося въ кишкѣ.

Измѣненія при ущемленіи въ сальникѣ состоятъ въ слѣдующемъ: онъ опухаетъ, краснѣетъ и дѣлается даже фіолетовымъ. Гангрена сальника случается рѣдко; но воспаленіе этого органа и его нагноеніе случаются чаще.

При ущемленіи очень часто воспаляется и брюшина выстилающая стѣнка живота, на большемъ или меньшемъ пространствѣ. Воспаленіе это сильнѣе бываетъ при *enterocele*, нежели при *epiplocele*, и всегда притомъ пропорціонально степени ущемленія.

Припадки и ходъ ущемленія. — Ущемленіе обнаруживается напряженіемъ, увеличеніемъ объема и болью грыжевой опухоли. Кожа, покрывающая опухоль, краснѣетъ и натягивается. Боль отъ опухоли распространяется въ животъ; грыжа, если она была вправляемая, дѣлается невправляемою; скоро обнаруживается рвота, сперва веществами пищевыми, потомъ желчными и наконецъ каломъ; развиваются икота, отрыжка и запоръ. Больной можетъ еще одинъ разъ сдѣлать испражненіе низомъ, если въ моментъ ущемленія въ толстыхъ кишкахъ заключались испражненія; но потомъ испражненія низомъ и отдѣленія газовъ этимъ путемъ прекращаются. Животъ, сперва мягкій, натягивается, раздувается газами, по мѣрѣ того какъ боль увеличивается; при перкуссии, въ животѣ замѣчается много газовъ; пульсъ, въ началѣ крѣпкій и частый, дѣлается слабымъ, малымъ, сжатымъ, нитеобразнымъ; языкъ становится сухимъ, развивается жажда; принимаемое питье возбуждаетъ и возобновляетъ рвоту; лицо дѣлается блѣднымъ и выражаетъ сильное страданіе больного; является общій упадокъ силъ, все тѣло

холодѣть; лицо измѣняется, глаза впадаютъ; иногда челѣвъкъ синѣетъ, какъ въ послѣднемъ періодѣ холеры.

Упомянутые припадки не всегда обнаруживаются въ описанномъ порядкѣ и въ одинаковой степени: такъ, иногда они развиваются почти вдругъ съ жестокостію и быстро причиняютъ смерть; въ другихъ случаяхъ развиваются медленно и постепенно, какъ выше сказано. Въ первомъ случаѣ ущемленіе развивается очень быстро и сильно, почти вдругъ; во второмъ оно образуется медленно и постепенно. Наконецъ у нѣкоторыхъ больныхъ припадки ущемленія очень долго остаются въ слабой степени; въ этомъ послѣднемъ случаѣ ущемленіе бываетъ слабое. Впрочем, напряженность припадковъ зависитъ не только отъ степени сжатія внутренностей, но еще и отъ свойства ихъ самихъ. Рвота и запоръ, бывающіе почти постоянно при ущемленіи грыжи, зависятъ отъ различныхъ причинъ; во-первыхъ, отъ механическаго препятствія, мѣшающаго прохожденію кишечныхъ нечистотъ; а во-вторыхъ, отъ воспаления брюшины (peritonitis), и, безъ сомнѣнія, это послѣднее обстоятельство часто играетъ не малую роль. Дѣйствительно, рвота развивается при такихъ грыжахъ, гдѣ ущемлена только часть калибра кишки и въ грыжахъ сальниковыхъ.

Исходы ущемленія. — Въ случаяхъ счастливыхъ, черезъ три или четыре дня, грыжа входитъ, если ее вправляютъ, или опухоль остается, но припадки значительно уменьшаются и исчезаютъ; послѣдніе исходы иногда встрѣчаются въ грыжѣ сальниковой или кишечной, давно приросшей.

Въ другихъ случаяхъ ущемленіе грыжи оканчивается смертью, которая здѣсь происходитъ отъ сильныхъ болей, отъ общаго peritonitis и наконецъ отъ антонова огня и продиравленія кишекъ.

Когда образуется гангрена, то кишечныя нечистоты могутъ излиться въ полость брюшины, въ грыжевой мѣшокъ и въ подкожную клетчатую ткань (abscessus stercoralis). Иногда прободеніе кишки происходитъ не на мѣстѣ ущемленія, но гдѣ нибудь ниже на части вышедшей кишки и въ этомъ случаѣ зависитъ отъ частной гангрены или нарыва въ стѣнкѣ кишки. Часто въ этихъ обстоятельствахъ происходитъ кишечный свищъ (fistula stercoralis).

Когда омертвѣетъ вся вышедшая кишка, то боль и рвота вдругъ перестаютъ, опухоль въ объемѣ уменьшается, пульсъ дѣлается

малымъ, нитеобразнымъ, черты лица сильно измѣняются, тѣло покрывается холоднымъ потомъ и наконецъ человекъ умираетъ. Если больной переживаетъ такое состояніе, то образуется неестественный кровавый проходъ и происходитъ срощеніе кишки съ окружностью отверстія пропустившаго грыжу.

Гангрена обнаруживается большею частію на третій или четвертый день, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезъ нѣсколько часовъ послѣ ущемленія, что въ особенности замѣчается когда ущемляется часть окружности кишки.

Гангрена чаще случается въ грыжахъ кишечныхъ, нежели въ сальниковыхъ; впрочемъ припадки омертвѣнія почти одни и тѣ же.

Предсказаніе при ущемленіи всегда опасно; опасность при этомъ зависитъ отъ быстроты и степени припадковъ, отъ большей или меньшей узости отверстія; пропустившаго внутренности. Ущемленіе опаснѣе въ грыжахъ недавнихъ и малыхъ, нежели въ грыжахъ старыхъ и большихъ; опаснѣе также при грыжѣ кишечной и кишечносальниковой, нежели при простой сальниковой. Многіе изъ больныхъ съ ущемленною грыжею, даже при пособіи, умираютъ, а безъ пособія почти всегда.

Леченіе.—Средства, употребляемые при ущемленіи грыжъ, довольно многочисленны; всѣ ихъ можно раздѣлить на два рода: на средства неоперативныя и на операціи.

I. Средства неоперативныя.—а) Противувоспалительныя: кровопусканія общія и мѣстныя; б) теплыя ванны, которыя употребляются вмѣстѣ и съ перваго рода средствами; в) слабительныя; г) клистиры; е) охлаждающія; ф) Обернѣ предложилъ вводить въ прямую кишку желудочный зондъ для выпущенія газовъ; г) часто употребляли съ успѣхомъ различныя наркотическія мази, втирая ихъ въ опухоль, напр. мазь *cum extracto belladonae vel hyosciami*: намазавши грыжу такою мазью, покрываютъ еще опухоль припаркою. Были предложены табачные клистиры; но теперь это средство почти всѣми оставлено, ибо оно производило иногда отравленіе.

II. Средства оперативныя.— а) Вправленіе грыжи (*taxis*), производимое съ хлороформомъ или безъ него; б) операція ущемленной грыжи или грыжесѣченіе (*herniotomia*).

а) *Вправленіе грыжи* дѣлается по общимъ, выше описаннымъ, правиламъ вправленія грыжъ. Иногда теплая ванна облегчаетъ вправленіе.

б) *Операція при ущемленіи грыжи, грыжесъченіе, герніотомія (herniotomia, kelotomia).*—Когда попытки вправленія ущемленной грыжи остаются безуспѣшными, или вправленіе, по причинѣ тяжелыхъ припадковъ сопутствующихъ грыжѣ, не можетъ быть предпринято, то слѣдуетъ приступить къ операціи грыжесъченія или къ герніотоміи. При этой операціи вскрывается опухоль и грыжевой мѣшокъ, отыскивается ущемляющее мѣсто, уничтожается ущемленіе и вводятся въ животъ вышедшія внутренности, а наконецъ заживляется рана. Главные моменты этой операціи суть слѣдующіе: 1) разрѣзъ частей покрывающихъ грыжу; 2) вскрытіе грыжевого мѣшка; 3) уничтоженіе ущемленія; 4) введеніе въ полость живота вышедшихъ частей и уничтоженіе приращеній, если таковыя имѣются, и 5) наконецъ перевязка раны, имѣющая цѣлю ея заживленіе и предотвращеніе возврата грыжи.

Больной кладется на кровати или на столѣ; туловище больного и нижнія конечности должны быть согнуты, дабы ослабить оперируемыя части; хирургъ помѣщается съ правой стороны больного и имѣетъ нѣсколькихъ помощниковъ: два изъ нихъ должны держать больного, одинъ помогаетъ при производствѣ самой операціи, одинъ подаетъ инструменты, наконецъ одинъ наблюдаетъ за дѣйствіемъ хлороформа.

Инструменты и другія пособія для грыжесъченія должны быть приготовлены слѣдующіе: бистурей прямой, бистурей брюшистой, бистурей или ножикъ Потта, два диссекціонные пинцета, ножницы, два желобоватыхъ серебряныхъ зонда, лигатуры, иглы, губки, теплая и холодная вода, корпейные шарики, нѣсколько плюмаса, компрессы, лонжеты, Т-образная повязка, масло и *suspensorium*.

Кожа на опухоли, предварительно обритая, должна быть разрѣзана вдоль опухоли по направленію большаго діаметра послѣдней; во время разрѣза кожи, хирургомъ и его помощникомъ дѣлается поперечная складка изъ кожи, которая и разрѣзывается; иногда таковыхъ складокъ нужно сдѣлать три, четыре и болѣе, смотря по величинѣ опухоли. Разрѣзъ кожи дѣлается вдоль всей опухоли, начиная отъ отверстія пропустившаго грыжу. Если грыжа очень велика, большаго объема, то разрѣзъ можетъ и не доходить до основанія опухоли. Въ этомъ же послѣднемъ случаѣ разрѣзу можно давать форму Т-образную или крестообразную, или въ формѣ буквы Х.

Всѣ ткани, лежащія между кожей и грыжевымъ мѣшкомъ, должны быть разрѣзываемы послойно, осторожно, постепенно и при помощи пинцета. Пинцетомъ приподнимается ткань, которая разрѣзывается скальпелемъ; за тѣмъ вводится въ отверстіе желобоватый зондъ и по немъ разрѣзывается ткань вверхъ и внизъ по направленію наружной раны, сдѣланной въ кожу. По мѣрѣ приближенія къ кишкѣ, изслѣдуютъ подлежащія части болѣе и болѣе внимательно и достигаютъ такимъ образомъ до грыжеваго мѣшка, который обыкновенно узнается легко, что мы сейчасъ покажемъ. Въ паховой грыжѣ сѣменной канатикъ иногда лежитъ спереди грыжи и поэтому во время разрѣзовъ различныхъ частей, покрывающихъ грыжу, можно повредить *arteriam spermaticam*, *nervum spermaticum* и *canalem deferentem*: нужно помнить это обстоятельство и всегда стараться избѣгнуть поврежденія этихъ частей. Что касается до поврежденія поверхностныхъ артерій, то онѣ рѣдко сильно кровоточатъ, и кровотеченіе изъ нихъ легко останавливается лигатурою сосуда.

Ж. Л. Пети совѣтовалъ, дошедши до грыжеваго мѣшка, не вскрывать его, а вводить весь мѣшокъ съ вышедшими внутренностями въ полость живота, предварительно устранивши причину ущемленія: но такъ поступать не слѣдуетъ, ибо отъ этого могутъ произойти опасныя послѣдствія. Настоящая причина ущемленія часто существуетъ внутри грыжеваго мѣшка, и если въ такомъ случаѣ ввести въ животъ грыжу и грыжевой мѣшокъ, то припадки ущемленія не уничтожатся. Поэтому всегда благоразумнѣе вскрывать при этой операциіи грыжевой мѣшокъ. Грыжевой мѣшокъ узнается по слѣдующимъ признакамъ: онъ имѣетъ гладкую наружную поверхность; внутри его представляется другая серозная поверхность, если это *enterocele*; а если будетъ *epiplocele*, то сальникъ также легко узнается по особенному своему устройству; серозная полость, образуемая грыжевымъ мѣшкомъ, сообщается съ полостью живота чрезъ посредство брюшнаго кольца или грыжевой шейки. Въ сомнительныхъ случаяхъ, для опредѣленія грыжеваго мѣшка можно употребить слѣдующее средство: расширяется рана и вводится палецъ въ верхнюю часть раны. Если палецъ проходитъ въ животъ, то грыжевой мѣшокъ вскрытъ; если же, напротивъ, палецъ остается внѣ брюшины и не проникаетъ въ свободную серозную полость, то грыжевой мѣшокъ еще не вскрытъ.

Вскрывши грыжевой мѣшокъ, должно найти мѣсто и причину ущемленія, которое можетъ зависѣть отъ противудѣйствія частей пропустившихъ грыжу, давящаго на вышедшія внутренности и мѣшающаго кровообращенію; въ другихъ случаяхъ ущемленіе зависитъ отъ утолщенія и отвердѣнія шейки грыжеваго мѣшка; наконецъ оно иногда зависитъ и отъ другихъ причинъ, выше нами упомянутыхъ.

Причина ущемленія, заключающаяся внутри грыжеваго мѣшка, когда она зависитъ отъ приращенія внутренностей, уничтожается пальцомъ, если только приращенія недавнія и некрѣпкія; а если

Фиг. 15.



они сдѣлались очень крѣпки, то ихъ должно раздѣлить ножомъ или ножницами, дабы сдѣлать кишки свободными и удобовправимыми.

Арно и Лебланъ предложили расширять паховое кольцо безъ разрѣза, особенными для этой цѣли ими придуманными инструментами, которыми растягивается кольцо: но эта метода нынѣ совершенно оставлена.

Теперь для устраненія ущемленія употребляется надрѣзъ (*incisio, débridement*) ущемляющаго мѣста и для этой цѣли предложено нѣсколько способовъ. Для произведенія этого разрѣза нуженъ кривой, вогнутый, съ пуговкою бистурей Потта (см. Фиг. 15), имѣющійся во всякомъ карманномъ наборѣ. Куперъ и Дюпюитренъ предложили для этой операціи свои бистурии; однакожъ нынѣ почти всегда употребляется бистурей Потта.

На 15 фиг. представлены, въ половину должной величины, бистурии: справа Потта и слѣва А. Купера. Въ Поттовомъ бистурей вогнутая сторона вся острая; въ бистурей Купера острая часть *A* находится на вогнутой сторонѣ только на пространствѣ 6 или 8 линій; остальная же часть *B* — тупая. Конецъ каждого изъ этихъ пожей тупъ и оканчивается пуговкою.

Шопаръ и Десо, а потомъ и всѣ лучшіе хирурги новѣйшаго времени, предложили дѣлать разрѣзъ

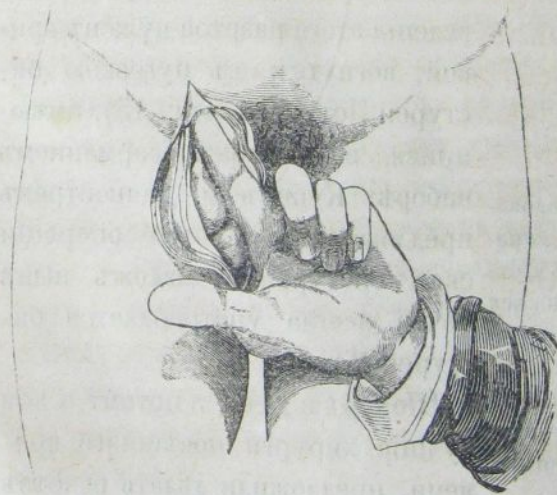
ущемляющаго мѣста при наружныхъ паховыхъ грыжахъ *вверхъ* и *наружу*, а при внутреннихъ паховыхъ грыжахъ *вверхъ* и *внутрь*. Эта осторожность дѣлается изъ опасенія повредить надчревную артерію (*arteria epigastrica*). Астлей Куперъ, Скарпа, Ришеранъ, Дюпюитренъ и др., въ сомнительныхъ случаяхъ, гдѣ нельзя точно опредѣлить, есть ли въ данномъ случаѣ ущемленная паховая грыжа косая наружная, или внутренняя (средняя), производили разрѣзъ ущемляющаго мѣста прямо вверхъ. Шарпъ, Лафей, Поттъ и Сабатье совѣтовали дѣлать этотъ разрѣзъ вверхъ и наружу при паховыхъ грыжахъ вообще, дабы вѣрнѣе избѣжать *arteriae epigastricae*, которая въ большей части этихъ грыжъ лежитъ съ внутренней стороны.

Такое различіе мнѣній, основанное на успѣхѣ или неудачѣ операціи, повело Скарпу, Петрунди и въ особенности Видаля, къ предложенію дѣлать разрѣзъ ущемляющаго мѣста не въ одномъ направленіи, но въ нѣсколькихъ, по окружности ущемляющаго кольца (*debridement multiple*). Въ такомъ случаѣ разрѣзы дѣлаются малые, гораздо меньше, нежели когда дѣлается одинъ разрѣзъ.

Для удаленія ущемленія (*abolitio incarcerationis*), хирургъ извлекаетъ содержимое въ грыжевомъ мѣшкѣ изъ круга опасности раненія, потомъ, оттянувъ его въ сторону и книзу, передаетъ помощнику для удержанія въ приличномъ положеніи. Сдѣлавъ это, самъ операторъ вводитъ конецъ указательнаго пальца лѣвой руки въ сѣзвившееся мѣсто шейки грыжеваго мѣшка

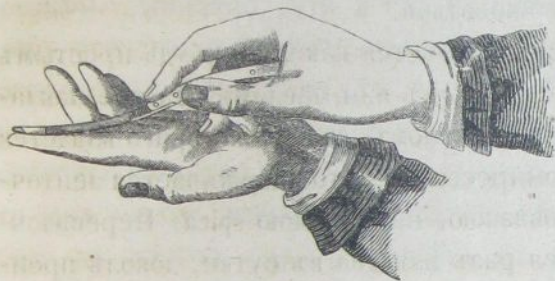
Фиг. 16.

и паховаго кольца до послѣдней возможности, и притомъ такъ, чтобы ладонная поверхность пальца была обращена кверху, а ноготь книзу (см. фиг. 16). За симъ положивъ Поттовъ бистурей одною изъ его плоскостей на ладонную поверхность указательнаго пальца, подводитъ инструментъ



подъ мѣсто самага ущемленія. Сдѣлавъ это, операторъ направляетъ разрѣзь бистурею кверху и кнаружи, или кверху и внутрь, смотря по роду паховой грыжи; для чего онъ обращаетъ рукоятку ножа около своей оси остриемъ къ ущемляющему мѣсту и, поднявъ

Фиг. 17.



ее кверху, пособляетъ дѣйствию ножа лежащимъ подъ нимъ указательнымъ пальцемъ лѣвой руки. Этимъ способомъ дѣлается разрѣзь на три или четыре линіи въ глубину ущемляющаго мѣста. Потомъ бисту-

рей, положенный опять плашмя на палецъ, извлекается вмѣстѣ съ нимъ наружу. Если при первомъ съченіи разрѣзь окажется малымъ, то можно опять ввести палецъ и инструментъ сказаннымъ способомъ и сдѣлать другой небольшой разрѣзь сбоку перваго.

Если, по причинѣ сильнаго ущемленія, подъ ущемляющее мѣсто нельзя подвести указательнаго пальца, то вмѣсто него употребляется тупой жолобоватый зондъ. Нѣсколько согнувъ конецъ этого инструмента, по жолобоватой его поверхности проводится ножъ и дѣлается разрѣзь ущемляющаго мѣста.

По удаленіи ущемленія, слѣдуетъ приступить къ вправленію вышедшихъ внутренностей, если онѣ здоровы; не должно очень покоиться темнобурымъ или темноватымъ цвѣтомъ кишки, зависящимъ часто отъ сильнаго прилива крови, и который отличается отъ настоящей гангрены тѣмъ, что не имѣетъ безчувственныхъ темнобурыхъ пятенъ (eschara). Прежде вправленія вышедшихъ внутренностей, вытягивается изъ живота небольшая часть кишки, дабы увѣриться, что ущемленіе удалено, не существуетъ еще другаго ущемленія и кишка не повреждена въ мѣстѣ производившемъ ущемленіе; за симъ мало по малу вводятся, пропихиваніемъ пальцами, въ животъ всѣ внутренности и притомъ такъ, что части, вышедшія послѣ, вводятся первыми, а вышедшія первыми—послѣдними. Если грыжа кишечносальниковая, то кишка вправляется прежде сальника.

По вправленіи внутренностей, надо ощупываніемъ убедиться, что ничего не осталось изъ выходившаго въ грыжу ни въ паховомъ каналѣ, ни въ паховомъ кольцѣ. Спрашивается: нужно ли вправлять грыжевой мѣшокъ? Это зависитъ отъ его обширности, давности и его приращеній. Когда мѣшокъ небольшой и свободенъ, то нѣтъ никакой опасности вправить его; но при противныхъ условіяхъ лучше отъ этого воздерживаться.

Послѣ операціи, рана перевязывается какимъ нибудь простымъ смягчительнымъ веществомъ: спускомъ или масломъ. На нее накладывается плюмассо, намазанное масломъ, сверхъ котораго кладется нѣсколько сухой корпии и компрессъ; все это удерживается ленточками липкаго пластыря и повязкою, называемою *spica*. Перевязочныя вещества перемѣняются разъ или два въ сутки, доколѣ прозойдетъ совершенное заживленіе раны вторымъ натяженіемъ, что случается черезъ двѣ или три недѣли.

Если при удаленіи грыжеваго ущемленія представляется какая либо изъ слѣдующихъ осложнений: гангрена внутренностей, ихъ приращеніе, отвердѣніе сальника, присутствіе яичка въ паховомъ каналѣ, раненіе *arteriae epigastricae*, въ такомъ случаѣ предстоятъ новыя показанія.

Если гангрена разстроила часть окружности кишки, то вправлять послѣдней не слѣдуетъ, а должно помощью нитки, проведенной у края помертвѣлаго мѣста, удержать такую кишку снаружи паховаго отверстія; отъ этого, если омертвѣніе весьма ограничено, исцѣленіе послѣдуетъ само собою; или же, въ противномъ случаѣ, позже нужно будетъ произвести операцію искусственнаго каловаго прохода. Нитка, проводимая въ этомъ случаѣ отъ края кишки, употребляется болѣе изъ предосторожности, потому что при такихъ обстоятельствахъ обыкновенно существуетъ довольно крѣпкое сращеніе между кишкою и брюшными стѣнками.

Въ томъ случаѣ, когда вся окружность кишки будетъ помертвѣлою, поступаютъ такимъ же образомъ. Предлагали еще въ этомъ случаѣ отдѣлять всю омертвѣлую часть кишки и сшивать оба ея конца: но нынѣ этого не дѣлаютъ.

При омертвѣніи сальника поступаютъ однимъ изъ слѣдующихъ четырехъ способовъ: или отдѣляютъ омертвѣлое мѣсто на границахъ его съ здоровымъ; или отдѣляютъ омертвѣлое мѣсто съ небольшою частью здороваго сальника и вправляютъ потомъ саль-

никъ, не боясь кровотеченія (Caqué de Reims); но для большей безопасности, должно, однакожь, дѣлать скручиваніе (torsio) сосудовъ въ отрѣзанномъ мѣстѣ сальника и потомъ уже вправлять его. Этотъ способъ теперь считается однимъ изъ лучшихъ. Наконецъ есть еще одинъ способъ, состоящій въ удержаніи сальника въ ранѣ, будетъ ли онъ омертвѣлый или только оплотнѣлый и приросшій. Доказано, что когда сальникъ, частью отрѣзанный, будетъ введенъ въ животъ, то онъ нерѣдко приростаётъ къ стѣнкамъ живота и располагаетъ къ внутреннему ущемленію или закручиванію кишекъ около приросшаго мѣста сальника; съ другой стороны извѣстно, что если сальникъ приросъ къ паховой ранѣ, то онъ часто мѣшаетъ человѣку выпрямляться и причиняетъ боль въ животѣ, но составляетъ въ то же время органическую пробку, препятствующую возврату грыжи. Эта послѣдняя выгода послужила для нѣкоторыхъ, и въ особенности для Стевенса, поводомъ постановить за правило — всегда удерживать сальникъ въ ранѣ, даже и тогда, когда онъ легко можетъ быть вправленъ въ животъ.

Однакожь такому правилу не должно всегда слѣдовать: если сальникъ цѣлъ, всегда лучше и благоразумнѣе его ввести весь въ животъ, нежели подвергнуть человѣка впослѣдствіи новымъ припадкамъ.

Иногда встрѣчаются довольно значительныя жирныя нарощенія въ грыжевомъ мѣшкѣ: ихъ должно отрѣзать, если они сидятъ на тонкомъ основаніи, а если на широкомъ и содержатъ много сосудовъ, то перевязать у основанія ниткою. Во всякомъ случаѣ, лучше жирную массу вырѣзать, если нѣтъ опасности отъ кровотеченія. Нужно однакожь при этомъ помнить, что иногда вышедшій сальникъ бываетъ очень похожъ на жировую массу и остерегаться, чтобы не отрѣзать части сальника, вмѣсто жирной массы, развившейся случайно въ грыжевомъ мѣшкѣ.

Поврежденіе arteriae epigastricae во время операціи грыжестѣченія нерѣдко причиняло смерть; по этому всегда слѣдуетъ избѣгать раненія этой артеріи; но если она ранена, то нужно стараться скорѣе остановить кровотеченіе. Вообще кровотеченіе изъ надчревной артеріи останавливается не легко, по причинѣ глубокаго положенія этого сосуда. Оно останавливается иногда прижатіемъ артеріи, посредствомъ конического куска трута, чрезъ который

всегда при этомъ нужно продѣвать крѣпкую нитку, дабы потомъ удобнѣе можно было извлечь трутный тампонъ. Въмѣсто трута можно также употреблять корпію, намоченную въ растворъ квасцовъ и завернутую въ кусокъ компресса. Остановивши прижатіемъ кроветеченіе, рана перевязывается такъ, какъ выше сказано. Для остановленія кроветеченія изъ надчревной артеріи можетъ быть употребленъ также и *compressorium* Гессельбаха. Перевязка (*ligatura*) надчревной артеріи составляетъ операцію довольно трудную, даже для опытнаго хирурга, хотя, можетъ быть, эта операція и менѣе располагаетъ къ послѣдовательному воспаленію брюшины, нежели прижатіе.

Кроветеченіе изъ другихъ небольшихъ артерій во время операціи грыжесѣченія не заслуживаетъ особеннаго вниманія: оно или само прекращается, или удобно останавливается лигатурою.

По вправленіи грыжи иногда можетъ продолжаться ущемленіе. Можетъ случиться, что ущемленіе причиняется шейкою грыжеваго мѣшка, а отверстіе паховаго канала довольно широко, такъ что грыжа, подъ вліяніемъ усиленнаго вправливанія (*taxis forcé*), взошла въ массъ вся. Въ такомъ случаѣ припадки ущемленія могутъ продолжаться не смотря на то, что грыжа вправлена: палецъ, введенный въ брюшное отверстіе, можетъ ощущать основаніе опухоли. При такихъ обстоятельствахъ должно поступать слѣдующимъ образомъ: больной долженъ стать на ноги или сѣсть на колѣни и нѣсколько разъ кашлянуть, или сдѣлать нѣсколько глубокихъ вдыханій, дабы грыжа опять вышла. Послѣ этого въ выведенной наружу грыжѣ нужно удалить разрывомъ ущемленіе, причиняемое грыжевымъ мѣшкомъ. Если при кашлѣ, при усиленныхъ вдыханіяхъ, не появляется грыжа, то совѣтуютъ дѣлать расширение паховаго кольца, дабы захватить основаніе грыжи и вывести ее наружу, для удаленія ущемленія.

Когда удалено ущемленіе и вправлены внутренности, то пациентъ не избавленъ еще отъ возможности воспаленія брюшины. Поэтому, послѣ операціи грыжесѣченія, нужно внимательно наблюдать за нимъ. При воспаленіи брюшины употребляются: общее и мѣстное кровепусканіе, смягчительныя припарки, наркотическія и разрывающія втиранія въ животъ и смягчительныя клистиры. Если послѣ операціи появляются испражненія низомъ,

то это благоприятный признак; запоры же дѣлають предсказаніе дурнымъ. Практики не всѣ согласны относительно употребленія слабительныхъ послѣ грыжесѣченія, однакожъ Бойе и многіе другіе извѣстные хирурги одобряють употребленіе olei ricini послѣ этой операціи. Больной долженъ лежать на спинѣ съ согнутыми коѣнами; внутрь назначаются средства слизистыя и прохлаждающія и приличная діета. До заживленія раны больной долженъ лежать спокойно, избѣгать сильныхъ движеній и кашля, дабы чрезъ рану не вышли опять внутренности. Если больному необходимо кашлять или вставать съ постели, то онъ долженъ поддерживать и слегка прижимать перевязанную рану рукою.

Явленія, могущія развиться послѣ операціи грыжесѣченія. — Можетъ случиться, что послѣ операціи грыжесѣченія, не смотря на слабительныя, отдѣленіе на низъ не восстанавливается; икота, рвота и другіе припадки ущемленія продолжаются. Явленія эти могутъ зависѣть отъ большаго или меньшаго закрытія канала кишки, или засоренія его кишечными испражнениями ¹⁾. Въ другихъ случаяхъ это состояніе происходитъ отъ паралича кишки — обстоятельства неизлечимаго.

Случается еще иногда, что больной послѣ операціи повидимому совершенно выздоравливаетъ, какъ вдругъ развиваются сильныя колики, рвота, лицо измѣняется и обнаруживаются всѣ признаки сильнаго воспаленія брюшины.

Это осложненіе есть слѣдствіе отпаденія струпа (eschara) кишки, или, еще чаще, разрыва приращеній ея. Поэтому Ледранъ послѣ операціи настойчиво совѣтуетъ больнымъ покой. Необходимость этого правила видна изъ слѣдующаго примѣра: одинъ студентъ медицины былъ оперированъ Вельпо отъ ущемленной грыжи. Двадцать дней послѣ операціи все шло хорошо и все предвѣщало скорое выздоровленіе; на двадцать первый день больной всталъ и началъ ходить; давленіе на брюшныя внутренности произвело разрывъ приращенія кишки и при этомъ образовалось смертельное воспаленіе брюшины.

Другой припадокъ, могущій развиться послѣ операціи грыжесѣченія, есть *воспаленіе сальника*. Гойранъ описалъ лучше дру-

¹⁾ *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, t. VIII, p. 1037.

гихъ этого рода воспаленіе ¹⁾). Оно имѣетъ своимъ мѣстомъ клетчатую ткань, соединяющую серозную оболочку съ сальникомъ. Это осложненіе можно назвать *phlegmone epiploicum*. Серозная ткань здѣсь также участвуетъ въ болѣзненномъ процессѣ, но послѣдственно.

Это *phlegmone* можетъ произвести приращенія сальника къ прилежащимъ брюшнымъ стѣнкамъ и кишкамъ. Оно можетъ занимать различное пространство и происходить отъ различныхъ обстоятельствъ: быть продолженіемъ воспалительнаго процесса, начавшагося при ущемленіи, быть слѣдствіемъ прижатія, испытаннаго сальникомъ при его вправленіи послѣ удаленія ущемленія. Въ другихъ случаяхъ, раздраженіе, происшедшее въ части сальника, оставленной снаружи во время операціи, распространяется на сальникъ находящійся въ животѣ.

Phlegmone epiploicum образуетъ ограниченную опухоль, открываемую при ощупываніи живота и дающую при перкуссіи тупой звукъ, если она лежитъ *in fossa iliaca* или близъ нея; этотъ тупой звукъ тѣмъ бываетъ замѣтнѣе, чѣмъ воспаленное мѣсто сальника толще. Опухоль эта мало болитъ, даже отъ прижатія. При этомъ замѣчаются: запоры, легкое раздутіе живота, колики, вѣтры и проч. Припадки эти преимущественно зависятъ отъ прижатія опухолью кишекъ и отъ приращеній сальника.

Этого рода воспаленіе сальника имѣетъ обыкновенно не очень быстрый ходъ, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда оно развивается подъ вліяніемъ очень сильнаго мѣстнаго раздраженія, напр. продолжительнаго ущемленія, сильнаго ушиба сальника или его разрыва.

Разрѣшеніе такого воспаленія совершается медленно, отъ периферіи къ центру; нагноеніе, кажется, есть одинъ изъ частыхъ исходовъ этого воспаленія. Если воспаленный сальникъ заключается въ грыжевомъ мѣшкѣ, то нарывъ почти не отличается отъ подкожнаго нарыва; а если онъ находится позади брюшнаго отверстія, то нагноеніе можетъ проложить себѣ путь наружу чрезъ рану. Если же онъ лежитъ очень глубоко въ животѣ и не сообщается съ наружною раной, сросшись съ кишками и со стѣнками

¹⁾ *Gazette médicale de Paris*, t. IV, p. 315.

живота, въ такомъ случаѣ въ сальникѣ образуется обширная гнойная полость и флюктуацію иногда въ ней можно замѣтить снаружи. Однакожъ если нарывъ невеликъ, а брюшныя стѣнки очень толсты, то этого признака не бываетъ и діагностика становится очень затруднительною.

При существующемъ нарывѣ, самый счастливый исходъ его — вскрытіе чрезъ кожу наружу; но такъ случается очень рѣдко. Арно говоритъ объ одной женщинѣ, умершей отъ вскрытія нарыва въ полость брюшины; этой женщинѣ за тридцать девять дней передъ тѣмъ была сдѣлана операція и ее считали уже выздоровѣвшею ¹⁾.

Изъ предыдущаго видно, что это воспаленіе составляетъ осложненіе очень опасное. Какъ предотвращать его и какъ его лечить?

Для предотвращенія этого осложненія нужно устранить отъ сальника всѣ раздражающія условія. Не слѣдуетъ вправлять въ животъ очень ушибенной или воспаленной части его. При вправленіи сальника нужно поступать очень осторожно: не слѣдуетъ его очень прижимать или давить.

Если сальникъ сильно ушибенъ, воспаленъ, перерожденъ, омертвѣлъ, или слегка приросъ, то не перевязывайте его, но отрѣжьте большую часть, а здоровую введите въ животъ. Если вы находите нужнымъ оставить вышедшую часть сальника въ грыжевомъ мѣшкѣ, то перевязывайте рану смягчительными средствами, не раздражайте ея прижатіемъ, сблизьте края раны столько, сколько нужно для прикрытія выдающагося сальника.

Когда *phlegmone epiploicum* уже развилось, то леченіе должно быть противувоспалительное. Общее кровопусканіе здѣсь не всегда можно употребить; обыкновенно же употребляется повторительное приставленіе пиявокъ; къ этимъ средствамъ должно присоединить смягчительныя припарки. Больной соблюдаетъ строгую діету. Позже можно употребить разрѣшающія мази: *unguentum hydrargyri* и *jodatum*, внутрь легкія слабительныя и каломель. Во все время леченія пациентъ долженъ избѣгать сильныхъ движеній, дабы не разорвать приращеній сальника къ сосѣднимъ частямъ, въ это время еще слабымъ.

¹⁾ *Gazette médicale de Paris*, 1841, t. XII, p. 303.

Когда образуется нарывъ, то необходимъ больному совершенный покой и смягчительныя припарки. Когда нагноеніе сдѣлалось яснымъ, нужно выпустить гной разрывомъ брюшной стѣнки.

Еще къ позднѣйшимъ болѣзненнымъ явленіямъ, обнаруживающимся послѣ операціи грыжесеченія уже по заживленіи раны, нужно отнести различные припадки разстроеннаго пищеваренія: запоры, колики, тошноту, рвоту, появляющіяся или ожесточающіяся по временамъ и наконецъ могущія повлечь за собою острое или хроническое воспаленіе брюшины и кишекъ и даже продиравленіе послѣднихъ.

Бераръ потерялъ отъ такой complicacii одного изъ оперерированныхъ имъ больныхъ ¹⁾ спустя три мѣсяца послѣ операціи. Нелятонъ наблюдалъ другаго подобнаго больного, также потомъ умершаго; болѣзненные припадки у этого больного развились чрезъ четыре мѣсяца послѣ операціи. При аутопсіи найдено суженіе кишечнаго канала ²⁾.

ГЛАВА ВТОРАЯ.

ПАХОВЫЯ ГРЫЖИ (HERNIAE INGUINALES).

Паховою грыжею называется опухоль, образуемая выходомъ изъ живота внутренностей надъ фаллопиевой связкою, между переднею и верхнею подвздошною остью и наружнымъ краемъ нижняго сухожилія прямой брюшной мышцы.

Анатомія паховой стороны.

Паховая сторона, въ которой образуются грыжи этого имени, представляетъ треугольникъ, ограниченный сверху линіею проведен-

¹⁾ *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835 и 1836.

²⁾ *Bulletin de la société anatomique*, 1842.

ною горизонтально отъ верхней передней ости подвздошной кости (spina anterior superior ossis ilii) къ наружному краю прямой брюшной мышцы; снизу бедренною дугою (arcus cruralis, фаллопиева или пупартова связка) и снутри прямою брюшною мышцею. Въ этой сторонѣ лежитъ паховой каналъ, чрезъ который и выходятъ грыжи.

Паховой каналъ (canalis inguinalis), назначенный для прохода съменнаго канатика у мужчинъ и круглой маточной связки у женщинъ, проходитъ въ толщѣ этого треугольника. Въ паховомъ каналѣ нужно отличать его середину и два отверстія: внутреннее и наружное.

Внутреннее или *брюшное отверстие* паховаго канала (annulus inguinalis internus s. abdominalis) соответствуетъ углубленію брюшины, находящемуся съ наружной стороны надчревной артеріи (arteria epigastrica inferior) ¹⁾ и называемому наружною паховою ямочкою (foveola s. excavatio inguinalis, s. iliaca externa, fossette inguinale externe *Velpeau*). Эта ямочка или углубленіе соответствуетъ тому мѣсту живота, гдѣ изъ этой полости проходитъ въ паховой каналъ съменной канатикъ.

Наружное отверстие паховаго канала или наружное паховое кольцо (annulus inguinalis externus) образуется отъ расхожденія волоконъ фаллопиевой или пупартовой связки, которая, при приближеніи къ лоннымъ костямъ, расходится на два пучка (crura). Верхній или внутренній пучокъ, плоскій, болѣе широкій и болѣе тонкій, нежели другой (наружный), идетъ косвенно снаружи внутрь, перекрещивается съ волокнами такого же пучка противоположной стороны и прикрѣпляется къ бугорку лонной кости (tuberculum pubis). Другой пучокъ, нижній или наружный, прикрѣпляется къ гребешку лонной кости (crista pubis). Мѣсто расхожденія (hiatus s. rima) пучковъ фаллопиевой связки покрывается фиброзными волокнами.

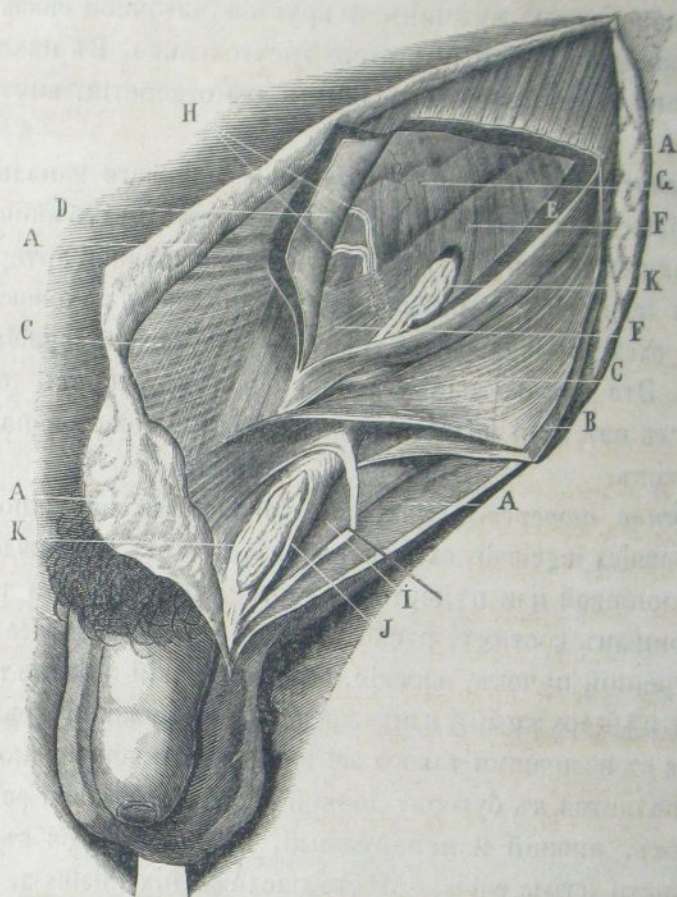
Паховой каналъ ограждается снизу жолобкомъ пупартовой связки; сверху краемъ внутренней брюшной косой и поперечной мышцъ; спереди апоневротическимъ растяженіемъ наружной косой брюшной мышцы. Задняя сторона этого канала покрыта поперечною фасціею (fascia transversalis) и брюшиною; между этими послѣдними двумя тканями проходитъ arteria epigastrica. Внутренняя по-

¹⁾ Для краткости, мы впередъ будемъ называть arteriam epigastricam inferiorem просто arteria epigastrica.

верхность пахового канала выстлана воронкообразнымъ продолженіемъ поперечной фасціи.

Паховой каналъ представляется сплюснутымъ въ направленіи спереди назадъ; въ длину онъ имѣетъ около полутора дюйма; направленіе его косвенное снутри кнаружи, сзади напередъ и

Фиг. 18.



Фиг. 18 изображаетъ путь и покровы паховой грыжи. — *A, A, A, A*, разрѣзанная и отвернутая кожа. — *B*. Отвернутая часть разрѣзанной поверхностной фасціи (*fascia superficialis*). — *C, C*. Сухожилие *musculi obliqui abdominis externi*, также разрѣзанное и отвернутое въ стороны. — *D, E*. *Musculus obliquus abdominis internus*, разрѣзанный и отвернутый. — *F, F*. Поперечная фасція (*fascia transversalis*). — *G*. Брюшина. — *H*. Надчревные сосуды (*vasa epigastrica*), проходящіе внизу и съ внутренней стороны сѣмennaго канатика; сосуды эти лежатъ *in fascia propria*, между брюшиною и поперечною фасціею. — *K, K*. Сѣмянной канатикъ, проходящій чрезъ поперечную фасцію, покрытый *musculo cremastere J*, выпускающійся въ мошонку. — *I*. Сосѣднія части наружнаго отверстія паховаго канала.

Примѣчаніе. Совѣтуемъ прочесть также описаніе рисунковъ анатоміи бедренной грыжи, помѣщенныхъ ниже, въ главѣ объ этой грыжѣ.

внизъ. Каналъ этотъ у мужчинъ просторнѣе, нежели у женщинъ. Въ паховомъ каналѣ у мужчинъ проходитъ сѣменной канатикъ (состоящій изъ относящаго канала — *canalis deferens*, сѣменной артеріи, сѣменнаго нерва и двухъ венъ), а у женщинъ круглая маточная связка. Сверхъ того, въ томъ и другомъ полѣ этотъ каналъ содержитъ: а) клѣтчатое продолженіе брюшины, остатки *tunicae vaginalis* или *canalis Nuckii*; б) *musculus cremaster*, составляющійся изъ волоконъ поперечной брюшной и внутренней косой брюшной мышцъ; в) слабую клѣтчатку; д) нѣсколько жиру и е) лимфатическіе сосуды.

Изъ такого анатомическаго расположенія явствуетъ, что всякая грыжа, проходящая чрезъ весь паховой каналъ, должна имѣть надчревную артерію (*arteria epigastrica*) съ внутренней стороны. Но мы должны замѣтить, что не всѣ паховыя грыжи слѣдуютъ направленію паховаго канала. Многія изъ нихъ выходятъ изъ живота прямо, сзади напередъ, чрезъ среднюю паховую ямочку (*foveola s. excavatio iliaca media*), находящуюся между надчревною артеріею, лежащею снаружи, и шнуркомъ заросшей пупочной артеріи (*funiculus arteriae umbilicalis*). Въ этомъ случаѣ *arteria epigastrica* лежитъ съ наружной стороны шейки грыжи. Наконецъ есть еще третій видъ паховой грыжи, которая выходитъ чрезъ внутреннюю паховую ямочку (*foveola s. excavatio iliaca interna*), имѣющую съ наружной стороны шнурокъ пупочной артеріи, а съ внутренней внѣшній край прямой брюшной мышцы.

Виды паховыхъ грыжъ.

Принимая въ соображеніе мѣсто и исходную точку выходенія паховыхъ грыжъ, ихъ можно представить три главныхъ вида:

1) *Грыжа паховая наружная, или наружная косая* (*hernia inguinalis obliqua externa*), начинающаяся отъ внутренняго отверстія паховаго канала или отъ наружной паховой ямочки (*foveola iliaca externa*) и проходящая по всему паховому каналу.

2) *Паховая грыжа прямая* (по прежнему внутренняя, *hernia inguinalis directa s. Hesselbachii*), выходящая чрезъ среднюю паховую ямочку.

3) *Грыжа паховая косая внутренняя* (*hernia inguinalis obliqua interna, Velpeau*), выходящая чрезъ внутреннюю паховую ямочку.

Кромѣ того могутъ существовать слѣдующія паховыя грыжи:

4) Косая наружная грыжа у нѣкоторыхъ образуетъ такъ называемую *паховую наружную грыжу неполную* (*hernia inguinalis incompleta*). Это происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда органы составляющіе грыжу выходятъ только въ паховой каналъ и здѣсь останавливаются, а не проходятъ чрезъ наружное паховое отверстие. Эту грыжу нѣкоторые называютъ *междустѣпочною*, *hernia intra-parietalis*, *hernie intra-pariétale*, *hernie inguino-interstitielle*; но гораздо правильнѣе называть ее неполною грыжею ¹⁾.

5) Обыкновенная наружная паховая грыжа можетъ иногда выйти изъ живота снаружи внутренняго паховаго кольца, или же, взойдя въ паховой каналъ, выйти наружу не чрезъ внѣшнее паховое кольцо, а гдѣ нибудь чрезъ разединеніе волоконъ *musculi obliqui abdominis externi*. Такую грыжу Вельпо называетъ грыжею отъ расхожденія фиброзныхъ или мышечныхъ волоконъ, *hernie par éraillure de l'aponevrose du grande oblique*.

6) Иногда человѣкъ рождается съ расположеніемъ къ паховой грыжѣ, и въ такомъ случаѣ эта болѣзнь образуется обыкновенно въ дѣтствѣ или въ молодомъ возрастѣ. Это есть грыжа *врожденная* (*hernia congenita s. nativa*).

7) Наконецъ мы рассмотримъ еще *грыжу паховую у женщинъ* (*hernia inguinalis muliebris s. feminarum*).

Причины паховыхъ грыжъ. — Высказанныя нами разсужденія касательно этиологіи брюшныхъ грыжъ вообще достаточно объясняютъ этиологію паховыхъ грыжъ. Поэтому считаемъ излишнимъ распространяться болѣе объ этомъ предметѣ.

АНАТОМИЧЕСКІЙ ХАРАКТЕРЪ ПАХОВЫХЪ ГРЫЖЪ.

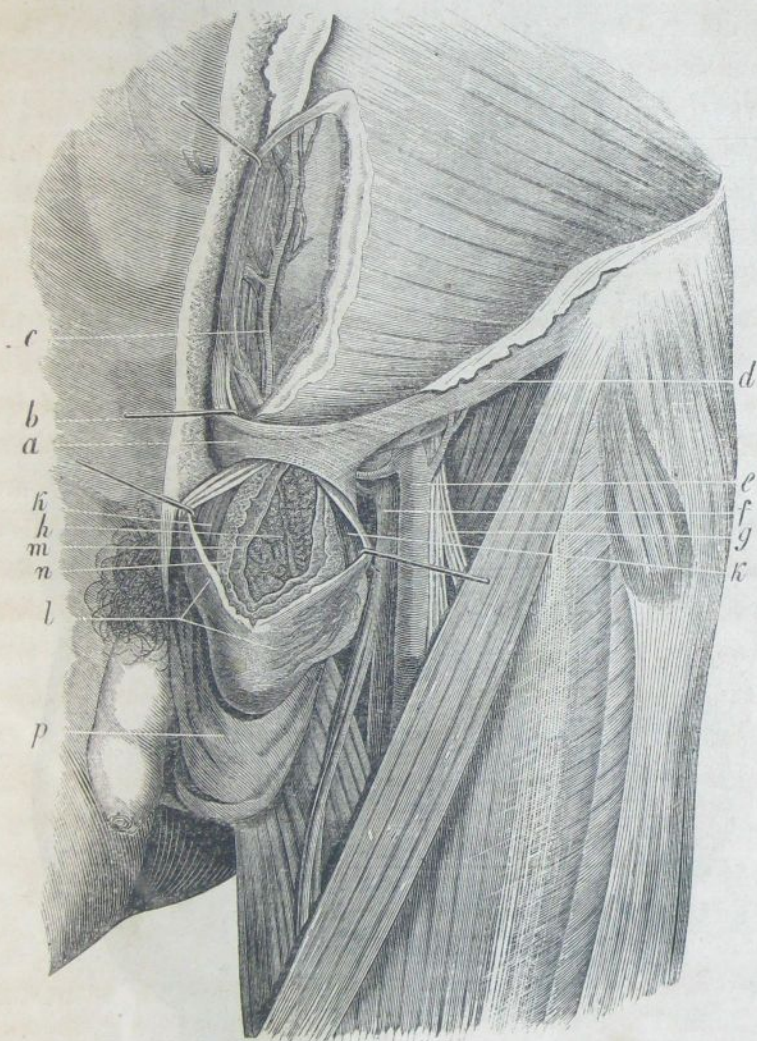
А. Косая наружная паховая грыжа (*hernia inguinalis obliqua externa*) есть самая частая не только изъ паховыхъ, но и изъ всѣхъ грыжъ. Она бываетъ *приобретенная* (*adquisita*) или *врожденная* (*congenita s. nativa*).

Въ этой грыжѣ самое важное въ анатомическомъ отношеніи есть положеніе *arteriae epigastricae inferioris*. Артерія эта лежитъ съ внутренней и нижней стороны шейки мѣшка; сѣменной канатикъ лежитъ обыкновенно назади грыжи, покуда она находится только

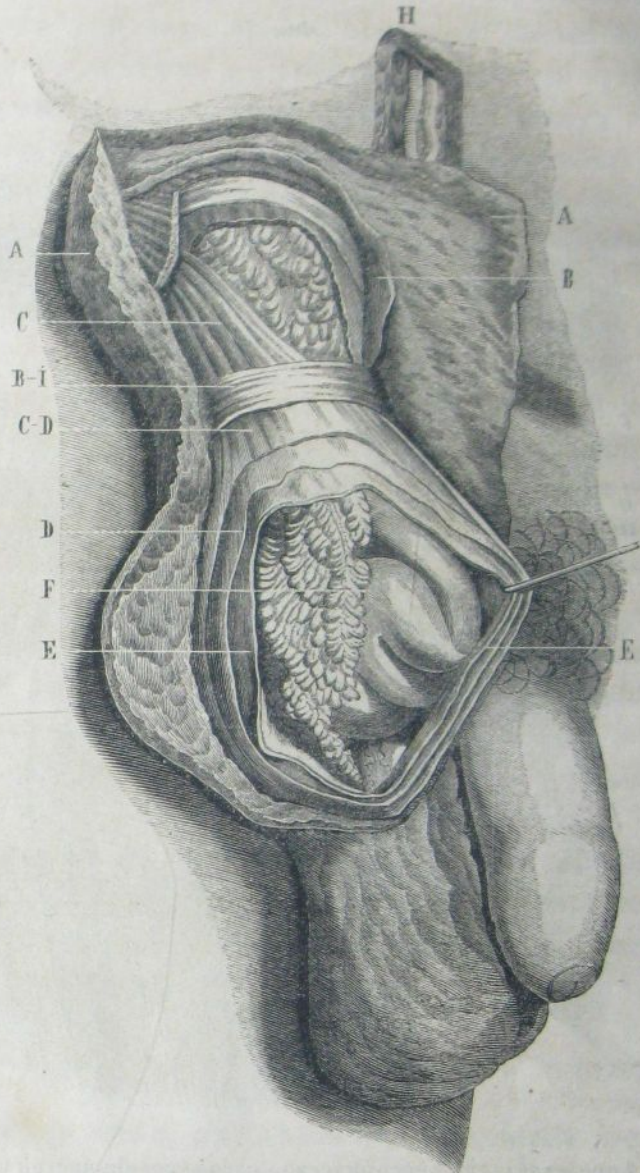
¹⁾ Въ прежнее время такія грыжи назывались *herniae minores*.

въ паховомъ каналѣ, и съ внутренней стороны — въ части грыжи вышедшей изъ канала (Фиг. 19, 20 и 21).

Фиг. 19.

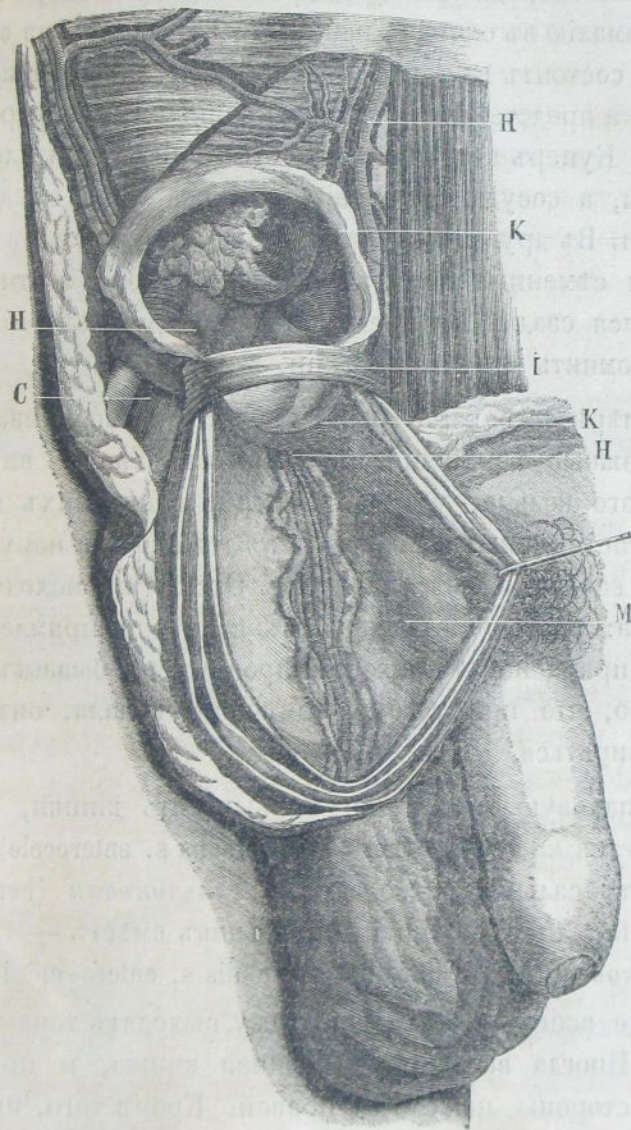


Фиг 19 представляет анатомическое расположение частей въ наружной косой паховой грыжѣ. Левый паховой каналъ означенъ буквою *a*; — *aponeurosis musculi obliqui abdominis externi* *b* перерѣзанъ, дабы видѣть *vasa epigastrica* *c* (*arteria et vena epigastrica*); *arcus cruralis* *d* лежитъ выше бедренной артеріи *e*, бедренной вены *f* и бедреннаго нерва *g*; — грыжа, образуемая салъникомъ (*epiplocele*) *h* и заключена въ грыжевомъ мышкѣ *m*, разрѣзанномъ вдоль грыжевой опухоли; ткани, покрывающія грыжевой мышокъ, суть: клѣтчатая ткань *n*, *cremaster* *k, k*, *tunica dartos* *l* и кожа *p*. — Слѣдовательно въ этой грыжѣ внутренности, составляющія грыжу, проходятъ весь паховой каналъ; *vasa epigastrica* лежатъ спутри грыжевой шейки; сѣменной капатякъ лежитъ спутри и кзади отъ вышедшихъ внутренностей. См. соч. о грыжахъ *Скарпы*.



Фиг. 20. Грыжа паховая наружная косая (*hernia inguinalis obliqua externa*) у мужчины. Грыжа эта вскрыта; оставлена только часть покрововъ грыжи надъ наружнымъ паховымъ кольцомъ, отъ чего грыжевая опухоль представляется раздѣленною на двѣ части: одна нижняя или мошоночная, а другая верхняя или паховая. — *A, A.* Кожа и поверхностная фасція, разрѣзанныя и отвернутыя въ стороны. — *B.* Лоскутъ сухожилія *m. obliqui abdominis externi*. — *B-I.* Часть того же сухожилія, оставленная неразрѣзанною у наружнаго паховаго кольца. — *C-D.* *C.* *Musc. cremaster*. — *D.* Мошоночные покровы грыжи. — *E, E.* Грыжевой мѣшокъ. — *F.* Тонкія кишки и сальникъ, вышедшія въ грыжу. — *H.* *Vasa epigastrica*.

Фиг. 21.



Фиг. 21. Таже грыжа и на томъ же препаратѣ; но внутренности (кишка и сальникъ) выдвинуты изъ нижней части грыжеваго мѣшка и оставлены только вверху. — Буква **Н**, помѣщенная вверху, показываетъ *vasa epigastrica*, лежащія съ внутренней стороны шейки грыжи. — Буквы **Н**, **С**, помѣщенные съ наружной стороны, показываютъ *vasa femoralia: arteria et vena femoralis*. — Буква **И** нижняя показываетъ части сѣмennaго канатика, проходящія по задней части грыжеваго мѣшка. — Буква **К**, помѣщенная вверху, показываетъ вскрытый паховой каналъ. — Буква **К**, стоящая ниже, означаетъ части кишки, выдающейся изъ наружнаго паховаго отверстія. — **И**. Часть сухожилия *m. obliqui abdominis externi*, оставленная, какъ и на предыдущемъ рисункѣ, надъ наружнымъ отверстіемъ паховаго канала неразрѣзанною. — **М**. Мошоночная полость грыжеваго мѣшка.

Очень рѣдко случается, чтобы сѣменной канатикъ въ этой грыжѣ проходилъ спереди грыжи. Ледранъ и Скарпа встрѣчали иногда такую аномалію въ очень большихъ грыжахъ. Другая аномалія, болѣе частая, состоитъ въ томъ, что части сѣменнаго канатика лежатъ не вмѣстѣ, а представляются разъединенными по поверхности грыжи; такъ А. Куперъ встрѣчалъ, что относящій каналъ лежалъ съ одной стороны, а сосуды сѣменнаго канатика были съ другой стороны опухоли. Въ другомъ случаѣ тотъ же хирургъ видѣлъ, что артерія и вены сѣменные лежали спереди опухоли, а относящій каналъ находился сзади. Во время операціи грыжесъченія хирургъ долженъ помнить всѣ эти аномаліи.

По мѣрѣ того какъ грыжа старѣетъ и увеличивается, происходятъ важныя измѣненія въ паховомъ каналѣ: внутренняя часть брюшнаго кольца, уступая нажатію вышедшихъ внутренностей, отодвигается внизъ и внутрь, а въ тоже время наружная часть паховаго канала подается кнаружи. Отсюда происходятъ два обстоятельства: укороченіе паховаго канала и выпрямленіе его кривизны; выпрямленіе это никогда впрочемъ не бываетъ совершенное. Понятно, что при такомъ измѣненіи канала, онъ долженъ еще и расширяться.

Въ паховую грыжу могутъ выходить кишки, и тогда грыжа называется *кишечною* (*hernia intestinalis s. enterocele*); иногда въ нее выходитъ сальникъ: это грыжа *сальниковая* (*hernia omentalis s. epiplocele*); иногда кишки и сальникъ вмѣстѣ — грыжа *кишечно-сальниковая* (*hernia intestino-omentalis s. entero-epiplocele*).

Чаще всего въ паховую грыжу выходятъ тонкія кишки и сальникъ. Иногда выходитъ ободочная кишка, и притомъ чаще съ лѣвой стороны, нежели съ правой. Кромѣ того, иногда встрѣчали въ паховыхъ грыжахъ и другія внутренности живота: мочевой пузырь, матку, яичники, печень и проч.

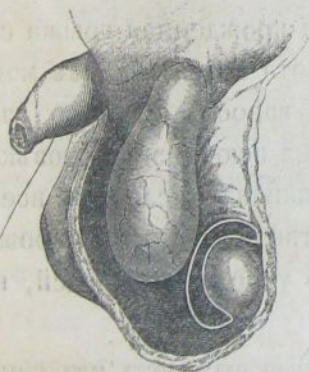
Врожденная паховая грыжа (*hernia inguinalis congenita*) имѣетъ своимъ грыжевымъ мѣшкомъ влагалищную оболочку (*tunica vaginalis*); въ такихъ грыжахъ существуетъ сообщеніе полостей: влагалищной оболочки и брюшины, отъ незаростанія влагалищной оболочки. Такую грыжу правильнѣе было бы называть *грыжею влагалищной оболочки*, *hernia tunicae vaginalis*, какъ и называлъ ее А. Куперъ (см. фиг. 22).

Фиг. 22.



На фиг. 22 показана грыжа паховая врожденная (*hernia inguinalis congenita s. hernia tunicae vaginalis*). Грыжа эта вышла по незаросшему каналу влагалищной оболочки и помѣстилась въ мошонкѣ въ полости влагалищной оболочки; настоящаго грыжеваго мѣшка здѣсь нѣтъ; его замѣняетъ влагалищная оболочка; яичко лежитъ къзади и ничѣмъ не отдѣляется отъ вышедшихъ кишекъ.

Фиг. 25.



Фиг. 23 изображаетъ въ боковомъ разрѣзѣ грыжу паховую приобрѣтенную (*hernia inguinalis acquisita*), въ которой внутренности вышли въ мошонку чрезъ расширенный паховой каналъ, выпихнувши брюшину, и потому эта грыжа имѣетъ настоящій грыжевой мѣшокъ. Яичко и влагалищная оболочка лежатъ къзади; послѣдняя вверхъ бываетъ зарощена.

«Врожденная» грыжа въ строгомъ смыслѣ есть названіе неправильное. Никогда дитя не родится съ грыжею на свѣтъ, а только съ предрасположеніемъ къ такой грыжѣ, съ незаросшею влагалищной оболочкою, отъ яичка до полости живота; самая же грыжа развивается уже послѣ рожденія дитяти, чрезъ нѣскольکو недѣль или даже мѣсяцовъ.

Разсмотримъ анатомическое строеніе врожденной грыжи и механизмъ ея образованія. Спрашивается, если полость брюшины у утробнаго младенца сообщается съ полостью влагалищной оболочки, то почему у него тогда не образуется грыжа? Потому, что у утробнаго младенца еще не дѣйствуютъ причины производящія грыжу: нѣтъ крика и нѣтъ кашля, нѣтъ усиленныхъ тѣлесныхъ движеній.

Ходъ заростанія канала, сообщающаго полость брюшины съ по-

лостью влагалищной оболочки, можетъ быть причиною разностей врожденной грыжи, или правильнѣе — грыжи влагалищной оболочки.

Заростаніе канала, сообщающаго полость брюшины съ полостью влагалищной оболочки, происходитъ сперва на срединѣ, почти на уровнѣ внѣшняго паховаго кольца, и каналъ такимъ образомъ бываетъ раздѣленъ на двѣ части. Послѣ этого зарастаетъ верхняя часть канала и наконецъ нижняя. Заростаніе это совершается въ первыя недѣли или въ первые мѣсяцы по рожденіи дитяти.

Представимъ себѣ теперь, что у дитяти грыжа образуется въ то время, когда заростаніе канала произошло еще въ одномъ мѣстѣ, въ срединѣ; въ такомъ случаѣ грыжа опустится только до этой точки, но не ниже; она будетъ однакожъ помѣщаться въ продолженіи влагалищной оболочки, но не въ грыжевомъ мѣшкѣ. Такая грыжа не очень рѣдка, и ее можно назвать *hernia vaginalis funiculi spermatici*, *hernie vaginale funiculaire*. Но по мѣрѣ новыхъ давленій на внутренности, грыжа можетъ разъединить клетчатое сращеніе, служащее причиною заростанія канала влагалищной оболочки, и опустится до яичка, оставивъ яичко въ такомъ случаѣ сзади. Это будетъ врожденная грыжа въ полномъ своемъ развитіи — *hernia congenita completa*, или правильнѣе *hernia vaginalis testiculi*.

Кромѣ того, можетъ еще произойти врожденная грыжа слѣдующимъ образомъ: иногда яичко изъ живота опустилось въ мошонку, но каналъ влагалищной оболочки не заросъ, а только сѣзусился и остается такимъ на долго или даже на всю жизнь человѣка. Понятно, что пока существуетъ этотъ каналъ, человѣкъ всегда будетъ расположенъ къ грыжѣ; и дѣйствительно, такая врожденная грыжа иногда встрѣчается не только у молодыхъ людей, но и въ болѣе позднемъ возрастѣ.

Наконецъ извѣстно, что яичко иногда выходитъ изъ живота въ мошонку довольно поздно ¹⁾, и вслѣдъ за нимъ выходятъ по незаросшему и готовому каналу внутренности, которыя могутъ опуститься до самаго яичка, или остановиться гдѣ либо на протя-

¹⁾ См. мое *Ученіе о болѣзняхъ яичка, семеннаго канатика и мошонки*, С. Петербургъ, 1848, стр. 19 — 38.

женіи сѣменнаго канатика. Это опять должно назвать врожденною грыжею или грыжею влагалищной оболочки — *hernia congenita*, или *hernia vaginalis testiculi*, если внутренности опускаются до самаго яичка, и *hernia vaginalis funiculi spermatici*, если внутренности останавливаются гдѣ либо на протяженіи сѣменнаго канатика.

Кажется, еще ни кѣмъ не замѣчено, чтобы произошла врожденная грыжа чрезъ паховой каналъ въ то время, когда яичко остается въ животѣ.

Впрочемъ не должно думать, что всякое запоздалое выходженіе яичка влечетъ за собою грыжу. Часто встрѣчаются люди, у которыхъ яичко вышло поздно, иногда очень поздно, а грыжи у нихъ не бываетъ.

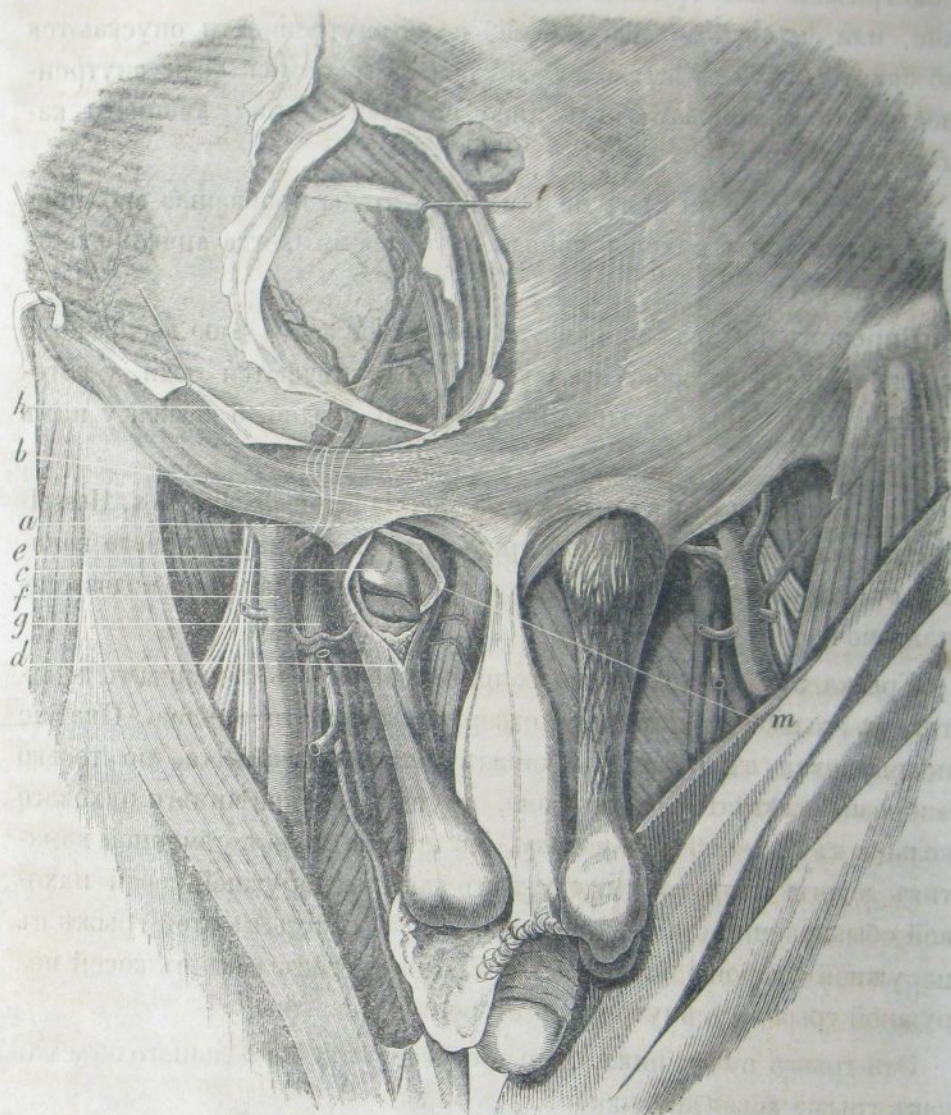
Б. Грыжа паховая прямая (*hernia inguinalis directa s. Hesselbachii*) выходитъ изъ живота чрезъ заднюю стѣнку паховаго канала, въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится средняя паховая или подвздошная ямочка.

Грыжа эта приходитъ въ соприкосновеніе съ сѣменнымъ канатикомъ только у внѣшняго отверстія паховаго канала. Она не покрывается въ паховомъ каналѣ *musculo cremastere*, но только фиброзно-кѣтчатую оболочкою, идущею отъ внѣшняго паховаго кольца къ сѣменному канатику. Въ прямой грыжѣ сѣменной канатикъ лежитъ снаружи, между тѣмъ какъ въ наружной косой паховой обыкновенно сзади; *arteria epigastrica* лежитъ въ этой грыжѣ съ наружной стороны шейки мѣшка, между тѣмъ какъ въ косой наружной грыжѣ съ внутренней стороны (фиг. 24).

Эта грыжа почти никогда не достигаетъ такого большаго объема, какъ грыжа косая наружная.

В. Грыжа косая внутренняя (*hernia inguinalis obliqua interna, hernie sus-pubienne, Velpeau*) выходитъ чрезъ внутреннюю паховую ямочку, имѣя снаружи шейки мѣшка шнурокъ заросшей *arteriae umbilicalis* а снутри наружный край прямой брюшной мышцы. Надчревная артерія (*arteria epigastrica*) лежитъ въ этой грыжѣ еще болѣе кнаружи, нежели въ грыжѣ прямой (см. фиг. 26).

Прежде чѣмъ излагать описаніе этой грыжи, не бесполезно будетъ представить одно практическое наблюденіе надъ нею, котораго я былъ свидѣтелемъ въ бытность мою въ Парижѣ, въ 1840 году.



На фиг. 24, подъ буквою *a* показанъ правый паховой каналъ; — *b* фиброзныя волокна musculi obliqui abdominis externi, пересѣкающіяся въ различныхъ на-
правленіяхъ; — *c*, кишечная грыжа, вышедшая изъ паховаго канала, лежащая
среди грыжеваго мѣшка *m*, разрѣзаннаго вдоль; — *d*, оболочка, покрывающая
грыжевой мѣшокъ послѣ клѣтчатки, составляемая musculo cremastere; — *e*, nervus
cruralis; — *f*, arteria cruralis; — *g*, vena cruralis; — *h*, vasa epigastrica. Слѣдователь-
но на этомъ рисункѣ представлена грыжа паховая прямая, hernia iugualis
directa s. Hesselbachii; здѣсь внутренности вышли спереди назадъ; надчревные
сосуды паходятся снаружи шейки грыжеваго мѣшка, —противуположно тому
какъ въ предыдущей грыжѣ. См. соч. о грыжахъ Скарпы.

Для большей ясности предмета представлены въ концѣ описанія два рисунка, относящіеся къ этому наблюденію ¹⁾).

1-го декабря 1840 года въ парижскую больницу Charité, въ клинику профессора Вельпо, поступила больная, по имени Nicolas (Jeanne-Marie), 63 лѣтъ отъ роду, сидѣлка, крѣпкаго тѣлосложенія, никогда не имѣвшая тяжкихъ болѣзней; до 30-лѣтняго возраста она была худощава, хотя пользовалась совершеннымъ здоровьемъ; до этой эпохи жизни она была три раза беременна и всякій разъ роды ея оканчивались благополучно. Съ этого времени она незамѣтно начала толстѣть до 48 лѣтъ, — времени прекращенія у нея кровей. За два года предъ тѣмъ больная стала замѣчать, что послѣ всякаго усилія, напримѣръ послѣ кашля, или послѣ поднятія какой нибудь тяжести, у нея появлялась опухоль въ правомъ паху (regio inguinalis), а иногда къ этому присоединялось и легкое колющее въ животѣ, которое скоро проходило. По этому она, не считая состояніе свое болѣзненнымъ, не думала носить бандажъ; но за три дни до поступленія въ клинику, при усилии поднять тюфякъ, она вдругъ почувствовала сильную боль въ правомъ паху и вмѣстѣ съ тѣмъ жестокое колющее въ нижней части живота; за этимъ послѣдовало изверженіе рвотою небольшого количества зеленоватой жидкости; по прекращеніи рвоты ей стало легче. Такъ какъ у больной не было другія сутки на низъ, то ей поставлено было промывательное, вскорѣ вышедшее съ небольшимъ количествомъ испражнений. Ночью колющее и рвота опять возвратились.

Врачъ призванный на другой день утромъ старался вправить опухоль, но безуспѣшно; послѣ того приставлены были къ опухшему мѣсту нѣсколько пиявокъ; вечеромъ сдѣлана теплая ванна, и вправляніе опухоли опять было испытано, но также безуспѣшно. Ночь больная провела довольно спокойно; рвоты не было, но по временамъ появлялась тошнота; запоръ на низъ продолжался по прежнему.

На слѣдующій день утромъ рвота возобновилась; призванный другой врачъ, осмотрѣвъ больную, посоветовалъ перенести ее тотъ-

¹⁾ См. мою статью: *Описаніе особеннаго вида внутренней косою паховой грыжи*, въ *Военно-Медицинскомъ Журналѣ*, 1844, ч. XLIII, n° 1. Въ этой же статьѣ можно найти и еще два наблюденія этой грыжи: А. Купера и Гойрана.

часть въ больницу Charité, куда она поступила, какъ сказано, 1-го декабря въ 10 часовъ утра. Въ этотъ день, во время клиническаго посѣщенія профессора Вельпо, больная найдена въ слѣдующемъ состояніи: пульсъ малый, частый; лицо осунувшееся; языкъ блѣдный, но влажный; животъ нѣсколько вздутый, но мягкій; отъ прижатія его больная чувствовала боль только въ правой паховой сторонѣ; послѣ клистира на низъ не было; рвота съ утра не показывалась, но отрыжка была почти непрерывная, съ дурнымъ вкусомъ во рту. Въ правомъ паху, надъ фаллопиевой связкой, находилась опухоль едва замѣтная съ виду, но при ощупываніи представлявшаяся величиною въ куриное яйцо; опухоль эта была не совсѣмъ ограничена, а при дотрогиваніи — очень чувствительна. Испытанное вновь вправленіе было безуспѣшно; назначенъ табачный клистиръ и двухъ-часовая общая теплая ванна. При вечернемъ клиническомъ посѣщеніи не найдено ни какой особенной перемѣны; сдѣлана была новая попытка вправить грыжу, но также безъ успѣха; и потому профессоръ Вельпо немедленно приступилъ къ операціи грыжесѣченія.

Операція. Больная лежала въ постели на спинѣ; лонная часть предварительно была обрита; разрѣзъ сдѣланъ косвенный, длиною отъ 9 до 10 сантиметровъ, вдоль опухоли или, что все равно, по направленію фаллопиевой связки. Разрѣзъ проникалъ чрезъ кожу и подкожную жирную кѣтчатку, въ глубину около трехъ сантиметровъ; на днѣ этой раны представилось сухожильное растяженіе наружной косой мышцы брюха, разрѣзанное по жолобоватому зонду; величина этого разрѣза почти равнялась наружному. Послѣ этого опухоль безъ всякаго препятствія выскочила, такъ сказать, изъ раны. Можно было тотчасъ же видѣть грыжевой мѣшокъ, котораго отолстѣвшія стѣнки покрыты были жирнымъ слоемъ. За тѣмъ сдѣлано со всею осторожностію нѣсколько разрѣзовъ, которыми вскрытъ грыжевой мѣшокъ и разрѣзанъ по жолобоватому зонду; въ полости мѣшка не найдено серозной жидкости и онъ плотно обхватывалъ ущемленные внутренности, то есть вышедшую часть кишекъ и небольшой кусокъ сальника, нѣсколько коричневаго цвѣта, впрочемъ еще довольно жизненные и безъ всякихъ слѣдовъ антонова огня. По вскрытіи грыжеваго мѣшка тотчасъ разрѣзано было ущемляющее мѣсто. Указательный палецъ лѣвой руки введенъ былъ въ верхнюю и наружную часть шейки мѣшка, а съ нимъ

введенъ и лежавшій на немъ тупоконечный бистурей, которымъ въ полуоборотъ сдѣланъ разрѣзъ кнаружи и кверху на 5 или 6 линій; за тѣмъ выпавшія внутренности выравнены уже безпрепятственно.

Небольшая часть сальника найдена приросшею къ шейкѣ мѣшка. Крови вытекло весьма не много и вообще операція не представляла ничего особеннаго; за тѣмъ наложена приличная повязка.

Тотчасъ послѣ операціи больная чувствовала себя гораздо лучше; ей назначено легкое промывательное; для питья зельцерская вода съ настойкою липовыхъ цвѣтовъ.

Ночь больная провела довольно-покойно, имѣла достаточное испражненіе на низъ; рвоты не было вовсе, и хотя по временамъ она чувствовала небольшое колюще въ животѣ, однакожь спала ночью около четырехъ часовъ.

2-го декабря, во время утренняго посѣщенія профессора Вельпо, больная чувствовала себя довольно хорошо; пульсъ былъ малый, частый; животъ хотя нѣсколько вздутъ, но отъ прижатія не очень чувствителенъ, и больная жаловалась только на небольшое въ немъ колюще; назначено было легкое промывательное и на животъ мягчительно-наркотическія припарки; для питья по прежнему зельцерская вода, строгая діета и, на случай ожесточенія болей, 50 піавокъ. Больная провела день довольно спокойно, спала около часу и имѣла одно испражненіе, но въ 5 часовъ вечера почувствовала жестокія боли въ животѣ, продолжавшіяся съ этой поры уже постоянно; пульсъ сдѣлался малый и очень частый; тотчасъ приставлены ей 50 піавокъ, но боль нисколько не уменьшалась; ночь больная провела безпокойно и въ совершенной безсонницѣ.

3-го числа утромъ пульсъ по прежнему былъ малый и частый; животъ раздутъ и чрезвычайно чувствителенъ, даже при малѣйшемъ притрогиваніи; лицо сильно измѣнилось; ночью и утромъ появлялась нѣсколько разъ рвота. Признаки эти ясно указывали на общее воспаленіе брюшины; назначено втираніе меркуріальной мази съ опіемъ и употреблено было приличное леченіе; но больная въ 4 часа по полудни скончалась. Вскрытіе сдѣлано по истеченіи 48 часовъ. Снаружи трупъ не представлялъ ничего особеннаго; по

вскрытіи брюшной полости найдены признаки повсемѣстнаго воспаленія брюшины; кишки раздуты, темно-краснаго цвѣта, во многихъ мѣстахъ были сращены между собою ложными перепонками; въ маломъ тазу найдено значительное количество клочковатаго гноя; кишечная петля, бывшая въ грыжевомъ мѣшкѣ, лежала въ правой подвздошной впадинѣ, съ боку слѣпой кишки, но безъ всякаго приращенія къ брюшнымъ стѣнкамъ; сальникъ же въ одномъ мѣстѣ крѣпко приросъ къ шейкѣ грыжеваго мѣшка. Часть тѣла, бывшая мѣстомъ грыжи, по отдѣленіи отъ трупa, была изслѣдована съ особеннымъ тщаніемъ и представляла слѣдующее анатомическое расположеніе: 1) разстояніе отъ задняго угла *symphiseos ossium pubis* до внутренняго края шейки грыжеваго мѣшка было $3\frac{1}{2}$ сантиметра; 2) разстояніе отъ наружнаго края шейки грыжеваго мѣшка до артеріи надчревной (*arteria epigastrica*)—2 сантиметра; 3) разстояніе отъ артеріи надчревной до пупочной— $1\frac{1}{2}$ сантиметра; 4) разстояніе отъ наружнаго края шейки грыжеваго мѣшка до паховаго внутренняго кольца — $2\frac{1}{4}$ сантиметра. Внутреннее паховое кольцо найдено совершенно свободнымъ и отдаленнымъ отъ мѣшка грыжи; между пупочною артеріею и надчревною находилась замѣтная впадина или ямочка; а внутрь отъ пупочной и надчревной артеріи, между ними и наружнымъ краемъ прямой брюшной мышцы, надъ джимбернатовой связкою, находилось пропускавшее грыжу отверстіе, которое образовалось изъ фиброзныхъ волоконъ, идущихъ отъ наружнаго края прямой брюшной мышцы къ джимбернатовой связкѣ, такъ что волокна эти въ верхней части грыжеваго кольца представлялись какъ бы раздвинутыми, а въ нижней, то есть при джимбернатовой связкѣ, соединенными. Въ верхней и наружной части кольца натянутыя волокна при операціи были разрѣзаны поперечно на 3 или 4 линіи. Джимбернатова связка по срединѣ представляла замѣтную ямочку, наполненную жиромъ.

Снаружи въ томъ мѣстѣ, гдѣ была сдѣлана операція, кромѣ разрѣза кожи и подлежащей жирной ткани, можно было видѣть разрѣзъ сухожильнаго растяженія косой наружной мышцы; но лонное или наружное кольцо паховаго канала нисколько не было повреждено. Далѣе находилась полость грыжеваго мѣшка со стѣнками утолщенными до двухъ линій. *Большая ось грыжи была направлена косвенно снизу наружу и сзади напередъ, вовсе не*

по направленію пахового канала. Внутри шейки мѣшка заключалась часть сальника; паховой каналъ находился совершенно отдѣльнымъ отъ грыжевого хода; fascia transversalis поддерживала грыжу сзади, Фаллопиева связка лежала снизу, а нижній край мышцъ внутренней косой и поперечной живота ограничивалъ грыжу сверху (фиг. 25 и 26).

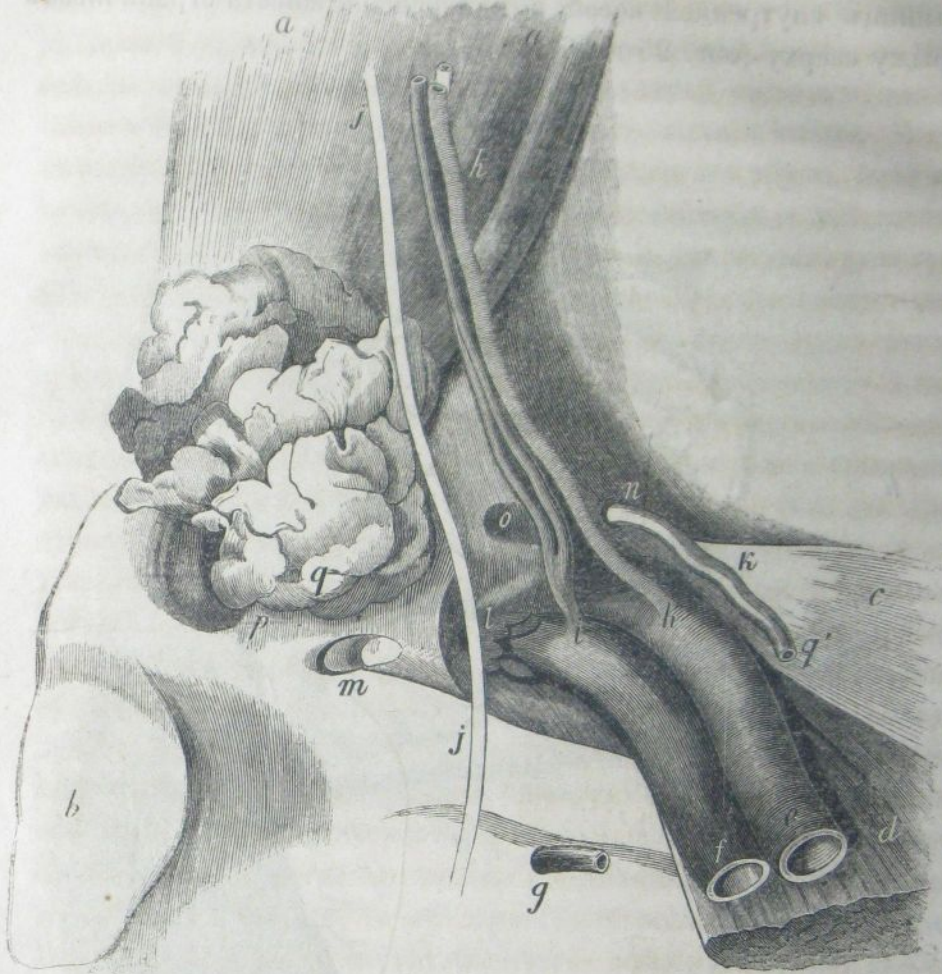
Фиг. 25.



Фиг. 25. Вскрытая внутренняя косая грыжа спереди. — *a, a.* Mons veneris. — *b, b.* Обнаженное мѣсто брюшной стѣнки. — *c.* Край lineae albae. — *e, e.* Часть бедра. — *f, f.* Завернутые покровы. — *g, g.* Отвернутая fascia subcutanea. — *h, h, h.* Сухожильное растяженіе musculi obliqui externi abdominis. — *i, i.* Кольцо musculi obliqui externi abdominis. — *k, k.* Разрѣзъ сухожилия. — *l, l.* Разрѣзанный грыжевой мѣшокъ и приподнятый сальникъ. — *m.* Петля, образуемая кишками.

Грыжа паховая косая внутренняя въ первый разъ была замѣчена А. Куперомъ; потомъ въ 1832 г. Гойранъ ¹⁾ описалъ одинъ

Фиг. 26.



Фиг. 26. Часть таза предыдущаго препарата, представленная со стороны fossae iliacae. — *a, a.* Musculus rectus abdominis. — *b.* Разрѣзъ symphiseos ossium pubis. — *c.* Musculus iliacus. — *d.* Musculus psoas — *e.* Arteria iliaca externa. — *f.* Vena iliaca externa. — *g.* Arteria obturatoria. — *h.* Arteria epigastrica. — *i.* Vena epigastrica. — *j, j.* Funiculus arteriae umbilicalis. — *j'.* Vas deferens. — *k.* Foveola cruralis externa. — *l.* Foveola cruralis media. — *m.* Foveola cruralis interna. — *n.* Foveola inguinalis externa. — *o.* Foveola inguinalis media. — *p.* Foveola inguinalis interna, занятая вышедшими внутренностями. — *q.* Часть слѣзки, оставшаяся въ грыжевомъ кольцѣ.

¹⁾ Gazette des hôpitaux, t. I, p. 478.

случай такой грыжи, наконецъ Вельпо въ 1840 г. представилъ обстоятельное описаніе ея ¹⁾).

Грыжа внутренняя косая встрѣчается очень рѣдко, даже гораздо рѣже прямой паховой грыжи. Она была замѣчена какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ.

Грыжа эта была встрѣчаема неполною и ущемленною. Выходя чрезъ упомянутую ямочку, она разъединяетъ волокна *fasciae transversalis* и потомъ или останавливается въ стѣнкахъ живота, не доходя до наружнаго отверстія паховаго канала (наблюденіе Гойрана) — это *грыжа неполная внутренняя косая* (въ этомъ случаѣ распознаваніе ея чрезвычайно трудно); или вышедши изъ живота въ упомянутомъ мѣстѣ, она проходитъ чрезъ внѣшнее паховое кольцо, появляется снаружи и принимаетъ весь физическій характеръ обыкновеннаго *buboposcele* — это *полная косая внутренняя грыжа*. Въ такомъ случаѣ она можетъ легко принять направленіе впередъ и наружу. Грыжа эта оставляетъ сѣменной канатикъ свободнымъ, и потому его можно легко ощупать чрезъ брюшныя стѣнки подлѣ паховаго кольца. Сѣменной канатикъ обыкновенно лежитъ книзу и кзади и кнутри отъ грыжи; между тѣмъ какъ въ грыжѣ косой наружной онъ лежитъ большею частию кнаружи отъ грыжи. Такъ какъ внутренняя косая паховая грыжа, при прохожденіи снутри наружу, должна выходить косвенно, то внутренности здѣсь гораздо легче могутъ останавливаться между различными слоями брюшной стѣнки, нежели во всякой другой паховой грыжѣ. Опухоль въ этой грыжѣ бываетъ неограниченная, небольшая и направлена снутри и сзади напередъ; но не по паховому каналу. Ось такой грыжи, можно сказать, пересекаетъ почти подъ прямымъ угломъ ось косой паховой наружной грыжи.

Ткани, покрывающія внутреннюю косую грыжу, бываютъ слѣдующія: 1) кожа; 2) *fascia subcutanea*; 3) тонкая пластинка сухожильнаго растяженія *musculi obliqui externi abdominis*; 4) *fascia progergia* и 5) грыжевой мѣшокъ, образуемый брюшиною. Начало *tunicae dartos* и *fasciae transversalis* могутъ находиться здѣсь только случайно.

¹⁾ См. вышеприведенную мою статью въ *В. М. Ж.* 1844 года.

Есть еще одинъ видъ грыжи, который приближается къ грыжѣ паховой прямой и къ грыжѣ внутренней косой: это грыжа паховая наружная, выходящая чрезъ раздѣленіе волоконъ *musculi obliqui abdominis externi*. Такая грыжа замѣчена уже была неоднократно, но вообще встрѣчается очень рѣдко.

Грыжа паховая неполная (*hernia inguinalis incompleta*) выходитъ изъ живота только въ паховой каналъ, но не проходитъ чрезъ наружное паховое кольцо. Она можетъ начинаться въ одной изъ вышеописанныхъ паховыхъ ямочекъ (*foveola inguinalis s. iliaca externa, media et interna*). Неполную грыжу описывали еще Ж. Л. Пети, потомъ Гессельбахъ, Куперъ, Кей, Гойранъ, Дансъ, Вельпо и др. Кажется, что происхожденію неполной грыжи въ особенности способствуютъ длина паховаго канала и узкость наружнаго паховаго отверстія.

Когда неполная грыжа мала, то форма ея опухоли бываетъ различна, смотря по тому, будетъ ли грыжа косая или прямая. Въ первомъ случаѣ форма опухоли бываетъ продолговатая, направленная по паховому каналу; во второмъ она имѣетъ форму сферическую, прижатую. При неполной косой грыжѣ внутренней, по наблюденію Гойрана, большая ось опухоли была направлена *спу-три наружу и сзади напередъ*, такъ что пересѣкала почти подъ прямымъ угломъ ось грыжи косой наружной.

Иногда у человѣка бываютъ разомъ двѣ паховыя грыжи: съ каждой стороны по одной косой наружной грыжѣ (*hernia inguinalis bilateralis*); въ другихъ случаяхъ съ одной стороны бываютъ двѣ грыжи: косая наружная и прямая (*hernia inguinalis duplex*).

РАЗВИТІЕ И ПРИПАДКИ ПАХОВЫХЪ ГРЫЖЪ.

За типъ паховыхъ грыжъ мы возьмемъ самую частую изъ нихъ — паховую косую наружную грыжу; другія пріобрѣтенныя паховыя грыжи въ развитіи своемъ имѣютъ много общаго съ этою грыжею.

Мы уже описали развитіе грыжи врожденной. Пріобрѣтенная паховая грыжа вначалѣ, или въ первомъ своемъ періодѣ (*pointe de hernie*), обнаруживается не очень явственными припадками. Въ это время она образуетъ опухоль едва замѣтную не только для больного, но даже и для малоопытнаго хирурга. Она почти вовсе

не производитъ опухоли снаружи и рѣдко даетъ при кашлѣ толчокъ пальцу введенному въ паховой каналъ для того, чтобы замѣтить опухоль. Нужно заставить больного кашлять и смотрѣть на нижнюю часть живота съ боку: тогда появляется опухоль и больной ощущаетъ нѣкоторую боль.

При новыхъ усиліяхъ грыжа увеличивается, усиливается боль, и тогда можно замѣтить явную въ паху опухоль, которая мало по малу увеличивается и наполняетъ собою весь паховой каналъ: *hernia incompleta*, *hernia interparietalis*. Это второй періодъ развитія паховой грыжи. Потомъ, съ увеличеніемъ болѣзни, опухоль показывается снаружи внѣшняго паховаго кольца: *bubonocoele*. Это третій періодъ паховой грыжи. Наконецъ грыжевая опухоль опускается въ мошонку къ яичку: *пахо-мошоночная грыжа*, *hernia scrotalis*, *inguino-scrotalis*, *orcheocoele*, что составляетъ четвертый и послѣдній періодъ развитія паховой грыжи.

Въ приобрѣтенной грыжѣ никогда почти опухоль не бываетъ такъ тѣсно соединена съ яичкомъ, какъ въ грыжѣ врожденной; въ ней всегда почти можно найти бороздку, отдѣляющую грыжу отъ яичка. Эта бороздка становится у нѣкоторыхъ больныхъ незамѣтною, отъ излишняго развитія жира въ мошонкѣ.

Итакъ, косая наружная приобрѣтенная паховая грыжа имѣетъ въ своемъ развитіи четыре періода, и очень рѣдко случается, чтобы она разомъ проходила два или три изъ нихъ, но обыкновенно проходитъ ихъ постепенно. Врожденная же паховая грыжа, имѣя грыжевой мѣшокъ готовымъ, гораздо чаще образуется вполнѣ вдругъ.

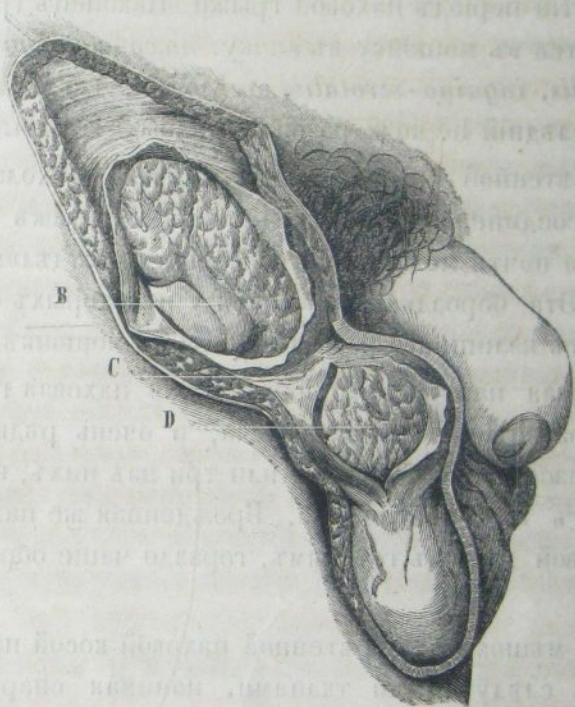
Грыжевой мѣшокъ приобрѣтенной паховой косой наружной грыжи покрытъ слѣдующими тканями, начиная снаружи: кожею, подкожнымъ жирнымъ слоемъ, *tunica dartos*, *fascia superficiali*, волокнами *musculi cremasteris* и *tunica vaginali communi*. Всѣ эти ткани отдѣляются другъ отъ друга болѣе или менѣе замѣтнымъ слоемъ клетчатой ткани. Подъ кожею надъ этою грыжею проходитъ *arteria pudenda externa*. Въ старыхъ и большихъ грыжахъ упомянутые слои нерѣдко представляются очень отолстѣвшими.

Паховая косая наружная грыжа, какъ уже замѣчено выше въ общемъ обзорѣнн брюшнымъ грыжѣ, можетъ иногда имѣть двѣ и болѣе шеекъ, и тогда представляются два или нѣсколько гры-

жевыхъ мѣшковъ, лежащихъ одинъ надъ другимъ (*sac superposé*). Въ такомъ случаѣ образовавшійся прежде грыжевой мѣшокъ и его шейка будутъ лежать ниже, а образовавшійся послѣ помѣщается выше (фиг. 27).

Вполнѣ образовавшаяся паховая наружная косая грыжа имѣетъ слѣдующіе признаки: она образуетъ мягкую опухоль, идущую изъ паховаго канала по направленію сѣменнаго канатика въ мошонку; опухоль эта имѣетъ форму округленную, продолговатую; при стоячемъ положеніи и при ходьбѣ больного она увеличивается, а при лежачемъ—уменьшается; при кашлѣ и при всякихъ напря-

Фиг. 27.



Фиг. 27 представляетъ такой грыжевой мѣшокъ паховой косой грыжи. — В. Показываетъ вскрытую полость верхней части грыжеваго мѣшка, образовавшагося позже, и въ которой помѣщаются сальникъ и кишка. — С. Показываетъ мѣсто раздѣленія (первую шейку) двухъ мѣшковъ, или лучше сказать двухъ полостей одного и того же грыжеваго мѣшка. — D. Нижняя полость мѣшка, образовавшаяся прежде верхней и заключающая въ себѣ только сальникъ. Этотъ же самый рисунокъ показываетъ отношеніе, существующее въ грыжѣ между кишкою и сальникомъ, когда оба эти органа вышли въ грыжу. Здѣсь видно, что сальникъ вышелъ прежде, а кишка послѣ. Видно также, что кишка въ грыжѣ лежитъ глубже, нежели сальникъ, ее покрывающій. На стр. 14, фиг. 8 представляетъ такой же грыжевой мѣшокъ въ бедренной грыжѣ.

женіяхъ мышцъ живота, растягивается. Сѣменной канатикъ лежитъ подѣ опухолью, внутри ея; яичко остается внизу опухоли, или подѣ опухолью (фиг. 28).

Фиг. 28.



Фиг. 28 показываетъ положеніе сѣменнаго канатика и яичка въ паховой грыжѣ, въ обыкновенныхъ случаяхъ. Вверху видѣнъ надутый воздухомъ грыжевой мѣшокъ; позади его проходитъ сѣменной канатикъ; наконецъ внизу лежитъ яичко.

Если въ грыжевомъ мѣшкѣ заключается кишка (*hernia intestinalis*, *enterocele*), то въ грыжѣ часто ощущается урчаніе; то же ощущеніе замѣчается и тогда, когда грыжа входитъ сама въ животъ, или когда ее вправляютъ. Если же грыжа состоитъ изъ сальника (*hernia omentalis*, *epiplocele*), то на ощупь она кажется нѣсколько плотнѣе и, подобно тѣсту, входитъ въ животъ медленнѣе и безъ урчанія. Кишечная паховая грыжа нерѣдко сопряжена бываетъ съ запоромъ на низъ и болью живота; сальниковая же грыжа, пока можетъ быть вправлена, рѣдко причиняетъ разстройство брюшныхъ отравленій. Мочепузырная грыжа узнается по уменьшенію опухоли во время испражненія мочи.

Величина опухоли въ паховой грыжѣ бываетъ различна: отъ небольшого яйца до кулака и даже до величины головы взрослого человѣка. Въ послѣднемъ, очень рѣдкомъ, случаѣ опухоль спускается до половины бедра и ниже.

Грыжа паховая прямая (*hernia inguinalis directa*) отличается отъ наружной косой грыжи, какъ уже выше замѣчено, тѣмъ, что она выходитъ изъ брюшной полости не по направленію паховаго канала, а непосредственно позади наружнаго брюшнаго кольца и имѣетъ съ наружной стороны своей шейки надчревную артерію (*arteria epigastrica*). Выходя изъ живота, она образуетъ шаровидную, а не цилиндрическую

опухоль, которая выходитъ какъ бы изъ брюшной стѣнки; отъ паховаго кольца она опускается въ мошонку. Сѣменной канатикъ

въ прямой грыжѣ лежить не съ внутренней и задней стороны опухоли, какъ въ наружной косой грыжѣ, а болѣе съ наружной стороны. Его въ этой грыжѣ всегда легко можно отличить, ибо части его никогда здѣсь не разъединяются. Грыжа эта направляется легко по прямому направленію брюшнаго кольца спереди назадъ, а не по направленію паховаго канала.

Указанные нами признаки бываютъ яснѣе въ грыжахъ прямыхъ недавнихъ. Но если такая грыжа существуетъ очень давно, то еѣ труднѣе отличить отъ давней наружной косой грыжи; ибо, какъ мы уже однажды выше замѣтили, въ давнихъ косыхъ наружныхъ грыжахъ паховой каналъ значительно укорачивается, расширяется, а оба брюшныя отверстія становятся почти одно противъ другаго. Въ такомъ сомнительномъ случаѣ, по мнѣнію Мезонёва, вправивъ грыжу, должно ввести поглубже палецъ въ отверстіе пропустившее внутренности, и если это *косая наружная грыжа*, то біеніе *arteriae epigastricae* будетъ ощущаемо съ внутренней стороны, а если это *грыжа прямая*, то біеніе замѣчается съ наружной стороны.

Прямая паховая грыжа никогда не достигаетъ большаго объема, какъ это иногда случается съ обыкновенною или наружною косою грыжею. Разстройства въ отправленіяхъ брюшныхъ и другихъ органовъ здѣсь происходятъ тѣ же самыя, какъ и при наружной косой грыжѣ, о чемъ мы будемъ сейчасъ говорить. Тоже должно сказать и объ измѣненіи претерпѣваемомъ органами образующими грыжу.

Грыжа паховая косая внутренняя отличается направленіемъ своей шейки внизъ и изнутри наружу; по этому обстоятельству, по крайней мѣрѣ, можно съ вѣроятностію думать, что въ данномъ случаѣ существуетъ грыжа внутренняя косая, а не прямая. Вполнѣ образовавшаяся косая внутренняя грыжа имѣетъ свойства другихъ паховыхъ грыжъ.

Явленія, производимыя паховыми грыжами въ сосѣднихъ частяхъ.—Грыжа, выходя чрезъ внутреннее паховое отверстіе, расширяетъ серозный покровъ живота, образуемый брюшиною, разрывая ея клѣтчатое соединеніе съ сосѣдными частями. Сѣменной канатикъ помѣщается на задней или боковой части грыжи; иногда части его разъединяются грыжею, что въ особенности замѣчается

въ застарѣлыхъ грыжахъ. По выходѣ грыжи изъ наружнаго паховога отверстія, элементы сѣменнаго канатика, въ этомъ послѣднемъ случаѣ, также иногда представляются разъединенными и лежащими по поверхности грыжи. Если грыжа оставалась долго въ паховомъ каналѣ, то сѣменной канатикъ бываетъ припухшимъ; иногда образуется varicocele; въ другихъ случаяхъ онъ отвердѣваетъ или, лучше сказать, обростаетъ жирною тканью. Замѣчательно, что яичко даже при давнихъ грыжахъ не претерпѣваетъ перерожденія; но за то часто оно слегка припухаетъ, также какъ и его придатокъ (epididymis); въ такомъ случаѣ сѣменная желѣза увеличивается въ объемъ и представляется болѣе тяжелою. Влагалищная оболочка яичка нерѣдко при грыжахъ наполняется серозною жидкостью (hydrocele). Мошонка отолстѣваетъ, дѣлается плотною, развивается въ ней лишній жиръ, и бороздка, отдѣляющая грыжу отъ яичка, иногда совершенно исчезаетъ. Часто также случается, что мошонка не въ состояніи помѣстить въ себѣ большаго объема грыжу и поэтому, для прикрытія ея, натягивается кожа живота и бедра, которая въ такомъ случаѣ принимаетъ иногда видъ кожи мошонки. Въ старыхъ грыжахъ оба паховыя кольца расширяются, потомъ отъ излишняго развитія грыжевой опухоли какъ бы изглаживаются; оба отверстія, наружное и внутреннее, приближаются другъ къ другу и помѣщаются почти на прямой линіи одно противъ другаго, а паховой каналъ почти исчезаетъ, и такимъ образомъ грыжа изъ косой наружной дѣлается по виду прямою.

Вліяніе паховыхъ грыжъ на пищеварительные органы. — Съ перваго времени образованія грыжи начинается у человѣка ослабленіе брюшныхъ стѣнокъ. Этотъ признакъ часто развивается даже и тогда, когда грыжа еще не обнаруживается опухолью снаружи. Многіе больные вспоминаютъ при этомъ о паденіи или ударѣ по животу, тѣлесномъ напряженіи или какой нибудь причинѣ, но не приписываютъ этимъ обстоятельствамъ происхожденія грыжи. Часто такіе больные отправляются къ бандажисту, который, принимая эту случайную слабость за врожденную, даетъ поясъ. Но что дѣлаетъ этотъ поясъ? Онъ полезенъ только торговцу, который его продаетъ, а больному скорѣе вреденъ, чѣмъ полезенъ, ибо сдавливая внизъ внутренности, содержащіяся въ животѣ, и такимъ образомъ ускоряетъ выходженіе грыжи.

Когда грыжа появилась уже снаружи, то нѣкоторые больные ничего отъ того не чувствуютъ, кромѣ небольшого неудобства отъ опухоли. Такіе случаи рѣдки; но большею частію больные въ это время бываютъ обезпокоиваемы болями и какою-то неловкостью въ животѣ, которыя всегда очень важно изслѣдовать. Въ началѣ бываетъ несильная общая боль въ животѣ, которая проходитъ довольно скоро, и остается лишь неловкость во всемъ животѣ и частная боль въ нѣкоторыхъ мѣстахъ его, которой степень измѣняется по временамъ. Для людей, имѣющихъ грыжу, эта боль служитъ точно такимъ же барометромъ, какъ старыя раны для увѣчныхъ солдатъ. Наше тѣло отчасти похоже на губку: всѣ физиологи знаютъ, что въ сырое время количество жидкостей нашего тѣла увеличивается; и мы сами можемъ замѣтить, что въ такое время мы отдѣляемъ болѣе мочи. А если количество жидкостей, обращающихся въ кишкахъ, увеличивается отъ вліянія атмосферы, то не трудно понять, что грыжа увеличивается въ объемъ и что больные испытываютъ тогда болѣе сильныя боли.

Эти замѣчанія очень важно знать для радикальнаго излеченія грыжи бандажемъ; ибо грыжа, которая хорошо удерживается бандажемъ въ сухое время, не будетъ достаточно удерживаема въ сырое время. Поэтому испытывать или пробовать бандажъ лучше въ сырое время, нежели въ сухое. По этому-то обстоятельству грыжи въ сырое время кажется болѣе подвержены ущемленію, нежели въ сухое.

Внутреннія явленія бываютъ различны. Иногда бываютъ тупыя колики въ нижней части живота, иногда пученье, раздутіе, отрыжка, нерасположеніе физическое и моральное, которыя суть признаки дурнаго пищеваренія. Часто вы встрѣтите людей, имѣющихъ грыжу, которые послѣ сорокалѣтняго возраста жалуются на дурное пищевареніе. Врачъ напрасно будетъ лечить разстройство желудка или кишекъ; хирургъ, изслѣдуя больного, найдетъ грыжу, которую больной отказывается иногда признать. Сверхъ того, есть множество случаевъ, въ которыхъ больные прибѣгали къ совѣтамъ врачей отъ глухихъ болѣй около паховыхъ отверстій безъ видимой или явной грыжи снаружи, и если больной очень полный, то нельзя ничего опредѣлить; но если больной худощавый, то часто открывается начало грыжи. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ совѣтовать носить бандажъ; ибо если грыжа дѣйствительно существуетъ, то

бандажъ облегчаетъ больного, а еслибы грыжи не было, то прижатіе не можетъ усилить боли.

Паховая грыжа въ этомъ начальномъ видѣ (въ первомъ періодѣ) случается такъ часто, что отношеніе между полами, которое принимаютъ въ четыре раза болѣе для мужчины, чѣмъ для женщины, значительно измѣняется. Клокѣ, при изслѣдованіяхъ на трупахъ, изъ 457 грыжъ нашелъ 307 у мужчинъ и 150 у женщинъ. На трупахъ, слѣдовательно, болѣе грыжъ. Это происходитъ отъ того, что грыжа въ первоначальномъ своемъ видѣ остается часто неузнанною у живаго человѣка и ничѣмъ другимъ не выражается, кромѣ боли въ паховыхъ отверстіяхъ.

Есть нѣкоторыя пищевыя вещества, дѣйствующія также на боли, производимыя грыжами, въ особенности такія, отъ которыхъ отдѣляется много газовъ: сухіе овощи, сухія мучнистыя вещества, капуста и проч., иногда также очень пряные соусы; наконецъ нѣкоторые люди, имѣющіе грыжу, не могутъ ѣсть ничего кромѣ варенаго и жаренаго мяса. Это очень хорошо для класса людей богатыхъ и достаточныхъ. Такой больной, изгнавъ изъ своего стола сухіе овощи и мучнистыя вещества, не перевариваемыя его желудкомъ, можетъ ограничиться, какъ сказано, жаренымъ мясомъ, которое очень питательно и доставляетъ нѣкоторую крѣпость, не причиняя никакихъ ему припадковъ въ пищевареніи. Человѣкъ бѣдный, напротивъ, питающійся чаще всего овощами и мучнистыми веществами для него вредными, чувствуетъ ежедневно боли и тяжелые припадки, которые содѣйствуютъ его ослабленію и худобѣ и служатъ сильнымъ препятствіемъ выздоровленію.

Замѣчено, что между бѣдными число страдающихъ грыжею уменьшается послѣ семидесятилѣтняго возраста. Причину этого уменьшенія надо приписать смертности, происходящей не отъ ущемленія грыжъ — что составляетъ исключеніе — но скорѣе отъ соединеннаго дѣйствія и грыжи и положенія этихъ людей. Дѣйствительно, бѣдные люди, одержимые грыжею, старѣются скорѣе; они болѣе подвержены другимъ припадкамъ старости, и даже всѣ другія случающіяся у нихъ болѣзни имѣютъ болѣе пагубныя послѣдствія, потому что организмъ ихъ истощенъ. Гютенъ (Hutin), обращая вниманіе на причины смертности между инвалидами, нашелъ, что она вдвое болѣе у тѣхъ изъ нихъ, которые не страдали грыжею, такъ что, по его мнѣнію, грыжа есть какъ бы средство къ продолже-

нію жизни; онъ даже заключаетъ, что грыжа не бываетъ причиною смерти. На это Мальгень замѣчаетъ, что онъ лечилъ цѣлое смѣшанное народонаселеніе Парижа, тогда какъ Гютенъ только старыхъ солдатъ, изнуренныхъ и раненыхъ, между которыми гораздо болѣе встрѣчается паралитиковъ и съ катарромъ легкихъ и мочевого пузыря, чѣмъ съ грыжами, составляющими гораздо менѣе важную болѣзнь въ этомъ возрастѣ.

Что касается до поражений различныхъ внутренностей живота, то рѣдко случается, чтобы отъ грыжи происходила гастральгія или воспаленіе въ желудкѣ или кишкахъ: если грыжа не удерживается бандажемъ, то она дѣйствуетъ на весь организмъ, который истощается медленно.

Тошнота и рвота случаются рѣдко въ простыхъ грыжахъ, если только нѣтъ ущемленія. Всѣ припадки, о которыхъ было говорено, уменьшаются обыкновенно ночью; нѣкоторые же больные страдаютъ болѣе ночью, чѣмъ днемъ. Мальгень видѣлъ одного больного, который не могъ ходить иначе, какъ по введеніи своей грыжи, и не могъ иначе спать, какъ когда грыжа вышла.

Вліяніе грыжи на другія отправления. — Грыжа, при продолжительномъ существованіи, ослабляетъ почти весь организмъ, особенно мышечные органы; часто даже голосъ теряетъ свою силу. Нѣкоторые теряли половину своей силы, другіе принуждены бывали покидать свои занятія, пока не начинали носить бандажа. Къ нимъ относятся музыканты, играющіе на духовыхъ инструментахъ, которые во время игры нажимаютъ сильнѣе діафрагму и отталкиваютъ въ то же время внизъ брюшныя внутренности. Говорятъ, что по прошествіи нѣкотораго времени больные привыкаютъ къ неудобству, производимому грыжею, но это несправедливо; а если это бываетъ, то случается очень рѣдко, ибо почти всегда мы видимъ противное: чѣмъ грыжа старѣе, тѣмъ производимое ею неудобство болѣе увеличивается.

Вліяніе грыжи на ткани, ее составляющія. — Въ чемъ можетъ заключаться вліяніе грыжи на брюшныя внутренности и на брюшину?

Здѣсь должно различать нѣсколько сторонъ: вліяніе на сальникъ, на кишку и на самый грыжевой мѣшокъ. Рѣдко можно встрѣтить старую сальниковую грыжу безъ приращенія. Сальникъ не можетъ

болѣе возвратиться въ животъ: онъ отолстѣваетъ отъ отложенія пластической лимфы, дѣлается фибрознымъ или покрывается жиромъ. Въ старыхъ же грыжахъ можетъ случиться, что этими приращеніями сальника грыжевой мѣшокъ раздѣляется на нѣсколько полостей, или же что сальникъ обнимаетъ кишку и приростаетъ къ шейкѣ мѣшка. Если при этихъ условіяхъ произойдетъ ущемленіе, то во время операціи грыжесѣченія должно не только отдѣлить разрывомъ приращеніе въ шейкѣ грыжевого мѣшка, но также произвести надрѣзы на самомъ сальникѣ, перешедшемъ въ фиброзное состояніе. Къ счастью, эти случаи рѣдки.

Что касается до кишекъ, то рѣдко случается, чтобы тонкія кишки приростали къ мѣшку; однѣ толстыя кишки расположены къ небольшимъ приращеніямъ: но и эти случаи рѣдки, по причинѣ рѣдкости такихъ грыжъ, которыя составляютъ пятнадцатую или двадцатую часть изъ всѣхъ.

РАСПОЗНАВАНІЕ ПАХОВЫХЪ ГРЫЖЪ.

Различныя болѣзни паховой стороны и мошонки могутъ быть иногда приняты за паховую грыжу. Лѣтописи науки представляютъ примѣры этого рода ошибокъ, даже между опытными хирургами. Въ практикѣ иногда встрѣчаются случаи, что врачи принимаютъ за грыжу какую либо другую болѣзнь и бесполезно назначаютъ больному носить бандажъ.

Водянка влагалищной оболочки яичка по формѣ опухоли похожа на грыжу, но отличается отъ сей послѣдней болѣзни слѣдующими обстоятельствами. Водянка начинается опухолью снизу мошонки, а въ грыжѣ опухоль начинается сверху изъ паховаго канала и спускается въ мошонку.

Въ опухоли, образуемой водянкою, замѣчается флюктуація; опухоль эта не увеличивается отъ кашля, отъ ходьбы больного, она не вправляется и большею частію просвѣчивается. Опухоль эта рѣдко входитъ въ паховой каналъ. При hydrocele, яичка въ цѣлости нельзя ощупать: оно входитъ, такъ сказать, въ существо самой опухоли, между тѣмъ какъ въ грыжѣ ощущается удобно назади или внизу опухоли.

Когда hydrocele представляетъ большую опухоль, входящую вверху глубоко въ паховой каналъ, то просвѣчиваемость ея,

Флюктуация и развитіе снизу вверхъ будутъ признаками, по которымъ можно отличить эту болѣзнь отъ паховой грыжи.

Врожденная водянка влагалищной оболочки отличается отъ паховой грыжи особенными ей свойственными признаками ¹⁾ и главное просвѣчиваемостью опухоли; притомъ эта болѣзнь почти исключительно встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ.

Водянка сѣменнаго канатика (*hydrocele funiculi spermatici*) легко отличается отъ грыжи тогда, когда опухоль, образуемая этою болѣзнію, не сообщается съ паховымъ каналомъ и лежитъ ниже наружнаго брюшнаго отверстія. Но если опухоль далеко входитъ въ паховой каналъ и ея внутреннія границы неясны, то къ операціи должно приступать съ большою осторожностью.

Отъ *haematocoele* паховая грыжа отличается тѣмъ, что первая изъ этихъ опухолей (*haematocoele*) бываетъ слѣдствіемъ ушиба и сопровождается подкожнымъ кровеизліяніемъ, не доходитъ до паховаго канала, не растягивается при кашлѣ, не разстроиваетъ отправления кишечнаго канала и не входитъ въ животъ.

Разнаго рода воспаленія яичка трудно смѣшать съ грыжею. При воспаленіи яичка не только нѣтъ признаковъ настоящей грыжи, но еще сверхъ того бываютъ явленія свойственныя только воспаленію яичка: опухоль не входитъ въ паховой каналъ, яичко увеличено въ объемъ, тяжело, при давленіи ощущается особеннаго рода боль, свойственная только одной этой болѣзни и проч.

Чаще всего съ паховою грыжею смѣшиваютъ расширение венъ сѣменнаго канатика (*varicocoele*). Дѣйствительно, какъ въ грыжѣ, такъ и при расширеніи венъ сѣменнаго канатика, опухоль имѣетъ направленіе въ большемъ своемъ діаметрѣ отъ паховаго кольца къ яичку; въ обѣихъ болѣзняхъ опухоль увеличивается во время стоянія и хожденія больнаго и уменьшается при горизонтальномъ его положеніи; грыжа увеличивается отъ кашля; то же самое отчасти происходитъ съ опухолью расширенныхъ сѣменныхъ венъ, если болѣзнь уже сильно развита. Эти общіе признаки обѣихъ болѣзней могутъ иногда ввести въ ошибку неопытнаго врача. Я зналъ больнаго, которому врачъ отъ опухоли въ мошонкѣ назначилъ носить бандажъ: больной носилъ его болѣе шести мѣ-

¹⁾ См. мое сочиненіе: *Ученіе о болѣзняхъ яичка и проч.*, стр. 199.

сяцовъ; но опухоль и страданія нисколько не уменьшились, а даже увеличились. Въ іюнѣ 1842 года онъ обратился ко мнѣ; я тотчасъ запретилъ употреблять грыжевой бандажъ и назначилъ носить *suspensorium* и обмывать мошонку по два раза въ день холодною водою. Черезъ четыре недѣли опухоль и страданія уменьшились въ половину; черезъ годъ страданія сдѣлались еще менѣе.

Чтобы избѣжать ошибки при діагностикѣ этой болѣзни и не принять ее за паховую грыжу, должно поступать слѣдующимъ образомъ: 1) Положивъ больного на постель, нужно приподнять яичко и мошонку кверху и оставить ихъ въ этомъ положеніи нѣсколько минутъ, пока расширенныя вены не опорожнятся отъ крови; тогда хирургъ долженъ прижать пальцомъ наружное паховое кольцо и приказать больному встать; отъ этого сѣменные вены наполняются снова и опухоль скоро возвращается; между тѣмъ какъ при этомъ опытѣ грыжевая опухоль не появляется, ибо пальцомъ закрывается ей выходъ изъ паховаго кольца въ мошонку. Наполненіе опухоли произойдетъ даже и тогда, когда больной будетъ лежать, а хирургъ прижметъ пальцомъ наружное паховое кольцо; ибо и въ этомъ случаѣ возвратъ крови отъ яичка встрѣчаетъ одинаковое препятствіе. Это средство въ сомнительныхъ случаяхъ можно всегда употреблять съ пользою. 2) Кромѣ того, при ощупываніи опухоли, образуемой въ мошонкѣ расширеніемъ венъ, подъ пальцами можно замѣтить, что она состоитъ какъ бы изъ перевитыхъ мягкихъ шнурковъ или півовокъ; напротивъ, грыжевая опухоль представляется при ощупываніи гладкою и однообразною; расширеніе венъ не сопровождается ни запорами на низъ, ни урчаніемъ внутри опухоли—припадками почти постоянно сопутствующими паховой кишечной грыжѣ. 3) Венная опухоль мошонки почти всегда увеличивается отъ теплоты, между тѣмъ какъ на грыжу теплота не имѣетъ замѣтнаго вліянія.

Трудно смѣшать паховую грыжу съ бедренною, однакожъ эта ошибка иногда встрѣчалась. Паховая грыжа развивается изъ паховаго канала у мужчинъ въ мошонку, а у женщинъ въ большую дѣтородную губу; эта грыжа шейку свою имѣетъ выше фаллопиевой связки. Бедренная же грыжа развивается ниже пупартовой связки, и опухоль распространяется по верхней части бедра и

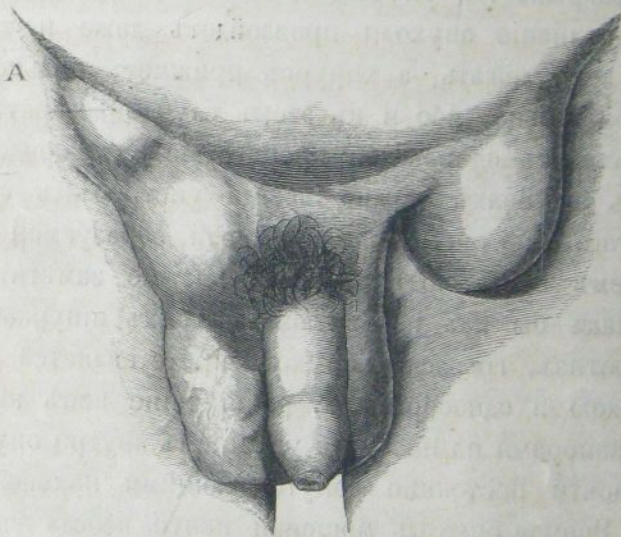
никогда не направляется въ мошонку или въ большую дѣтородную губу (фиг. 29).

Иногда бедренная грыжа, начавшись отъ бедреннаго канала, поднимается вверхъ надъ бедренною дугою; но въ такомъ случаѣ все-таки шейка грыжи будетъ ниже пупартовой связки и направлена къ бедру. Вотъ главные отличительные признаки этихъ двухъ грыжъ.

Abscessus per congestionem рѣдко выходитъ чрезъ паховой каналъ; но еслибъ это случилось, то его можно отличить отъ грыжи по особеннымъ общимъ явленіямъ, по страданію поясничныхъ позвонковъ, по однообразной флюктуаціи и проч.

Паховой бубонъ представляетъ опухоль округленную, довольно твердую, воспалительную, невинимую, безъ всякихъ признаковъ ущемленія и всегда происходящую отъ явной, извѣстной своей причины.

Фиг. 29.



На *фиг. 29* представлены, у одного и того же человѣка, паховая и бедренная грыжи; паховая грыжа *А* находится съ правой стороны, а бедренная развилась на лѣвой сторонѣ. Видно, что грыжа паховая направлена въ мошонку и состоитъ какъ бы изъ двухъ отдѣльныхъ опухолей: верхней меньшей, соответствующей паховому каналу и отдѣляющейся отъ нижней углубленіемъ, соответствующимъ наружному отверстию паховаго канала. Нижняя доля, болѣе развитая, направлена въ мошонку и оканчивается также углубленіемъ, соответствующимъ тому мѣсту, гдѣ грыжа отдѣляется отъ яичка. На лѣвой сторонѣ бедренная грыжа не спускается въ мошонку и имѣетъ свой большой діаметръ по направленію бедра.

Предсказаніе. — Мы уже говорили о предсказаніи при грыжахъ, въ общемъ ихъ обзорѣни; все сказанное тамъ о вправляемыхъ и невправляемыхъ грыжахъ живота, о грыжахъ осложненныхъ различными complicаціями, относится вполнѣ къ паховымъ грыжамъ. Важность паховыхъ грыжъ видна также изъ припадковъ и послѣдствій, могущихъ произойти отъ этой болѣзни.

Прибавимъ еще здѣсь, что паховая грыжа составляетъ менѣе важную болѣзнь въ дѣтскомъ возрастѣ, нежели у человѣка взрослого; въ первомъ случаѣ методическое и точное удержаніе грыжи повязкою или бандажемъ часто излечиваетъ болѣзнь радикально. Во второмъ же случаѣ, отъ удлиненія паховаго канала съ развитіемъ таза, радикальное излеченіе удается несравненно рѣже.

Присутствіе яичка въ паховомъ каналѣ, затрудняющее удержаніе грыжи, дѣлаетъ всегда предсказаніе болѣе важнымъ.

Осложненія паховыхъ грыжъ.

Все нами сказанное въ общемъ обзорѣни грыжъ объ измѣненіяхъ претерпѣваемыхъ грыжевымъ мѣшкомъ относится преимущественно къ паховымъ грыжамъ. Выше, въ этой главѣ, говорено уже о расширеніи венъ сѣменнаго канатика, о водянкѣ влагалищной оболочки, объ опухляхъ сѣменнаго канатика и яичка, объ атрофіи яичка и проч.: бесполезно бы было опять возвращаться къ этимъ предметамъ.

Въ общемъ обзорѣни грыжъ мы также говорили объ осложненіяхъ грыжъ: о боли, о невправляемости грыжъ, объ инородныхъ тѣлахъ, о раздутіи грыжъ. Всѣ эти осложненія могутъ случиться съ паховою грыжею, и все нами тамъ сказанное нужно разумѣть о паховыхъ грыжахъ. Остается здѣсь прибавить еще нѣкоторыя замѣчанія объ ущемленіи паховыхъ грыжъ, какъ о главнѣйшей ихъ complicаціи.

Ущемленіе паховой грыжи обнаруживается напряженіемъ, увеличеніемъ объема и болью грыжевой опухоли. Эта боль распространяется въ животъ; если грыжа была вправляемая, то дѣлается невправимою; вскорѣ потомъ обнаруживаются: рвота, сперва веществами пищевыми, потомъ желчными и наконецъ каломъ; икота, отрыжка и запоръ. Больной еще можетъ сдѣлать одинъ разъ испражненіе низомъ, если въ моментъ ущемленія въ толстыхъ

кишкахъ заключались испражненія; но потомъ скоро испражненіе низомъ и отдѣленіе газовъ этимъ путемъ прекращаются. Животъ, сперва мягкій, растягивается, раздувается газами, по мѣрѣ того какъ боль увеличивается; при перкуссіи въ животъ замѣчается много газовъ; пульсъ въ началѣ крѣпкій и частый, становится слабымъ, сжатымъ, нитеобразнымъ; языкъ становится сухимъ, развивается жажда; принимаемое питье возбуждаетъ и возобновляетъ рвоту; лицо дѣлается блѣднымъ и выражаетъ сильное страданіе; является общій упадокъ силъ, все тѣло холодѣетъ; иногда чело-вѣкъ синѣетъ, какъ въ послѣднемъ періодѣ холеры. Въ этомъ состоятъ признаки ущемленія. Они тѣ же самые, какіе нами описаны при ущемленіяхъ грыжъ вообще.

Признаки эти нѣсколько отличаются, смотря по органамъ, вышедшимъ въ грыжу, и по мѣсту ущемленія.

Такъ, припадки ущемленія паховой грыжи, какъ и всякой другой, разнятся нѣсколько, смотря по тому, какимъ органомъ образуется грыжа. Такъ, при ущемленіи грыжи образуемой слѣпою кишкою (соеcum), почти никогда не бываетъ вполне воспрепятствовано прохожденіе кишечныхъ нечистотъ по кишечному каналу; поэтому рвота и совершенный запоръ здѣсь гораздо рѣже случаются, нежели въ грыжѣ совершенно кишечной. Тоже можно сказать о грыжѣ составляемой *Plexura sigmoidea* ободочной кишки. Мочевой пузырь, яичники, матка, почки, печень также, кажется, не могутъ породить сильнаго запора и рвоты кишечными нечистотами.

Подобное же должно сказать объ ущемленіи сальника, яичка и сѣменнаго канатика. Такъ что паховая грыжа, какъ и всякая другая, порождаетъ всегда почти непреодолимый запоръ и рвоту кишечными нечистотами лишь тогда, когда будетъ ущемлена либо часть тонкой кишки, либо часть ободочной.

Ущемленіе паховыхъ грыжъ не всегда легко узнать и отличить отъ нѣкоторыхъ другихъ болѣзней паховой стороны. Ущемленіе неполной паховой грыжи можетъ быть принято за *phlegmone* сѣменнаго канатика, развивающееся подъ сухожиліемъ въ паховой сторонѣ, которое можетъ причинить запоръ и рвоту; правда, что это *phlegmone* не развивается такъ быстро, какъ ущемленіе, но все-таки оно можетъ иногда ввести въ ошибку.

Phlegmone сѣменнаго канатика не разъ уже было принимаемо врачами за ущемленную паховую грыжу, и полагая вскрыть гры-

жевой мѣшокъ, вскрывали нарывъ. Для избѣжанія этой ошибки, нужно принимать въ соображеніе предшествующее состояніе болѣзни и сравнить ходъ обѣихъ предполагаемыхъ болѣзней; кромѣ того, ущемленіе обыкновенно выражается гораздо сильнѣйшими припадками, нежели phlegmone. Однакожъ, въ сомнительныхъ случаяхъ, должно дѣлать операцію такъ, какъ бы мы имѣли дѣло съ ущемленною грыжею.

Мѣсто ущемленія. — Ущемленіе при паховыхъ грыжахъ главнымъ образомъ можетъ быть производимо: внутреннимъ паховымъ кольцомъ, шейкою мѣшка, или лучше сказать корнемъ грыжи и внѣшнимъ паховымъ кольцомъ. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ оно случается въ мошонкѣ.

Какъ опредѣлить съ точностію мѣсто ущемленія? Если ущемленіе во внѣшнемъ паховомъ кольцѣ, то оно узнается по напряженію и сжатію шейки грыжи въ этомъ кольцѣ; по неподвижности въ этомъ мѣстѣ опухоли; по вдавленію, замѣчаемому на этомъ мѣстѣ на вышедшихъ внутренностяхъ; по болѣе сильной боли въ ущемленномъ мѣстѣ, причиняемой давленіемъ пальца, и наконецъ по очень тѣсному положенію сѣменнаго канатика или корня грыжи во внѣшнемъ паховомъ кольцѣ, между пучками бедренной дуги или фаллопиевой связки.

Когда ущемленіе во внутреннемъ паховомъ кольцѣ, тогда внѣшнее паховое кольцо свободно, т. е. внутренности, тутъ проходящія, не очень прижаты, между тѣмъ какъ эти же самые органы выше прижаты и тутъ очень болятъ. Когда грыжа будетъ полная, то при вправленіи внутренности проходятъ чрезъ наружное паховое кольцо, но скоро опять возвращаются, ибо онѣ входятъ только въ паховой каналъ, но не проходятъ чрезъ верхнее паховое кольцо. Это кажущееся вправленіе не сопровождается урчаніемъ, и внутренности, перемѣщаясь на время изъ мошонки, увеличиваютъ только опухоль паховаго канала.

Если въ шейкѣ грыжеваго мѣшка находится ущемленіе, то наружное паховое кольцо обыкновенно бываетъ свободно, какъ и въ предыдущемъ случаѣ; паховой каналъ не болѣе представляется растянутымъ, какъ и при ущемленіи находящемся въ наружномъ паховомъ отверстіи. Если опухоль при вправленіи кажется входящею, то она помѣщается надъ брюшиною подвздошной ямки.

Ущемленіе случающееся внутри мошонки отличается тѣмъ, что паховой каналъ и оба паховыя кольца кажутся свободными, между тѣмъ какъ грыжевая опухоль не вправляется; при такомъ ущемленіи самое больное мѣсто находится не въ паховомъ каналѣ, или его отверстіяхъ, но гдѣ либо въ мошонкѣ. Какъ узнать, производится ли ущемленіе въ мошонкѣ: въ мѣстѣ разрыва грыжевого мѣшка, въ разрывѣ влагалищной оболочки прободеніемъ сальника, заворотомъ (*torsio*) кишекъ, или шейкою стараго мѣшка? опредѣлить эти обстоятельства до вскрытія опухоли, кажется, невозможно.

Послѣдствія ущемленія мы рассмотрѣли въ общемъ обзорѣннѣи грыжъ.

ЛЕЧЕНІЕ ПАХОВЫХЪ ГРЫЖЪ.

Лечение паховой грыжи, какъ и всякой другой, можетъ быть палліативное и радикальное.

А. ЛЕЧЕНІЕ ПАЛЛІАТИВНОЕ состоитъ въ употребленіи грыжевого бандажа. Сказанное нами о грыжевыхъ бандажахъ (*brachetium*, *vinculum herniae*, *амма*) въ общемъ обзорѣннѣи грыжъ (стр. 25 и слѣд.), относится преимущественно къ грыжевымъ паховымъ бандажамъ; поэтому мы здѣсь ограничимся только нѣкоторыми особенными замѣчаніями объ устройствѣ и употребленіи этого рода бандажей.

Бандажъ для паховыхъ грыжъ (*bracherium inguinale*) употребляется обыкновенно эластическій, т. е. устроенный на стальной пружинѣ. Въ такомъ бандажѣ закручиваніе спирали пружины на ея оси должно быть таково, чтобы вертикальное расхождение между концомъ лежащимъ на *symphondrosis sacro-iliaca*, и концомъ который лежитъ на отверстіи пропустившемъ грыжу, было нѣсколько болѣе двухъ дюймовъ (около шести сантиметровъ).

Пелоть долженъ имѣть около трехъ дюймовъ длины, а въ ширину половину этого. Пелоть съ пружиною долженъ соединяться неподвижно и составлять ея продолженіе. Щитокъ или основаніе пелота (*scutum*), слѣдовательно и самый пелоть, долженъ имѣть форму полуовальную или треугольную, съ двумя внутренними углами закругленными (см. фиг. 12 и 13), а третій уголъ пелота (наружный) соединяется съ пружиною.

Изъ трехъ краевъ пелота, къ верхнему снаружи присоединяется пружина (фиг. 12 и 13), а внутренній край пелота есть самый короткій, дугообразный и соединяющійся съ нижнимъ или наружнымъ краемъ. Этотъ послѣдній направленъ вверхъ и наружу и идетъ къ третьему или наружному углу пелота, гдѣ начинается пружина бандажа. Пелоть съ внутренней поверхности долженъ быть выпуклый. Подушка, его подстилающая, должна быть толщиною въ срединѣ около дюйма; къ краямъ пелота толщина подушки уменьшается; но у нижняго края она должна быть больше, нежели у верхняго.

Самое важное правило при употребленіи паховаго бандажа состоитъ въ томъ, чтобы пелоть его давилъ на наружное кольцо и на паховой каналъ спереди назадъ, прижималъ бы каналъ такъ, чтобы въ то же время прикасался къ внѣшнему краю прямой брюшной мышцы и краю лобковой кости, но не давилъ бы на него и не оставалось бы пространства въ этомъ мѣстѣ между костью и пелотомъ, ибо грыжа болѣе всего бываетъ наклонна къ выходу подъ нижнимъ краемъ пелота.

Паховые бандажи съ двумя пелотами употребляются при обоесторонней грыжѣ, т. е. съ каждой стороны (*hernia bilateralis*). Лучшее ихъ устройство почитается то, которое предложено Тифеномъ (см. выше стр. 29). Такіе бандажи слѣдуетъ всегда носить съ подбедренникомъ.

Не смотря на противоположное мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ, паховая грыжа у дѣтей должна быть удерживаема бандажемъ или другою приличною повязкою, по возможности раньше; это есть вѣрнѣйшее средство для радикальнаго излеченія болѣзни, которое въ этомъ возрастѣ можетъ произойти чрезъ шесть мѣсяцовъ, годъ или два. Такъ какъ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ трудно удержать хорошо бандажъ, то можно, по совѣту Лоренса, употреблять для удержанія грыжи градусный компрессъ, наложенный на паховое кольцо и удерживаемый ленточками липкаго пластыря, наложенными вокругъ таза и верхней части бедра.

Повязку такую или грыжевой бандажъ нужно носить день и ночь, и лучше его носить нѣсколько мѣсяцовъ лишнихъ, нежели снять рано. У людей взрослыхъ, гдѣ радикальное излеченіе грыжи отъ прижатія бандажемъ случается очень рѣдко, на ночь бандажъ можно снимать, если онъ больного беспокоитъ. Впрочемъ и здѣсь, за

исключеніемъ особенныхъ обстоятельствъ, благоразумнѣе будетъ носить грыжевой бандажъ непрерывно; ибо нужно помнить, что безъ бандажа иногда можетъ произойти ущемленіе, и что у молодыхъ людей иногда постоянное и продолжительное употребленіе бандажа производило также радикальное исцѣленіе.

Пелоть бандажа долженъ прижимать не только наружное отверстіе паховаго канала, но и самый каналъ на всемъ его протяженіи. Это есть одно изъ важныхъ обстоятельствъ при употребленіи бандажа, на которое обращаютъ вниманіе всѣ великіе практики: А. Куперъ, Томсонъ, Скарпа, Мальгемъ, Вельпо, Жерди и др. При такомъ прижатіи паховой каналъ не можетъ болѣе принимать вправленныхъ внутренностей и болѣе наклоненъ къ суженію и къ воспрепятствованію возврата грыжи.

При грыжѣ врожденной можетъ случиться, что яичко остается въ паховомъ каналѣ сверху вышедшихъ внутренностей, или же вошедшія внутренности увлекаютъ его съ собою: въ такихъ случаяхъ наложеніе бандажа можетъ представить нѣкоторыя затрудненія. Если точнымъ и внимательнымъ изслѣдованіемъ убѣдимся, что возможно наложить пелоть на паховое кольцо, или на паховой каналъ, между яичкомъ и вышедшими органами, то можно попробовать наложить грыжевой бандажъ.

Когда яичко вошло въ животъ вмѣстѣ съ вправленными туда внутренностями, то можно также наложить бандажъ. Если же, напротивъ, яичко не доходитъ далѣе наружнаго паховаго кольца и не опускается ниже въ мошонку, и также не проходитъ въ животъ, то отъ употребленія бандажа слѣдуетъ воздерживаться, ибо въ такомъ случаѣ пелоть будетъ давить на яичко.

При грыжѣ кишечно-сальниковой, если кишки и сальникъ совершенно входятъ, бандажъ долженъ быть наложенъ и употребленіе его не представляетъ ничего особеннаго. Но если существуетъ приращеніе между этими органами, и сальникъ не входитъ весь, а вошли только кишки, то слѣдуетъ воздержаться отъ употребленія бандажа.

Иногда бываетъ еще слѣдующій затруднительный случай. Можетъ быть между сальникомъ и яичкомъ довольно длинное тесемчатое приращеніе; каждый изъ этихъ органовъ не можетъ ни подняться, ни опуститься одинъ безъ другаго; грыжа не входитъ, не причиняя боли яичка, и яичко не можетъ занять своего обыкновен-

наго мѣста не выводя грыжи. Знаменитый Циммерманъ, находясь самъ въ подобныхъ обстоятельствахъ и мучимый болями, рѣшился на операцію, которую ему произвелъ Шмукеръ: у него былъ вскрытъ грыжевой мѣшокъ, разрѣзано сращеніе, соединявшее сальникъ съ яичкомъ и грыжа потомъ легко взошла. Однако Циммерманъ, послѣ этой операціи, былъ сильно боленъ въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль.

Хотя операція въ подобномъ случаѣ есть единственное средство, однакожъ на нее слѣдуетъ рѣшаться лишь тогда, когда грыжа сильно беспокоитъ больного или причиняетъ ему тяжкіе припадки.

У женщинъ наложеніе бандажа при паховой грыжѣ вообще удобнѣе, нежели у мужчинъ. Причина этому заключается въ отсутствіи сѣменнаго канатика и описанной нами разницъ анатомическаго устройства паховаго канала.

Невыправимыя какъ паховыя, такъ и всякія другія грыжи не должны быть лечимы бандажемъ. Если невыправимая грыжа очень велика и очень давняя, то должно носить ее *in suspensorio*, или въ мѣшечкѣ, хорошо принаровленномъ, который поддерживалъ бы ее и умѣренно прижималъ снизу вверхъ. Если одинъ изъ органовъ, составляющихъ такую грыжу, выправляется, то его должно вводить въ животъ. Если остающающаяся послѣ этого долевого выправленія частью будетъ сальникъ и не угрожаетъ ущемленіемъ, то можно употребить бандажъ съ вогнутымъ пелотомъ, который удерживаетъ оставшуюся часть грыжи и мало по малу отпихиваетъ опухоль къ паховому кольцу. Помощію такихъ повязокъ, или бандажей иногда не только постепенно уменьшался объемъ невыправимой грыжи, но она со временемъ даже совершенно вправлялась.

Б. Радикальное леченіе паховыхъ грыжъ. Сказанное нами о радикальномъ леченіи грыжъ, въ общемъ ихъ обзорѣніи, относится преимущественно къ паховымъ грыжамъ; посему мы здѣсь не будемъ повторять того, что сказали тамъ: о прижиганіи, о прижатіи, о лигатурѣ, о вырѣзываніи, о способѣ Джемсона, Бельма и др. Почти всѣ эти способы нынѣ оставлены. Замѣтимъ однакожъ, что способы Вельпо (іодовое впрыскиваніе въ грыжевой мѣшокъ, стр. 35) и Жерди (стр. 33), кажется, должны почитаться лучшими въ ряду оперативныхъ средствъ, предложен-

ныхъ для радикальнаго излеченія паховой грыжи, хотя доселѣ опыты и недостаточно опредѣляли условія ихъ успѣха.

Опишу здѣсь операцію впрыскиванія іодовой жидкости по способу Вельпо, въ томъ видѣ, какъ ее упростилъ Мезонёвъ ¹⁾.

Первый моментъ. — При мошоночной грыжѣ вводятъ сперва внутренности въ животъ; потомъ, захвативъ указательнымъ и большимъ пальцами лѣвой руки среднюю часть мошонки, въ которой находится пустой грыжевой мѣшокъ, прокалываютъ всю эту часть насквозь, перпендикулярно, длиннымъ тонкимъ троакаромъ, вонзаемымъ до самой рукоятки, и иглу троакара вынимаютъ.

Второй моментъ. — Такъ какъ проколотыя троакаромъ и находящіяся между пальцами части представляютъ въ толщину не болѣе трети дюйма, то вся почти трубочка троакара находится снаружи тканей. Тогда легкимъ натягиваніемъ и разширеніемъ частей мошонки по трубочкѣ троакара, прикрывается почти вся длина послѣдней и наконецъ передній конецъ ея попадаетъ въ полость грыжеваго мѣшка.

Для большей вѣрности, можно заставить выйти внутренности въ мѣшокъ, дабы убѣдиться, что конецъ трубочки находится въ полости грыжеваго мѣшка.

Взошедшій въ полость грыжеваго мѣшка конецъ трубочки троакара можетъ быть свободно обращаемъ въ разныя стороны грыжевой полости.

Третій моментъ. — Убѣдившись, что грыжа хорошо вправлена въ животъ, дѣлаютъ впрыскиваніе іодовой жидкости (одна часть tincturae jodii и три части воды). Во время впрыскиванія одинъ изъ помощниковъ долженъ прижимать паховой каналъ и его наружное отверстіе. Іодовая жидкость оставляется на минуту или двѣ въ полости грыжеваго мѣшка, потомъ выпускается чрезъ трубочку троакара, которая за тѣмъ и сама вынимается изъ раны наружу. Явленія послѣ операціи здѣсь происходятъ такія же, какъ и послѣ операціи hydrocelis. Больной въ теченіе недѣли долженъ оставаться въ постели.

Въ прошедшемъ году Мезонёвъ произвелъ операцію радикальнаго излеченія грыжи по способу Жерди, значительно имъ измѣ-

¹⁾ *Comptes rendues hebdomadaires de l'Académie des sciences*, 9 octobre 1854.

ненному, надъ 22-лѣтнимъ мужчиною, имѣвшимъ прямую паховую грыжу (*hernia inguinalis directa*) на лѣвой сторонѣ. Грыжа эта была давняя и трудно удерживалась бандажемъ. Вотъ какъ Мезонёвъ описываетъ производство этой операціи ¹⁾:

По вправленіи грыжи, больной лежалъ горизонтально на спинѣ и былъ подвергнутъ дѣйствию хлороформа.

Первый моментъ. — Указательный палецъ лѣвой руки былъ введенъ съ кожею мошонки въ паховой каналъ, потомъ въ животъ, такъ что конецъ пальца могъ быть замѣченъ на передней стѣнкѣ живота, на три сантиметра выше паховаго канала.

Второй моментъ. — За тѣмъ бистуреємъ, удерживаемымъ правою рукою, операторъ сдѣлалъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, приподнятыхъ указательнымъ пальцемъ; разрѣзъ этотъ былъ продольный и имѣлъ величину въ полтора сантиметра. Этотъ разрѣзъ проникъ кожу, клетчатую ткань, брюшныя мышцы и брюшину.

Третій моментъ. — Черезъ разрѣзъ изнутри могли быть выдвинуты, указательнымъ пальцемъ лѣвой руки, покровы мошонки въ видѣ грыжи; операторъ сдѣлалъ и въ нихъ продольный разрѣзъ величиною въ два миллиметра.

Вслѣдъ за этимъ были проведены двѣ иголки съ нитками черезъ каждый край этой внутренней небольшой раны, которая потомъ была увеличена на одинъ сантиметръ, отчего конецъ указательнаго лѣваго пальца оператора могъ быть выведенъ наружу. Въ это время, помощію иголокъ, проведенныхъ черезъ края завернутой и разрѣзанной кожи мошонки, Мезонёвъ окончилъ операцію, соединяя края внутреннего разрѣза съ краями разрѣза сдѣланнаго въ брюшной стѣнкѣ; всего было наложено десять швовъ.

Тогда только операторъ вынулъ свой указательный палецъ, и кожа мошонки осталась завернутою въ паховой каналъ и его заправила.

Заживленіе раны произошло обыкновеннымъ образомъ. На десятый день Мезонёвъ началъ прижигать азотнокислымъ серебромъ и азотною кислотою кожу мошонки, завернутую въ паховой каналъ.

¹⁾ *Gazette des hôpitaux*, 1854, n° 68, Séance de l'Acad. Imp. de Médec. du 6 juin.

Черезъ двадцать дней послѣ этой операціи, операторъ сдѣлалъ полукруглый разрѣзъ въ кожѣ мошонки, ниже пахового канала, дабы уменьшить напряженіе.

Мезонёвъ говоритъ, что операція эта удалась совершенно и остался лишь рубецъ на оперированномъ мѣстѣ. Другихъ попытокъ этой операціи намъ еще не извѣстно.

Кажется, однакожъ, что и эта операція радикальнаго излеченія грыжъ едва ли найдетъ между хирургами многихъ исполнителей. Первое потому, что иногда можно ранить надчревную артерію; а во вторыхъ потому, что здѣсь повреждается и обнажается брюшина, отчего легко можетъ произойти опасное воспаленіе ея. Кроме этого, не при всякой грыжѣ можно ввести такъ высоко палецъ и продвинуть покровы мошонки, какъ это удалось сдѣлать Мезонёву.

Изъ механическихъ же неоперативныхъ средствъ, прижатіе бандажемъ пахового канала, по введеніи грыжи, и въ особенности соединенное съ горизонтальнымъ положеніемъ, должно считаться лучшимъ средствомъ для радикальнаго излеченія паховыхъ грыжъ. Такого рода примѣры излеченія замѣчены были неоднократно у дѣтей и молодыхъ людей. Окончательно еще замѣтимъ, что радикальное излеченіе паховыхъ грыжъ удается очень рѣдко, и поэтому—то при паховыхъ грыжахъ, если нѣтъ complicацій, обыкновенно ограничиваются палліативнымъ леченіемъ, т. е. употребленіемъ грыжеваго бандажа и соблюденіемъ приличнаго образа жизни.

Леченіе ущемленной паховой грыжи.

Неоперативныя средства рѣдко приносятъ здѣсь пользу и потому на нихъ нельзя много разсчитывать. Въ общемъ обзорѣнн брюшныхъ грыжъ мы достаточно говорили объ этомъ.

Боденсъ (Baudens), въ прошедшемъ 1854 году, 29 мая, представилъ въ Парижскую академію наукъ записку: о полезномъ дѣйствіи льда, вмѣстѣ съ прижатіемъ, для вправленія ущемленныхъ грыжъ и для уничтоженія послѣдовательнаго воспаленія брюшины. Боденсъ совѣтуетъ употреблять это средство въ особенности тогда, когда другія средства, употребленныя при ущемленіи грыжи, не оказали пользы и осталась только операція грыжестѣченія.

Вотъ какъ Боденсъ описываетъ свой способъ: начинайте прикладывать на воспаленную грыжевую опухоль компрессы, намоченные въ холодной водѣ, температура которой должна быть постепенно понижаема; потомъ накладываются на компрессы маленькіе кусочки льда, количество которыхъ также должно постепенно увеличивать.

Если этого недостаточно и ледъ производитъ чувство глубокаго жженія, то пониженіе температуры нужно увеличить прибавленіемъ ко льду поваренной соли.

Такимъ образомъ, по мнѣнію Боденса, можно иногда понизить температуру до 14° и даже 20° столбцуснаго термометра.

При наложеніи льда на воспаленную часть, раждается почти всегда въ больномъ мѣстѣ чувство пріятнаго ощущенія. Это ощущеніе и должно служить руководителемъ хирургу и есть хорошій признакъ полезнаго дѣйствія этого средства. Но если больной начинаетъ жаловаться на сильное жгучее болѣзненное чувство, какое ощущается при отмороженіи, то нужно уменьшить или прекратить употребленіе льда. Употребленіе этого средства иногда нужно продолжать нѣсколько часовъ.

Приложенный на ущемленную грыжу ледъ отгоняетъ жидкости, уменьшаетъ боль, сгущаетъ газы, содержащіеся въ кишкахъ, уменьшаетъ опухоль, уничтожаетъ воспалительные припадки и въ особенности воспаленіе брюшины, часто въ этомъ случаѣ смертельное.

Вхожденіе при этомъ грыжи можетъ быть иногда произвольное; но если этого не случается, то нужно вмѣстѣ со льдомъ употребить еще прижатіе опухоли повязкою *spica*, названною Боденсомъ *spica-taxis*. Этихъ двухъ средствъ Боденсу въ шестнадцати случаяхъ было достаточно для вправленія ущемленной грыжи.

Когда опухоль очень болитъ и больной не переноситъ прижатія, то должно всегда начинать со льда; когда боль уменьшится, тогда накладывается *spica-taxis*.

Чтобы операція эта имѣла постоянное сжимающее дѣйствіе, Боденсъ совѣтуетъ готовить повязку изъ каучука.

Тазъ больного долженъ быть приподнятъ и помѣщенъ на подушкѣ, дабы способствовать вхожденію внутренностей.

Вовсѣхъ шестнадцати случаяхъ, Боденсу этими средствами удалось вправить грыжу безъ операціи. Приведемъ здѣсь одно изъ его

наблюдений. Одинъ офицеръ имѣлъ, въ продолженіе двадцати лѣтъ, двойную паховую грыжу. 17 февраля 1846 года ущемилась у него правая паховая грыжа. Больной самъ старался ее вправить, но безуспѣшно, и потому поступилъ въ госпиталь Вальдеграсть, въ палаты Боденса. Здѣсь найдены были слѣдующіе припадки: опухоль въ правомъ паху; животъ раздутый, очень болящій; опухоль выходила изъ наружнаго отверстія паховаго канала; икота, рвота, запоръ; пульсъ сжатый, частый, малый; по тѣлу холодный потъ; лицо блѣдное, сильная тоска. Пытались грыжу вправить, но безъ успѣха. Діета, клистиръ съ масломъ; кровепусканіе изъ руки въ полтора фунта; потомъ положили на опухоль ледъ. Послѣ этого больной скоро успокоился и заснулъ. Скоро за этимъ опухоль уменьшилась въ объемъ и чрезъ пять часовъ отъ времени наложенія льда сама-собою взошла въ животъ ¹⁾).

Боденсъ употреблялъ ледъ при ущемленныхъ грыжахъ, какъ паховыхъ, такъ и бедренныхъ, и притомъ какъ недавнихъ, такъ и старыхъ. Докторъ Петель и Шарпиньонъ, хирурги въ Орлеанѣ, подтверждаютъ своими наблюденіями пользу Боденсова способа.

Когда при ущемленіи грыжи неоперативныя средства не помогаютъ, тогда слѣдуетъ приступить къ операціи грыжесъченія. Съ точностію невозможно назначить момента, требующаго грыжесъченія; опредѣленіе его предоставляется практическому навыку врача. Однакожъ въ этомъ случаѣ можно руководствоваться слѣдующими обстоятельствами: всякая ущемленная грыжа, надъ которою употребленныя надлежащія средства, для удаленія ущемленія, оказались тщетными и при которой воспалительные припадки имѣютъ наклонность къ переходу въ антоновъ огонь, угрожающій распространиться въ брюшную полость, немедленно требуетъ операціи грыжесъченія, хотя бы ущемленіе продолжалось нѣсколько часовъ или даже нѣсколько дней. По этой причинѣ, тѣмъ поспѣшнѣе должно предпринимать грыжесъченіе, чѣмъ сильнѣе воспаление и чѣмъ болѣе оно угрожаетъ антоновымъ огнемъ.

Грыжесъченіе чаще необходимо бываетъ при малыхъ и недавнихъ ущемленныхъ грыжахъ, нежели при большихъ и старыхъ.

¹⁾ *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 270.

Въ случаяхъ сопряженныхъ съ судорожнымъ состояніемъ ущемленной части, или при накопленіи нечистотъ въ выпавшей кишкѣ (*engouement*), равно какъ и въ тѣхъ грыжахъ, которыя сопровождаются хроническимъ воспаленіемъ, операцію на нѣкоторое время можно отложить.

Грыжестѣченіе противопоказуется: 1) если вышеприведенные припадки не слишкомъ угрожаютъ, а другія терапевтико-хирургическія средства не были еще испытаны; 2) когда гангрена распространилась уже по ущемленному мѣсту въ брюшную полость и больной находится въ такомъ изнеможеніи, что можетъ лишиться жизни во время операціи.

Гангрена ограничивающаяся однѣми грыжевыми частями не только не служитъ противопоказаніемъ операціи, но, напротивъ, требуетъ ея, какъ спасительнаго средства, могущаго способствовать образованію искусственнаго каловаго прохода и отдѣленію омертвѣлыхъ частей.

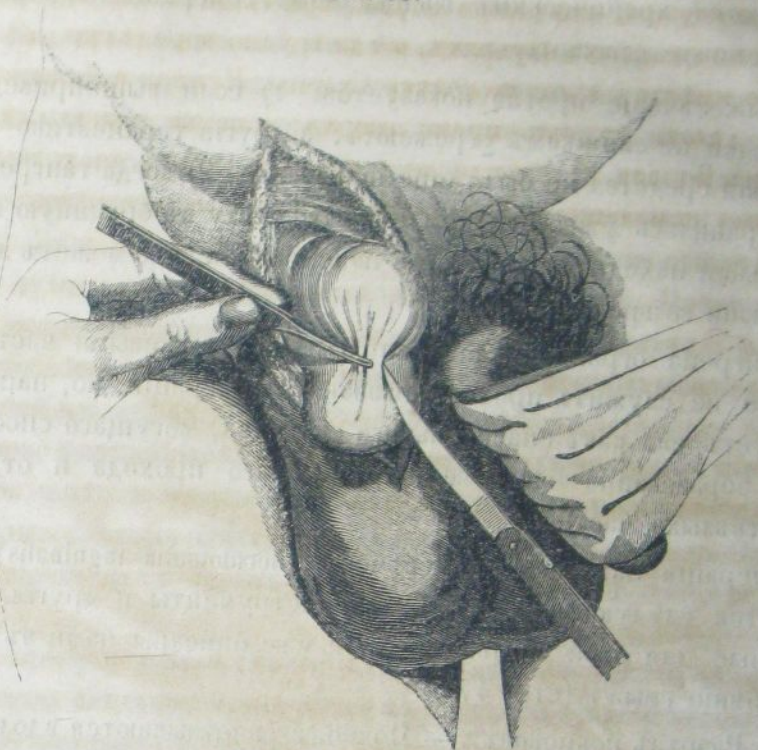
Операція паховаго грыжестѣченія (*herniotomia inguinalis*) производится слѣдующимъ образомъ: инструменты и другія пособія, нужные для этой операціи, были уже описаны нами въ общемъ обзорѣ грыжъ (стр. 47).

1) Разрѣзъ покрововъ. — Покровы разрѣзываются вдоль опухоли, начиная отъ наружнаго паховаго кольца до основанія опухоли. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ, при большихъ грыжахъ, можно сдѣлать внизу разрѣзъ перпендикулярный къ первому; отчего весь наружный разрѣзъ выйдетъ въ видѣ обращенной латинской буквы Т. Съ разрѣзомъ кожи можно разрѣзать безопасно и *fasciam superficialem*. Если при этомъ будутъ перерѣзаны подкожныя небольшія артеріи, то ихъ слѣдуетъ или перевязать, или закрутить.

2) Затѣмъ разрѣзываются всѣ остальные слои, лежащіе надъ грыжевымъ мышкомъ. Этотъ разрѣзъ лучше всего дѣлать по-слоино и по жолобоватому зонду. Разрѣзъ этотъ долженъ быть почти также великъ, какъ и разрѣзъ кожи. При этихъ разрѣзахъ слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы не повредить ни одной части сѣменнаго канатика и этого поврежденія легко избѣжать, когда части его не разъединены и онъ лежитъ на обыкновенномъ своемъ мѣстѣ; впрочемъ, со вниманіемъ можно все-

гда избѣжать поврежденія стѣнного канатика и въ противномъ случаѣ.

Фиг. 30.



3) Обнаживши грышевой мѣшокъ, нужно его вскрыть. Вскрывается грыжевой мѣшокъ сперва небольшимъ отверстіемъ, сдѣланнымъ въ немъ бистурею при помощи пинцета (фиг. 30); потомъ это небольшое отверстіе расширяется по жолобоватому зонду вверхъ и внизъ, во всю длину наружной раны. Какъ узнать грыжевой мѣшокъ — объ этомъ было говорено въ общемъ обзорѣ ній леченія грыжъ (стр. 48).

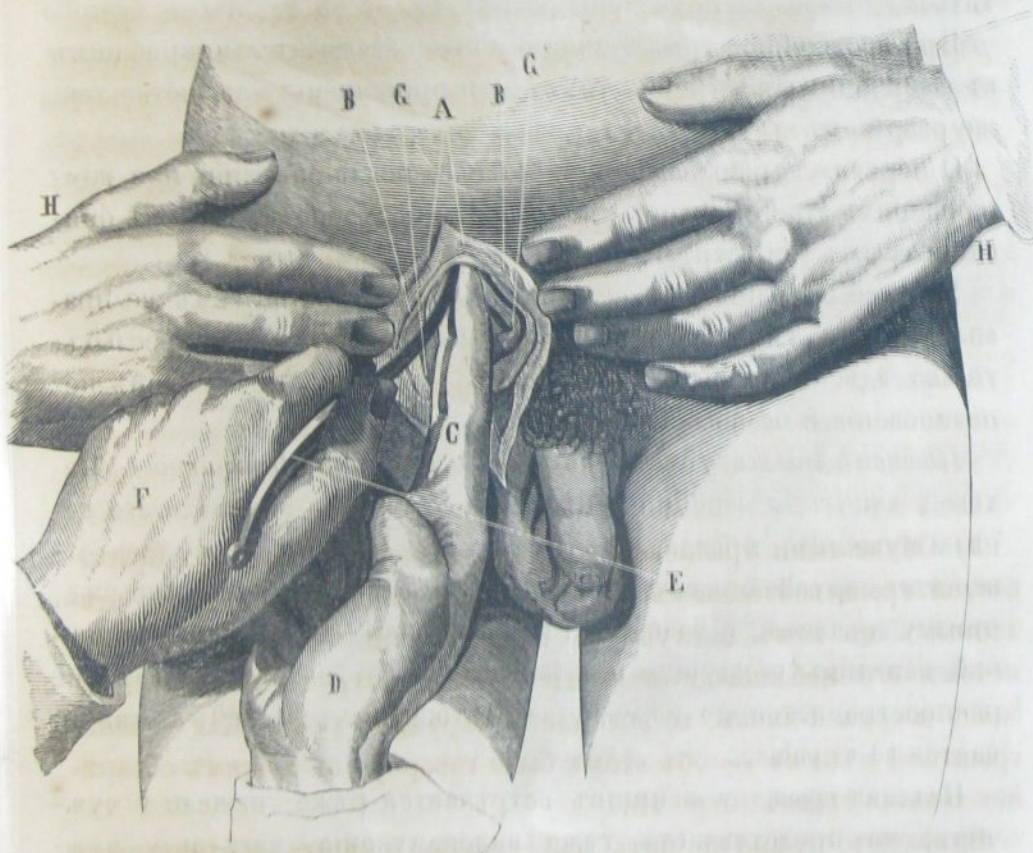
Однакожъ, нужно помнить, что грыжеваго мѣшка въ нѣкоторыхъ паховыхъ грыжахъ не бываетъ: его можетъ не быть при грыжѣ слѣпой кишки, при грыжѣ *flexurae sigmoideae coli* и при грыжѣ передней части мочеваго пузыря.

4) По вскрытіи грыжеваго мѣшка и по отысканіи мѣста ущемленія (смотри стр. 93), нужно удалить ущемленіе (*abolitio incarcerationis, débridement*). Для этого, по введеніи указательнаго пальца лѣвой руки въ ущемляющее мѣсто, проводится Поттовъ бистурей по ла-

донной поверхности пальца (см. стр. 50, фиг. 16) и дѣлается разръзъ на нѣсколько линій *вверхъ* и *наружу* (фиг. 31) при грыжѣ наружной косой, *вверхъ* и *внутри* при грыжѣ паховой прямой, и *вверхъ* и *внутри*, или только *вверхъ*, при грыжѣ косой внутренней.

Въ сомнительныхъ случаяхъ, когда трудно опредѣлить, съ какою грыжею имѣется дѣло, по совѣту Скарпы, Купера и Дюжюитрена, можно дѣлать разръзъ прямо *вверхъ*; или же можно слѣдовать совѣтамъ Видаля, Петрунди и другихъ и дѣлать въ разныя стороны въ ущемляющемъ мѣстѣ нѣсколько малыхъ разръзовъ (*débrî-*

Фиг. 31.



Фиг. 31. Паховая грыжа на правой сторонѣ. — Кожа и подлежащіе слои, *A*, разръзаны и отвернуты въ стороны руками, *H, H*, помощника, оттягивающаго также и грыжевой мѣшокъ *B, B*. — Операторъ своей лѣвой рукою, *F*, подвѣлъ Поттовъ бистурей, *E*, въ верхній и вѣншій уголъ раны, для произведенія разръза ущемляющаго мѣста *вверхъ* и *наружу*. — *C*. Указательный палецъ правой руки *D*, на которомъ лежитъ спинкою бистурей Потта; этимъ же пальцомъ отпихиваются къзади и кишки *G, G*. — При операциі грыжесеченія на лѣвой сторонѣ, правою рукою проводится бистурей Потта, а указательнымъ пальцемъ лѣвой руки отпихиваются въ ранѣ кишки.

dement multiple). Этотъ послѣдній совѣтъ, для такихъ исключительныхъ случаевъ, можно считать даже лучшимъ.

Всѣ эти осторожности совѣтуются изъ опасенія повредить надчревную артерію (*arteria epigastrica*).

Еслибы, противъ чаянія, была повреждена эта артерія, то, по вправленіи внутренностей, нужно остановить кровотеченіе прижатіемъ или перевязкою этого сосуда (см. выше стр. 53).

5) По удаленіи ущемленія, должно вправить вышедшія внутренности, по правиламъ и съ осторожностями, выше нами изложенными въ общемъ обзорѣ грыжъ. Прирощенія, могущія встрѣтиться, должны быть удалены разрывомъ.

При врожденной грыжѣ иногда яичко оказывается приросшимъ къ вышедшимъ внутренностямъ. Эти природенія удаляются также разрывомъ.

О перевязкѣ раны, леченіи больного послѣ операціи и о complicatiyaхъ этой операціи мы говорили подробно въ общемъ описаніи грыжъ (см. стр. 52 и слѣд.).

У дѣтей операція грыжесъченія производится по тѣмъ же правиламъ и съ тѣми же предосторожностями, какъ и у взрослыхъ; только здѣсь она бываетъ нѣсколько труднѣе, по причинѣ неповиновенія и безпокойства дитяти.

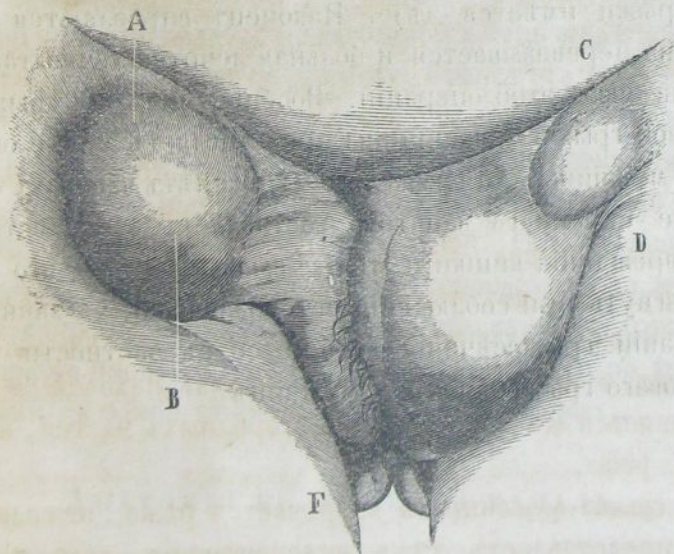
Паховая грыжа у женщинъ (hernia inguinalis feminarum). Паховой каналъ у женщинъ нѣсколько отличенъ отъ паховаго канала мужчинъ; правда, онъ имѣетъ у женщинъ также два отверстія: наружное и внутреннее; но эти отверстія нѣсколько уже, чѣмъ у мужчинъ, и *ligamentum rotundum uteri*, замѣняющая стѣнной канатикъ и идущая изъ живота черезъ паховой каналъ, не распространяется до наружныхъ дѣтородныхъ частей, а оканчивается *ad os pubis*.

Паховая грыжа у женщинъ встрѣчается рѣже, нежели у мужчинъ, но представляетъ тѣже видоизмѣненія, какъ и у мужчинъ. Кажется, что неполная паховая грыжа у женщинъ встрѣчается чаще, нежели у мужчинъ, ибо у женщины внутренностямъ гораздо труднѣе проложить себѣ путь изъ паховаго канала въ большую дѣтородную губу, нежели у мужчинъ въ мошонку. У маленькихъ дѣвочекъ паховая грыжа встрѣчается иногда врожденною. Въ женской грыжѣ анатомическія отношенія частей, составляющихъ грыжу, въ отношеніи къ надчревнымъ сосудамъ, тѣ же са-

мыя, какъ и у мужчинъ; но какъ сѣмennaго канатика здѣсь не находится, а онъ замѣненъ здѣсь органомъ менѣе сложнымъ, менѣе деликатнымъ и не простирающимся далѣе наружнаго паховаго кольца, то понятно, что паховая грыжа у женщины можетъ быть оперирована, въ случаѣ надобности, съ меньшею опасностью, нежели у мужчины. Замѣтимъ однакожъ, что патологическая анатомія паховой женской грыжи доселѣ еще не достаточно объяснена.

Женская паховая грыжа представляетъ въ явленіяхъ своихъ много сходнаго съ паховою грыжею у мужчины. Поэтому мы объ общихъ явленіяхъ не будемъ здѣсь говорить, а скажемъ только о тѣхъ, которыя отличаютъ эту грыжу отъ мужской. Здѣсь также образуется опухоль въ паховомъ каналѣ — при неполной грыжѣ, и опухоль распространяющаяся изъ паховаго канала въ большую дѣтородную губу — при полной грыжѣ (фиг. 32).

Фиг. 32.



Фиг. 32 представляетъ у женщины съ правой стороны грыжу бедренную *A, B*, а съ лѣвой грыжу паховую. Грыжа паховая, начавшись въ паховомъ каналѣ, опускается въ большую дѣтородную губу, которая опухолью отклонена вправо. Въ паху этой стороны представляется возвышеніе *C, D*, соответствующее мѣсту опухоли, находящейся въ каналѣ; это возвышеніе отдѣляется углубленіемъ отъ опухоли, находящейся въ дѣтородной губѣ, соответствующимъ наружному отверстію паховаго канала. Бедренная грыжа направляется по бедру, а не къ дѣтородной губѣ.

Иногда противодѣйствіе растяженію мягкихъ частей, находящихся внѣ паховаго канала, такъ бываетъ сильно, что опухоль, по выходѣ изъ наружнаго отверстія паховаго канала, помѣщается надъ отверстіемъ бедреннаго канала и можетъ такимъ образомъ заставить думать о присутствіи бедренной грыжи. Въ исторіи бедренной грыжи мы возвратимся къ діагностикѣ этого случая.

Если паховая грыжа у женщины ущемляется и требуетъ операціи, то она дѣлается слѣдующимъ образомъ: больная кладется точно также, какъ при операціи у мужчинъ; разрѣзъ должно дѣлать отъ наружнаго отверстія паховаго канала до нижней части опухоли, которая рѣдко отстоитъ далеко отъ паховаго канала. При этомъ разрѣзѣ повреждается *arteria pudenda externa*, которую должно перевязать. Слѣдующими за этимъ разрѣзами раздѣляются другія части до грыжеваго мѣшка. Грыжевой мѣшокъ вскрывается по тѣмъ же правиламъ, какъ было сказано при операціи у мужчинъ. Затѣмъ отыскивается ущемляющее мѣсто, удаляется ущемленіе по общимъ правиламъ грыжестѣченія и смотря потому, съ какимъ видомъ грыжи имѣется дѣло. Наконецъ вправляются внутренности, рана перевязывается и больная лечится точно также, какъ и мужчина послѣ этой операціи. Вообще, операція грыжестѣченія при паховой грыжѣ у женщины представляетъ менѣе опасности, нежели у мужчины. До грыжеваго мѣшка нѣтъ важныхъ органовъ. Отсутствіе сѣменнаго канатика заставляетъ здѣсь остерегаться только поврежденія кишки и *arteriae epigastricae*, — чего впрочемъ легко избѣгнуть при соблюденіи осторожностей, указанныхъ нами при описаніи грыжестѣченія вообще, и въ частности при описаніи паховаго грыжестѣченія у мужчинъ.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

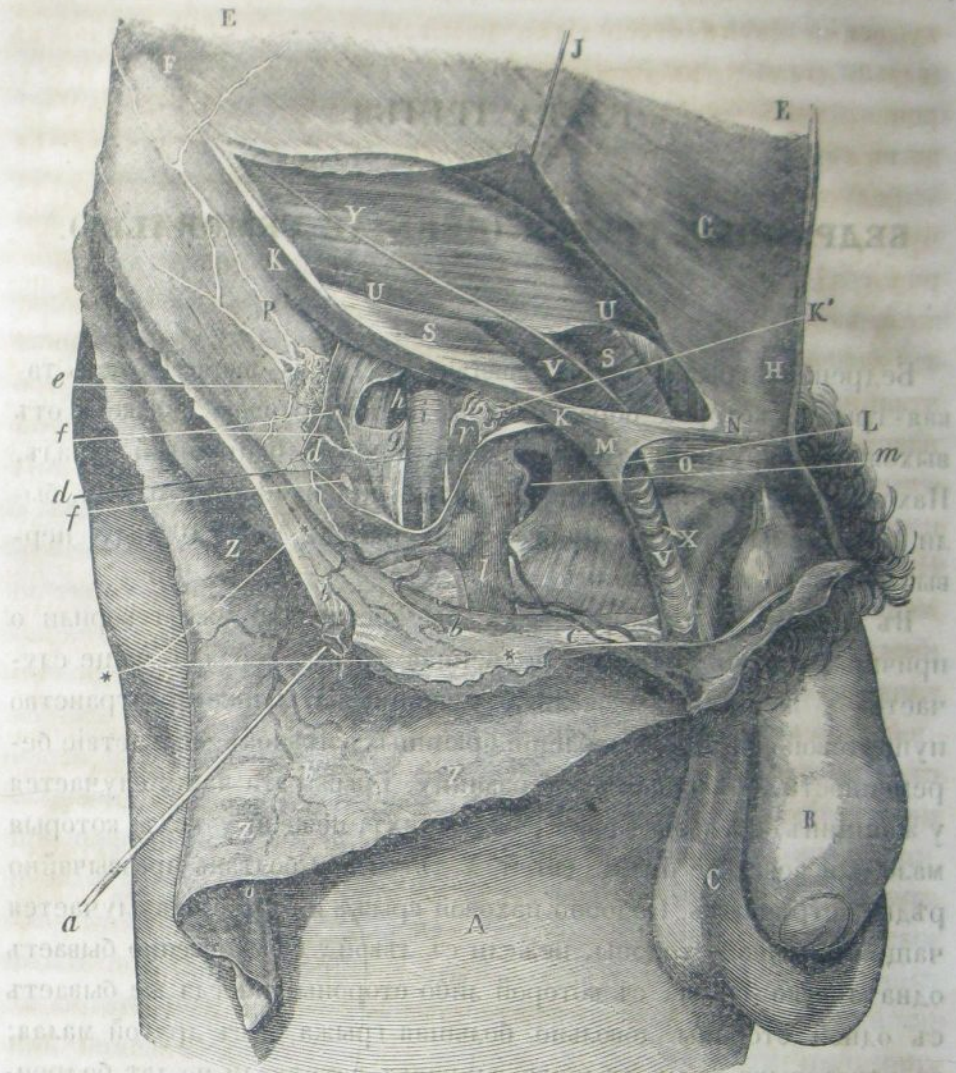
БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ (HERNIAE FEMORALES).

Бедренная грыжа (*hernia femoralis s. cruralis, merocoele*) есть такая грыжа, которая образуется подъ пупартовою связкою, отъ выхожденія внутренностей изъ живота чрезъ бедренный каналъ. Паховая и бедренная грыжи, до начала прошедшаго столѣтїя, были почитаемы за одну. Фергейнъ (*Verheyen*), въ 1710 году, первый показалъ ихъ различіе.

Въ общемъ обзорѣнїи грыжъ мы достаточно уже говорили о причинахъ этой болѣзни. Бедренная грыжа гораздо чаще случается у женщинъ, нежели у мужчинъ. Большое пространство пупартовой связки и ослабленіе брюшныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе беременности, объясняютъ эту разницу. Грыжа эта чаще случается у женщинъ, нѣсколько разъ раждавшихъ, нежели у тѣхъ, которыя мало или вовсе не имѣли дѣтей. У дѣтей эту болѣзнь чрезвычайно рѣдко встрѣчаютъ. Подобно паховой грыжѣ и бедренная случается чаще съ правой стороны, нежели съ лѣвой. Обыкновенно бываетъ одна только грыжа съ которой либо стороны; иногда же бываетъ съ одной стороны довольно большая грыжа, а съ другой малая; въ нѣкоторыхъ очень рѣдкихъ случаяхъ встрѣчали по двѣ бедренныхъ грыжи съ одной стороны (*hernia cruralis duplex*).

АНАТОМІЯ БЕДРЕННОГО КАНАЛА.

Бедренный каналъ (*canalis cruralis*), чрезъ который проходитъ грыжа этого имени, находится подъ пупартовою связкою, на верхней и передней части бедра; онъ имѣетъ два отверстїя или кольца и средину. Одно изъ этихъ отверстїй есть верхнее, или верхнее кольцо (*annulus cruralis superior s. abdominalis, s. intra-abdominalis*); другое нижнее (*annulus cruralis inferior*), находящееся на верхней части бедра и чрезъ которое проходитъ вѣда *saphena interna*, для



Фиг. 33 изображает переднюю часть пахового и бедренного каналовъ. — *A*. Часть бедра. — *B*, *C*. Наружные детородные части. — *E*, *E*. Обнаженная часть передней брюшной стѣнки (*regio costo-iliaca*). — *F*. *Spina anterior superior ossis ilii*. — *G*. *Musculus rectus abdominis* въ своей оболочкѣ. — *J*. Крючокъ, которымъ приподнимаютъ апоневрозъ *musculi obliqui abdominis externi*, въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ соединяется съ бедренною дугою и составляетъ переднюю стѣнку пахового канала. — *K*, *K*. *Arcus cruralis*. — *L*. *Annulus inguinalis externus*, чрезъ который проходитъ семенной канатикъ. — *M*. Фиброзное растяжение, отдѣляющееся отъ наружнаго паховою кольца. — *N*. *Crus internum s. superius annuli inguinalis externi*. — *O*. *Crus externum s. inferius annuli externi*. — *P*. Мѣсто соединенія *arcus cruralis* cum *fascia lata*. — *S*, *S*. Мѣсто, гдѣ *fascia transversalis* прилежитъ къ задней стѣнкѣ паховою канала. — *U*, *U*. Нижний край *musculi obliqui abdominis interni et musculi transversi abdominis*. — *V*, *V*. Волокна *musculi cremasteris*, на-

соединенія съ бедренною веною (*vena cruralis*). Пространство между этими двумя отверстіями называется бедреннымъ каналомъ (*canalis cruralis*), въ которомъ проходятъ бедренная артерія и бедренная вена (*arteria cruralis et vena cruralis*); первая изъ нихъ лежитъ кнаружи, а послѣдняя кнутри.

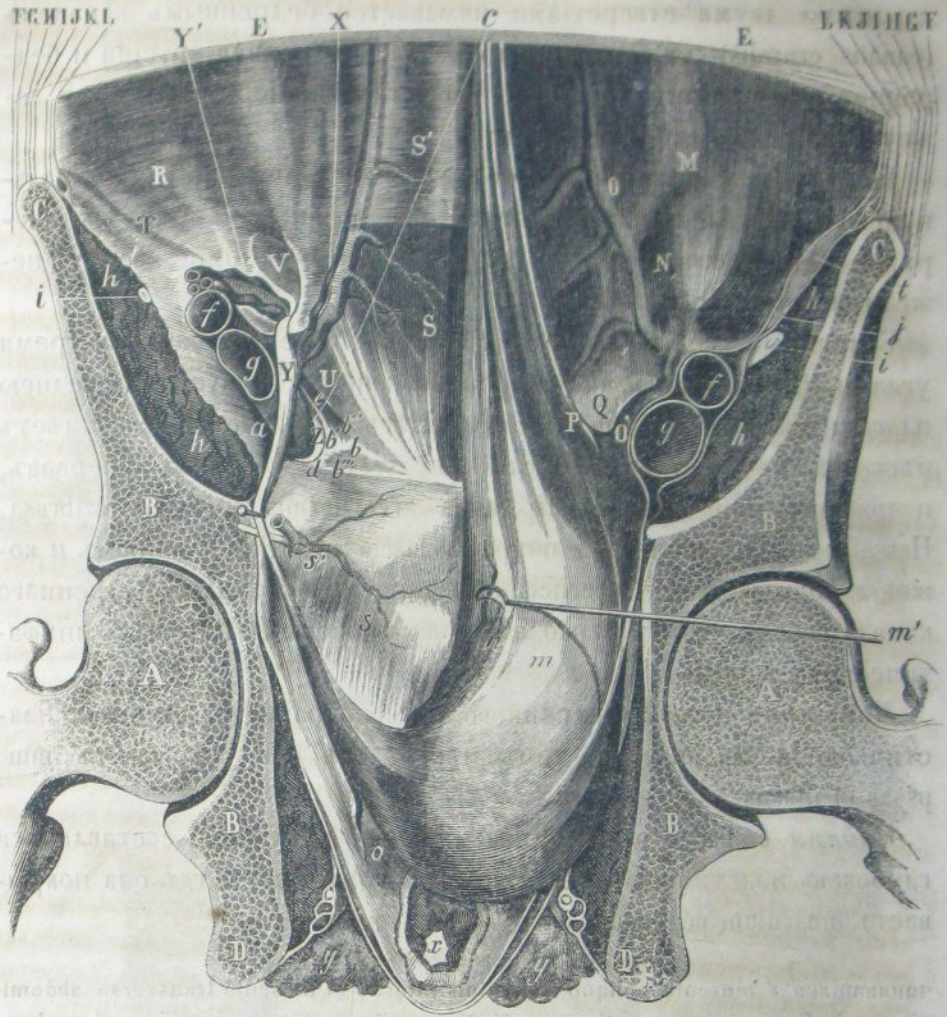
Бедренный каналъ имѣетъ форму треугольную или пирамидальную и направленъ сверху внизъ, сзади напередъ и кнутри кнаружи. Длина его около полутора дюйма. Онъ шире вверху, нежели внизу.

Бедренный каналъ имѣетъ три стѣнки, соединяющіяся тремя углами. *Передняя стѣнка* бедренного канала образуется переднею пластинкою *fasciae latae*, которая здѣсь довольно тонка и имѣетъ нѣсколько небольшихъ отверстій для мелкихъ сосудовъ и нервовъ, и поэтому еще называется *fascia crebriformis s. fascia cribrosa*, Hesselbach. Она снаружи покрыта *fascia superficiali*, жиромъ и кожей. Между *fascia superficialis* и переднею стѣнкою бедренного канала всегда лежитъ нѣсколько поверхностныхъ паховыхъ лимфатическихъ желѣзъ.

Наружная стѣнка бедренного канала образуется глубокою пластинкою *fasciae latae*, въ томъ мѣстѣ, гдѣ она покрываетъ *mm. psoas et iliacus*.

Задняя стѣнка этого канала, какъ и наружная, составляется глубокою пластинкою *fasciae latae*, въ томъ мѣстѣ, гдѣ она покрываетъ *musculum pectineum*.

чиняющіяся a musculo obliquo abdominis interno et musculo transverso abdominis. — X. Funiculus spermaticus. — Y. Nervus ileo-scrotalis, идущій a plexu lombali. — Z, Z, Z. Кожа и подкожный жирный слой живота, завернутые внизъ. — * . Fascia superficialis. — *a*. Нитка, привязанная ad fasciam superficialem, отдаленной отъ живота и завернутой къ бедру. — *b, b*. Vasa subcutanea abdominis. — *c*. Vasa subcutanea genitalium. — *d, d*. Передняя стѣнка бедренного канала, разрѣзанная и отвернута наружу, чтобы видѣть средину бедренного канала. — *e*. Лимфатическая желѣза, лежащая впереди бедренного канала. — *f, f*. Небольшія отверстія въ передней стѣнкѣ бедренного канала, чрезъ которые проходятъ лимфатическіе сосуды. — *g*. Наружная стѣнка бедренного канала, образуемая глубокою пластинкою *fasciae latae* и лежащею на *musculis psoas et iliacus*. — *h*. Отверстіе, сдѣланное въ наружной стѣнкѣ бедренного канала, чтобы видѣть *pergus cruralis*, лежащій въ оболочкѣ *musculi psoas*. — *i*. Arteria cruralis, лежащая снаружи *venae cruralis*. — *r*. Vena cruralis, лежащая кнутри *arteriae cruralis*. — *k'* Лимфатическая желѣза, лежащая въ бедренномъ каналѣ съ внутренней стороны. — *l*. Vena saphena interna. — *m*. Нижнее отверстіе бедренного канала, чрезъ которое проходитъ *vena saphena interna* (изъ соч. Бландена).



Фиг. 34 изображает заднюю часть пахового и бедренного каналовъ — *H*, *regio-nes costo-iliacae*. — *A, A*. Разрѣзъ верхней части бедренной кости. — *B, B, B, B*. Вдольный разрѣзъ тазовыхъ костей, начиная *a* *spina anterior superior ossis ilii* до сѣдалищнаго бугорка (*tuberositas ossis ischii*). — *C, C*. *Spina anterior superior ossis ilii*. — *D, D*. *Tuberositas ossis ischii*. — *E, E*. Нижняя часть передней брюшной стѣнки (*regio costo-iliaca*), составляемая — *F, F*. Кожею, — *G, G*. Под-кожною жирною тканью, — *H, H*. Апоневрозомъ *fasciae superficialis*, — *I, I*. Ко-сою наружною брюшною мышцею, перешедшею въ этомъ мѣстѣ въ сухожи-ліе, — *J, J*. Косою внутреннею мышцею, — *K, K*. Поперечною брюшною мыш-цею, — *L, L*. *Fascia transversalis*. — *M*. Правая сторона брюшной стѣнки, на которой оставлено *peritoneum*. — *N*. Мѣсто, гдѣ брюшина углубляется во внут-реннее отверстие пахового канала у утробнаго младенца и гдѣ у взрослого пред-ставляется родъ вогнутого рубца. — *O*. Выпуклость, образуемая надчревными сосудами (*vasa epigastrica*). — *O'*. Выпуклость, образуемая относящимъ кана-ломъ. — *P*. Выпуклость, образуемая шнуркомъ заросшей пупочной артеріи. —

Углы бедренного канала суть: задній, внѣшній и внутренній. *Задній уголъ* образуется отъ соединенія наружной стѣнки съ заднею; въ немъ проходятъ вышепоименованные бедренные сосуды. *Внѣшній уголъ* находится при соединеніи наружной стѣнки канала съ переднею; онъ длиннѣе прочихъ угловъ и отстоитъ на нѣкоторое разстояніе отъ бедренныхъ сосудовъ. *Внутренній уголъ* есть самый короткій изъ всѣхъ трехъ угловъ.

Верхнее отверстіе бедренного канала направлено косвенно сверху внизъ и сзади напередъ. Его передній край составляетъ бедренною дугою, заключающею въ себѣ паховой каналъ съ содержащимися въ немъ частями. Задній край этого отверстія составляетъ горизонтальною вѣтвью лонной кости, покрытой *musculo*

Q. Foveola inguinalis externa peritonaei. — *R.* Лѣвая сторона брюшной передней стѣнки, на которой спята брюшина и обнажена *fascia transversalis*. — *S.* Мѣста, гдѣ въ естественномъ состояніи не достаесть оболочки на задней поверхности прямой брюшной мышцы. — *S'.* Мѣсто, гдѣ оболочка на этомъ мускулѣ существуетъ. — *T.* Мѣсто, гдѣ *fascia transversalis* соединяется *cum fascia iliaca*. — *U.* Мѣсто, гдѣ *fascia transversalis* прилегаетъ къ задней части паховаго канала и соединяется съ наружнымъ краемъ сухожилія *musculi recti abdominis*. — *V.* Верхнее или внутреннее отверстіе паховаго канала, образуемое *fascia transversali*, и гдѣ эта оболочка углубляется воронкообразно въ паховой каналъ. — *X.* Надчревные сосуды (*arteria epigastrica et venae epigastricae*), лежащія съ внутренней стороны верхняго отверстія паховаго канала; они идутъ сначала подъ брюшиною, а потомъ входятъ во влагалище *musculi recti abdominis*. — *Y.* *Canalis deferens*, входящій въ паховой каналъ. — *Y'* Сѣменная артерія и двѣ вены, входящія въ паховой каналъ. — *Z.* Верхнее отверстіе бедренного канала: — *a.* Наружная сторона верхняго отверстія бедренного канала, составляемая *fascia iliaca*. — *b.* Внутренняя сторона верхняго отверстія бедренного канала, составляемая джимбернатовою связкою. — *b'.* *Margo falciformis ligamenti Gimbernati*. — *b''.* Край джимбернатовой связки, соединяющійся съ бедренною дугою. — *b'''.* Край *ligamenti Gimbernati*, соединяющійся *cum crista ossis pubis*. — *d.* Задній край верхняго отверстія бедренного канала, образуемый горизонтальною вѣтвью лонной кости. — *f, f.* *Arteria iliaca externa*, лежащая въ наружной сторонѣ верхняго отверстія бедренного канала и дающая отъ себя *arteriam epigastricam* и *circumflexam iliacam*. — *g, g.* *Venae iliacae externae*, дающія отъ себя *venas epigastricas*. — *h, h, h, h.* *Musculi: iliacus externus et psoas*. — *i, i.* *Nervus cruralis*. — *j, j.* *Aponeurosis fasciae iliacaе*. — *m.* Мочевой пузырь, оттянутый вправо и опустившійся нѣсколько книзу и не поддерживаемый прямою кишкою. — *m'.* Крючекъ, оттягивающій мочевой пузырь. — *n.* *Rete vesicae urinariae*. — *o.* Лѣвый сѣменной пузырекъ, прилежащій къ относящемуся каналу. — *s.* *Aponeurosis pelvea*. — *s'.* Отверстіе, находящееся въ верхней части *foraminis ovalis*, чрезъ которое проходятъ *nervus et vasa obturatoria*. — *x.* *Anus* и нижняя часть *recti*. — *y.* Клетчатая жирная ткань, находящаяся *inter anum et tuberositatem ossis ischii*.

pectinea и грубокою пластинкою *fasciae latae*. Наружный край верхняго отверстія соответствует фиброзной оболочкѣ покрывающей мышцы *psoas* и *iliacus internus*, т. е. глубокому слою *fasciae latae*, покрывающей эти мышцы. Задній уголъ верхняго отверстія бедреннаго канала занять бедренными сосудами. Наружный уголъ образуется изъ соединенія бедренной дуги *cum fascia iliaca*. Внутренній уголъ тупой, закругленный и прилежить къ джимбернатовой связкѣ.

Верхнее отверстіе закрыто оболочкою, состоящею изъ рыхлой клѣтчатой ткани, называемою *septum crurale* (J. Cloquet) или *fascia propria herniae cruralis* (A. Cooper). Надъ этою оболочкою лежитъ брюшина. Съ наружной стороны этого отверстія, подъ брюшиною, проходятъ *vasa epigastrica*, т. е. *arteria epigastrica* и *venae epigastricae*, а съ внутренней лежитъ шнурокъ заросшей пупочной артеріи.

Нижнее или наружное отверстіе бедреннаго канала обращено внизъ и внутрь. Это есть то мѣсто, гдѣ подкожная внутренняя вена (*vena saphena interna*) проходитъ чрезъ наружную пластинку *fasciae latae*, для соединенія въ бедренномъ каналѣ съ бедренною веною (*vena cruralis*). Оно, слѣдовательно, окружено *fascia lata*. Снаружи или спереди оно покрыто *fascia superficiali*, жиромъ и кожею.

Бедренный каналъ заключается, слѣдовательно, между двумя слоями *fasciae latae*. Каналъ этотъ раздѣленъ тонкою клѣтчато-фиброзною пластинкою, идущею спереди назадъ на двѣ половины. Въ наружной изъ нихъ помѣщаются бедренные сосуды и она гораздо длиннѣе внутренней. Внутренняя лежитъ кнутри отъ бедренныхъ сосудовъ до джимбернатовой связки; она имѣетъ въ длину около шести линій. Эта часть канала наполнена лимфатическою желѣзою, лимфатическими сосудами и клѣтчато-жирною тканью. Въ этой то части бедреннаго канала и образуется обыкновенно бедренная грыжа. Бедренный каналъ шире, но менѣе длиненъ у женщинъ, нежели у мужчинъ. Паховой же каналъ, какъ мы видѣли выше, болѣе развитъ у мужчинъ, нежели у женщинъ.

Отношеніе сосудовъ къ бедренной грыжѣ слѣдующее: снаружи шейки грыжеваго мѣшка проходитъ *vena cruralis*, еще наружнѣе идетъ *arteria cruralis*; сверху и снаружи проходятъ *vasa epigastrica*; прямо вверху лежитъ въ паховомъ каналѣ у мужчинъ *funiculus spermaticus* съ своими частями; наконецъ внутрь отъ шей-

ки грыжевого мѣшка можетъ проходить arteria obturatoria, происходящая отъ надчревной артеріи. Казалось бы, что, по такому анатомическому расположенію, шейка мѣшка окружена почти со всѣхъ сторонъ сосудами и поэтому удаленіе ущемленія очень трудно; къ счастью, на дѣлѣ опасенія здѣсь не такъ велики.

Если нужно расширить нижнее отверстіе бедреннаго канала (in fascia crebriformi), которое отстоитъ на нѣсколько линій отъ фаллопиевой связки, то можно сдѣлать безопасно разрѣзъ вверхъ, или вверхъ и внутрь, по крайней мѣрѣ на треть дюйма, а у женщинъ и болѣе.

Дѣлая умѣренные одинъ или два разрѣза прямо внутрь, тоже можно избѣжать поврежденія arteriae epigastricae.

При небольшомъ разрѣзѣ (на три линіи), направленномъ наружу и вверхъ, можно тоже избѣжать поврежденія arteriae epigastricae.

Поэтому-то въ настоящее время Демо, занимавшійся много грыжами, и предлагаетъ дѣлать при ущемленной бедренной грыжѣ не одинъ, а нѣсколько малыхъ разрѣзовъ и въ различныя стороны.

ВИДЫ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ И ЕЯ АНАТОМИЧЕСКІЙ ХАРАКТЕРЪ.

Бедренная грыжа имѣетъ три вида: *бедренная грыжа наружная* (hernia cruralis externa), образуемая съ наружной стороны надчревныхъ сосудовъ (vasa epigastrica) и съ наружной стороны бедренныхъ сосудовъ (arteria et vena cruralis); *грыжа бедренная средняя* (hernia cruralis media), образуемая съ внутренней стороны надчревныхъ сосудовъ и съ внутренней стороны бедренныхъ сосудовъ, и *грыжа бедренная внутренняя* (hernia cruralis interna), развивающаяся съ внутренней стороны снурка заросшей пупочной артеріи (arteria umbilicalis).

а) **Наружная бедренная грыжа.** — Она замѣчена была Арно, потомъ А. Куперомъ, Томсономъ, Клокé, Вельпо и Демо. Эта грыжа встрѣчается чрезвычайно рѣдко.

б) **Грыжа бедренная внутренняя.** — Она встрѣчается также очень рѣдко. Ее встрѣчали въ двухъ видахъ: въ первомъ видѣ внутренности выходятъ съ внутренней стороны заросшей пупочной артеріи и направляются косвенно наружу къ вышнему

бедренному кольцу; въ другомъ видѣ — внутренности также выходятъ съ внутренней стороны заросшей пупочной артеріи и потомъ идутъ прямо наружу чрезъ разщелину джимбернатовой связки. Внутреннюю бедренную грыжу встрѣчали Ложье, Крювелье и Демо.

с) **Бедренная грыжа средняя.** — Грыжа эта есть самая обыкновенная изъ бедренныхъ грыжъ; предыдущіе ея виды суть только исключительные. Обыкновенно, когда говорится въ сочиненіяхъ просто о бедренной грыжѣ, всегда слѣдуетъ разумѣть среднюю бедренную грыжу.

Бедренная грыжа въ своемъ развитіи представляетъ три періода. *Періодъ первый:* брюшина, натягиваемая давленіемъ внутренностей, углубляется въ верхнее бедренное отверстіе позади фаллопиевой связки и опускается такимъ образомъ на $\frac{1}{4}$ или полдюйма въ толщу стѣнокъ живота. Мѣшокъ брюшины представляетъ въ это время подобіе воронки или пальца перчатки, которая широкая часть обращена къ животу. Таково начало бедренной грыжи. *Второй періодъ:* Грыжа можетъ долго оставаться въ первомъ періодѣ; но если причина продолжаетъ дѣйствовать, то опухоль увеличивается. Внутренняя поверхность воронки или мѣшка брюшины расширяется; отъ нажатія внутренностями выпихиваются впередъ лимфатическія желѣзы и жирная клѣтчатка и такимъ образомъ грыжа входитъ въ наружное отверстіе бедреннаго канала, — это второй періодъ грыжи. Наконецъ чрезъ это отверстіе мѣшокъ проходитъ въ подкожную клѣтчатку, гдѣ уже онъ можетъ свободно раздаваться: это *третій періодъ*. Въ это время бедренная грыжа образовалась вполне: она имѣетъ мѣшокъ и шейку.

Вполнѣ образовавшаяся бедренная грыжа лежитъ очень поверхностно и гораздо поверхностнѣе паховой грыжи; она снаружи покрыта кожей, жирнымъ слоемъ, fascia superficiali и peritoneo. Отношенія грыжеваго мѣшка къ сосѣднимъ частямъ весьма просты: никакой важный органъ не отдѣляетъ его отъ кожи; мѣшокъ лежитъ снизу фаллопиевой связки, выше venaе saphaenae, впереди musculi rectinei, внутри бедренной воронки, и окруженъ различной толщины жирнымъ слоемъ. У людей жирныхъ бедренная грыжа бываетъ иногда такъ покрыта жиромъ, что не обнаруживается снаружи почти нисколько выпуклостію, между тѣмъ какъ у людей худощавыхъ она выражается снаружи явственно выпу-

кlostiю. Спереди мѣшка не лежитъ никакого важнаго сосуда; *arteria subcutanea abdominis* и *art. pudenda externa* суть единственные сосуды, находящіеся въ соотношеніи съ мѣшкомъ. Шейка мѣшка находится въ фиброзномъ отверстіи; отъ нея кверху и кнутри находится джимбернатова связка; *vasa cruralia* лежатъ съ наружной стороны; *vasa epigastrica* проходятъ снаружи шейки мѣшка, большею частью на разстояніи трехъ или четырехъ линій; бедренная дуга лежитъ кверху отъ шейки мѣшка на нѣсколько линій. Бедренная грыжа сзади не имѣетъ обыкновенно никакого важнаго органа.

Въ наружной бедренной грыжѣ шейка мѣшка находится ниже фаллопиевой связки и снаружи *vasorum epigastricorum*. Слѣдовательно операція удаленія ущемленія въ этомъ видѣ грыжи можетъ быть производима во всѣхъ направленіяхъ, за исключеніемъ назадъ и внутрь.

Бедренная грыжа внутренняя не имѣетъ близъ себя никакихъ важныхъ органовъ, и поэтому операція удаленія ущемленія можетъ быть производима во всѣхъ направленіяхъ.

Внутренности, входяція въ бедренную грыжу. — Въ бедренную грыжу большею частью выходитъ подвздошная кишка (*ileum*); въ лѣвой бедренной грыжѣ иногда вмѣстѣ съ этою кишкою выходитъ и сальникъ. Одинъ сальникъ въ этой грыжѣ рѣдко встрѣчается. Слѣпую кишку и восходящую часть ободочной (*colon ascendens*) иногда встрѣчали въ правой бедренной грыжѣ; *colon descendens* и начало прямой кишки также иногда встрѣчали въ лѣвой бедренной грыжѣ; наконецъ, въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ, находили въ бедренной грыжѣ яичники, мочевой пузырь и даже матку.

Припадки бедренной грыжи. — Первый припадокъ бедренной грыжи есть боль въ паху, обнаруживающаяся въ то время, когда человекъ вытягиваетъ ногу; эта боль распространяется въ животъ и производитъ иногда тошноту. Если изслѣдовать въ это время пахъ, то лимфатическая желѣза представляется болѣе явственною на больной сторонѣ, нежели на здоровой, и человекъ, даже при легкомъ давленіи на нее, ощущаетъ значительную боль. Эту боль человекъ въ первый разъ обыкновенно ощущаетъ вечеромъ, въ то время, когда онъ, ложась въ постель, вытягиваетъ ногу. Боль эта продолжается нѣкоторое время и въ постели и заставляетъ

больного, для облегченія, сгибать колено. Боль здѣсь происходитъ отъ напряженія фасцій бедра при выпрямленіи члена и отъ прижатія ими грыжевой опухоли. Послѣ боли, другой видимый уже припадокъ при бедренной грыжѣ, есть неограниченная опухоль въ паховой сторонѣ; эта опухоль удобно впрочемъ направляется, или проходитъ отъ прижатія; она при стоячемъ положеніи пациента нѣсколько опускается внизъ, а при горизонтальномъ, напротивъ, поднимается нѣсколько кверху. Черезъ нѣкоторое время опухоль представляется ограниченной, небольшого объема, величиною въ большой лѣсной орѣхъ, лежащею подъ бедренною дугою, на палецъ разстоянія отъ *tuberositas pubis* и на нѣкоторомъ разстояніи отъ бедренныхъ сосудовъ, лежащихъ снаружи опухоли. Когда опухоль увеличивается, то она не столько направляется внизъ, какъ паховая грыжа, сколько впередъ, и часто переходитъ передній край бедренной дуги, ибо въ этомъ направленіи она испытываетъ менѣе препятствія. Съ дальнѣйшимъ развитіемъ болѣзни опухоль распространяется болѣе въ стороны, нежели внизъ и вверхъ, такъ что форма ея кажется поперечно-продолговатою. У женщинъ опухоль эта бываетъ болѣе подвижна; мягкость ея и отсутствіе измѣненія покрововъ рождаютъ при первомъ взглядѣ мысль о припухлости паховыхъ желѣзъ. Но у мужчины грыжа эта представляетъ опухоль менѣе ограниченную, ибо кожа въ этомъ полѣ не такъ удобно натягивается и поэтому опухоль кажется глубже лежащею въ бедрѣ.

Прижатіе, производимое бедренною грыжею на бедренную вену и на внутреннюю подкожную вену, можетъ у пожилыхъ и съ рыхлыми тканями людей производить отекъ соответствующей конечности.

Опухоль, образуемая бедренною грыжею, рѣдко достигаетъ величины кулака; и въ этомъ послѣднемъ случаѣ она можетъ занимать почти все пространство между переднею и верхнею остью подвздошной кости и остью лонной кости. Томсонъ, въ Эдинбургѣ, рассказываетъ объ одномъ необыкновенномъ случаѣ бедренной грыжи, гдѣ опухоль опускалась до половины бедра: но у этого больного была ненормальная отвислость и слабость брюшныхъ стѣнокъ.

Опухоль при этой грыжѣ, какъ сейчасъ сказано, обыкновенно распространяется косвенно подъ бедренною дугою внутрь и вле-

редъ; только вначалѣ она бываетъ нѣсколько ниже; она не входитъ въ мошонку у мужчинъ и въ большую губу у женщинъ. Случается однакожь, какъ мы уже замѣтили выше, что эта опухоль иногда перестѣкаетъ вверху бедренную дугу и внизъ спускается по направленію вентъ бедренной и наружной внутренней подкожной (vena saphena interna).

Если положить пациента на спину, съ приподнятыми нѣсколько на подушкахъ головою и грудью и съ согнутыми колѣнами, приложить въ это время палецъ къ внѣшнему отверстию бедреннаго канала и заставить больного кашлять, то часто пальцомъ можно ощущать толчокъ. Однакожь этого признака иногда и не бываетъ.

Бедренная грыжа, также какъ и паховая, часто во время беременности исчезаетъ; внутренности развивающеюся маткою оттягиваются въ животъ, по мѣрѣ того какъ этотъ органъ увеличивается въ объемѣ.

Мѣшокъ съ двумя шейками въ бедренной грыжѣ встрѣчается гораздо рѣже, нежели въ паховой. Одинъ изъ таковыхъ мѣшковъ, встрѣченныхъ Демо, представленъ нами выше, на стр. 14.

Распознаваніе бедренной грыжи можетъ иногда представить въ практикѣ затрудненіе. Бедренная грыжа отличается отъ паховой по слѣдующимъ признакамъ: а) паховая грыжа имѣетъ свою шейку выше фаллопиевой связки и выше spinae ossis pubis; между тѣмъ какъ въ бедренной грыжѣ шейка бываетъ ниже этихъ частей; б) въ бедренной грыжѣ, если натянуть мѣшокъ внизъ, бедренная дуга напрягается впереди шейки мѣшка; в) паховая грыжа развивается изъ паховаго канала — у мужчинъ въ мошонку, а у женщинъ въ большую дѣтородную губу; бедренная же грыжа, развиваясь, направляется по верхней части бедра; д) Амюса предлагаетъ еще слѣдующій признакъ для отличія бедренной грыжи отъ паховой: нужно провести умственно линію отъ верхней передней ости подвздошной кости ad spinam ossis pubis; грыжа, образующаяся выше этой линіи, будетъ паховая, а ниже — бедренная.

Трудно смѣшать бедренную грыжу съ опухолью паховыхъ лимфатическихъ желѣзъ; въ этомъ отношеніи, состояніе предшествовавшее болѣзни и общіе признаки грыжъ выведутъ врача изъ сомнѣнія. Но положимъ, что и этихъ признаковъ было бы недостаточно; тогда лучше для удостовѣренія употребить ножъ, нежели оста-

вить больного умереть, не отваживаясь спасти его. Дѣлать разръзъ при опухоли желѣзы не опасно, но если есть грыжа, то этимъ средствомъ можно спасти больного. Я помню одинъ случай, гдѣ больной умеръ отъ того, что опухоль сочтена была за бубонъ.

Варикозное состояніе *venae saphenae internae*, развившееся подлѣ входа ея въ бедренный каналъ, можетъ быть иногда принято за бедренную вправляемую грыжу. Дѣйствительно, опухоль, образующаяся этимъ варикознымъ состояніемъ, при горизонтальномъ положеніи пациента и отъ прижатія исчезаетъ. Сансонъ для такого случая указываетъ на слѣдующій отличительный признакъ: варикозная опухоль отъ прижатія исчезаетъ; но если въ это время прижать наружное отверстіе бедреннаго канала пальцомъ, то опухоль скоро опять возвращается. Кромѣ того, при такой опухоли палецъ хирурга при кашлѣ не ощущаетъ толчка, бывающаго при вправленной бедренной грыжѣ. Наконецъ кожа, покрывающая расширенное мѣсто *venae saphenae internae*, представляется синеватою, какою она кажется при варикозномъ состояніи венъ и въ другихъ наружныхъ мѣстахъ.

Конгестивный нарывъ, развивающійся на передней верхней части бедра, можетъ иногда также ввести въ ошибку; ибо, какъ и грыжи, эти нарывы исчезаютъ отъ давленія; какъ грыжи, они развиваются при вертикальномъ положеніи и когда больной дѣлаетъ напряженіе. Но конгестивный нарывъ представляетъ опухоль съ флюктуаціею; появленію его предшествуютъ и потомъ сопутствуютъ боли въ поясничныхъ позвонкахъ; наконецъ конгестивный нарывъ появляется тогда, когда человекъ лежитъ и не дѣлаетъ напряженія.

Осложненія бедренной грыжи суть общія всѣмъ грыжамъ: боль, воспаленіе, невосприимчивость, раздутіе и ущемленіе; послѣднее здѣсь случается чаще и гораздо сильнѣе, нежели въ паховыхъ грыжахъ. Эта послѣдняя complicatio сильнѣе выражается у мужчинъ, нежели у женщинъ, по причинѣ меньшаго пространства бедреннаго канала.

Ущемленіе можетъ находиться въ верхнемъ отверстіи бедреннаго канала, или въ самомъ каналѣ, или въ наружномъ его отверстіи; въ первыхъ двухъ случаяхъ всегда ущемляется шейка мѣшка, между тѣмъ какъ въ послѣднемъ ущемленіе всего чаще производится фибрознымъ отверстіемъ пропускающимъ грыжу.

Самое частое ущемленіе въ грыжѣ, по мнѣнію Вельио и многихъ другихъ, случается въ наружномъ отверстіи бедреннаго канала.

Предсказаніе. Оно вообще хуже, нежели въ паховой грыжѣ; ибо бедренная грыжа труднѣе излечивается радикально; ущемленіе случается чаще и большею частью сильнѣе, нежели въ паховой грыжѣ.

Леченіе. Если грыжа простая, то первое показаніе должно быть: выправить грыжу. Способы выправленія (taxis), употребляемые въ паховой грыжѣ, приложимы также и здѣсь. Для расслабленія фибрознаго кольца должно сгибать бедро къ тазу; такимъ положеніемъ ослабляются вмѣстѣ фаллопиева и джимбернатова связки. Больной долженъ лежать на спинѣ съ приподнятыми верхнею частью туловища и головою. Касательно направленія, въ которомъ должно дѣйствовать во время маневровъ выправленія грыжи, надобно помнить, что если грыжа вышла уже наружу изъ фибрознаго кольца, то, безъ сомнѣнія, должно слѣдовать за извилинами канала: сперва собрать вышедшія части къ уровню наружнаго отверстія бедреннаго канала, потомъ отдавить ихъ сначала спереди назадъ и нѣсколько снутри кнаружи, потомъ кверху и наконецъ вмѣстѣ кверху и кзади. Если грыжа малаго объема, не прошла чрезъ переднюю стѣнку бедреннаго канала (грыжа внутренняя), то должно вправлять снизу вверхъ и нѣсколько кнаружи.

По вправленіи грыжи, должно наложить грыжевой бандажъ. Этотъ бандажъ нѣсколько разнится отъ бандажа для паховыхъ грыжъ. Пружина бедреннаго бандажа должна идти отъ отверстія бедреннаго канала до symphysis sacro-iliaca противоположной стороны, обхватывая такимъ образомъ тазъ больной стороны.

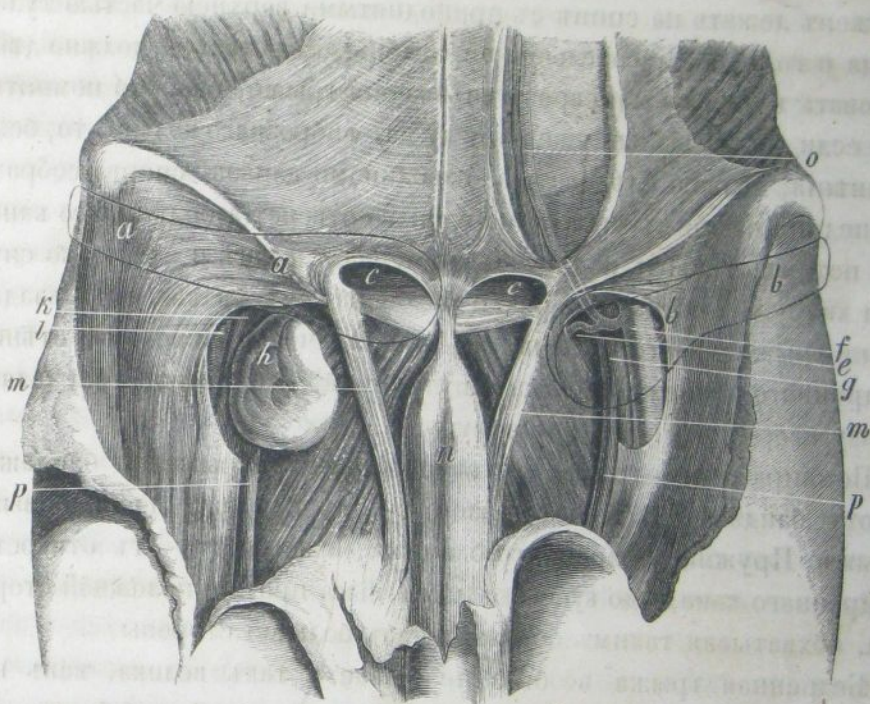
Бедренная грыжа вообще не бываетъ такъ велика, какъ паховая и ее легче удержать; а потому сила пружины бедреннаго бандажа можетъ быть нѣсколько слабѣе, нежели въ бандажѣ паховомъ. Шейка бандажа должна быть нѣсколько короче, нежели въ паховомъ бандажѣ (см. фиг. 36, 37, 38 и 39); ибо отверстіе бедреннаго канала лежитъ болѣе кнаружи, нежели наружное отверстіе паховаго канала. Бедренный бандажъ долженъ лежать на тѣлѣ нѣсколько ниже и почти параллельно паховой складкѣ (см. фиг. 35). Щитокъ этого бандажа долженъ имѣть въ длину пять сантиметровъ (менѣе двухъ дюймовъ) и въ ширину около трехъ сантиметровъ, дабы онъ не мѣшавъ сгибу бедра. Задняя поверх-

ность пелота должна быть обращена нѣсколько болѣе кверху, нежели въ паховомъ бандажѣ.

Этотъ бандажъ накладывается на бедренное отверстіе съ тѣми же предосторожностями, какъ и паховой бандажъ на паховое отверстіе.

Такъ какъ при сгибаніи бедра бандажъ постоянно отпихивается вверхъ, то необходимо удерживать его подбедренникомъ. Здѣсь подбедренникъ гораздо нужнѣе, нежели въ паховомъ бандажѣ.

Фиг. 55.

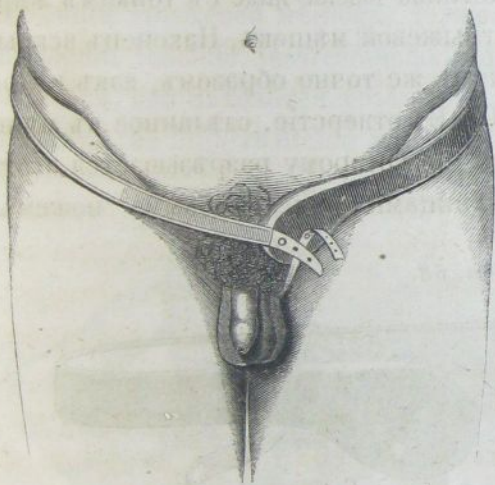


Фиг. 55 представляет мѣсто, гдѣ должны лежать на тѣлѣ наложенные бандажи, паховой и бедренный; линіями показаны мѣста, гдѣ пелоты этихъ бандажей должны находиться на тѣлѣ больного. Части: нижняя живота и верхнія бедра представлены нарочно обнаженными, дабы яснѣе можно было видѣть мѣсто приложенія бандажей. — *a, a.* Показываетъ мѣсто бандажа паховаго. — *b, b.* Мѣсто бандажа бедреннаго. — *c, c.* Наружныя отверстія паховыхъ каналовъ, чрезъ которыя выходятъ паховыя грыжи. — *e.* Бедренный каналъ лѣвой стороны. — *f.* Бедренная артерія лѣвой стороны. — *g.* Бедренная вена лѣвой стороны. — *h.* Бедренная грыжа, вышедшая на правой сторонѣ. — *k.* Бедренная артерія правой стороны. — *l.* Бедренная вена правой стороны. — *m, m.* Funiculi spermatici. — *n.* Penis. — *o.* Vasa epigastrica лѣвой стороны.

Когда образуются бедренныя грыжи подлѣ бедреннаго отверстія, тогда необходимо измѣнять бандажъ сообразно обстоятельствамъ.

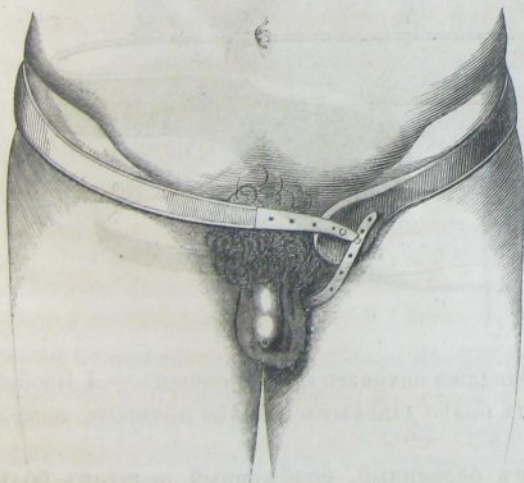
Но какой бы бандажъ ни былъ и какъ бы его методически ни употребляли, такъ какъ здѣсь нельзя и не слѣдуетъ приближать одной стѣнки бедреннаго канала къ другой, то употребленіе бандажа очень рѣдко производить радикальное исцѣленіе.

Фиг. 36.



Фиг. 36 показываетъ наложенный паховой бандажъ.

Фиг. 37.



Фиг. 37 изображаетъ наложенный бедренный бандажъ.

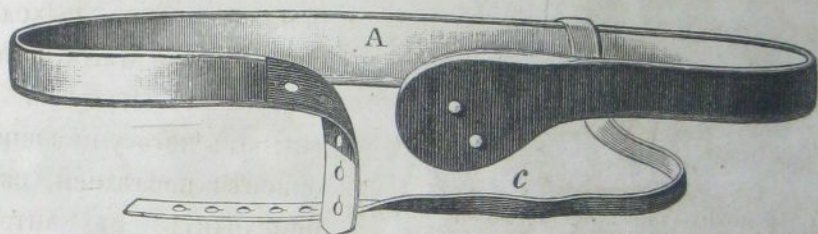
Когда бедренная грыжа ущемлена и не вправляется, то ничего болѣе не остается, какъ произвести операцію для уничтоженія ущемленія — операцію бедреннаго грыжесъченія (*herniotomia cruralis*). Отверстіе, чрезъ которое бедренная грыжа выходитъ, гораздо уже того, которое выпускаетъ паховыя грыжи; отъ чего ущемленіе ея опаснѣе послѣдней, скорѣе переходитъ въ антоновъ огонь и чаще требуетъ грыжесъченія. А. Куперъ описываетъ случаи, изъ которыхъ въ одномъ по истеченіи двадцати часовъ, и другіе два, въ которыхъ по прошествіи сорока часовъ, послѣдовалъ антоновъ огонь.

Моменты операціи. —

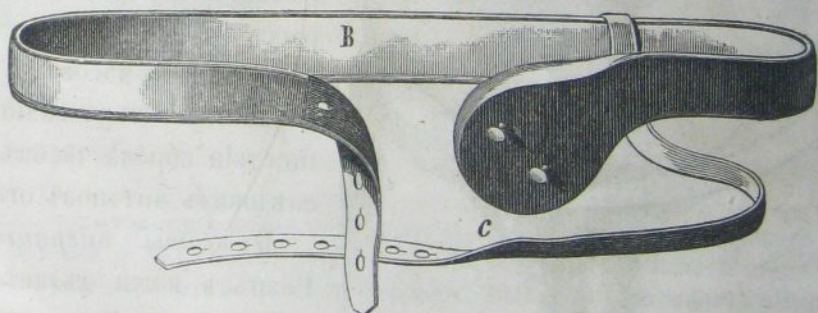
Разрѣзъ кожи дѣлается по направленію большаго діаметра опухоли, сверху внизъ; но его лучше начинать на дюймъ выше бедреннаго кольца и оканчивать у основанія опухоли.

Разрѣзъ этотъ производится помощію выпуклаго бистурея. Нѣкоторые при большихъ опухоляхъ совѣтуютъ дѣлать этотъ наружный разрѣзъ въ видѣ буквы Т, или обращенной внизъ той же самой буквы J. Дюпюитренъ въ этихъ же случаяхъ дѣлалъ наружный разрѣзъ крестообразнымъ. По разрѣзѣ кожи, представляется поверхностное сухожильное растяжение (*fascia superficialis*), которое вмѣстѣ съ паховыми желѣзами вскрывается поттовымъ бистуреемъ по жолобоватому зонду. Послѣ этого вскрывается, также по жолобоватому зонду, наружная пластинка *fasciae latae* съ тонкимъ жирнымъ слоемъ, покрывающимъ грыжевой мѣшокъ. Наконецъ вскрывается грыжевой мѣшокъ такимъ же точно образомъ, какъ и при паховыхъ грыжахъ (см. фиг. 30). Въ отверстіе, сдѣланное въ мѣшкѣ, вводится жолобоватой зондъ, по которому разрѣзывается этотъ мѣшокъ вверхъ и внизъ, ножницами или поттовымъ ножемъ.

Фиг. 38.



Фиг. 39.



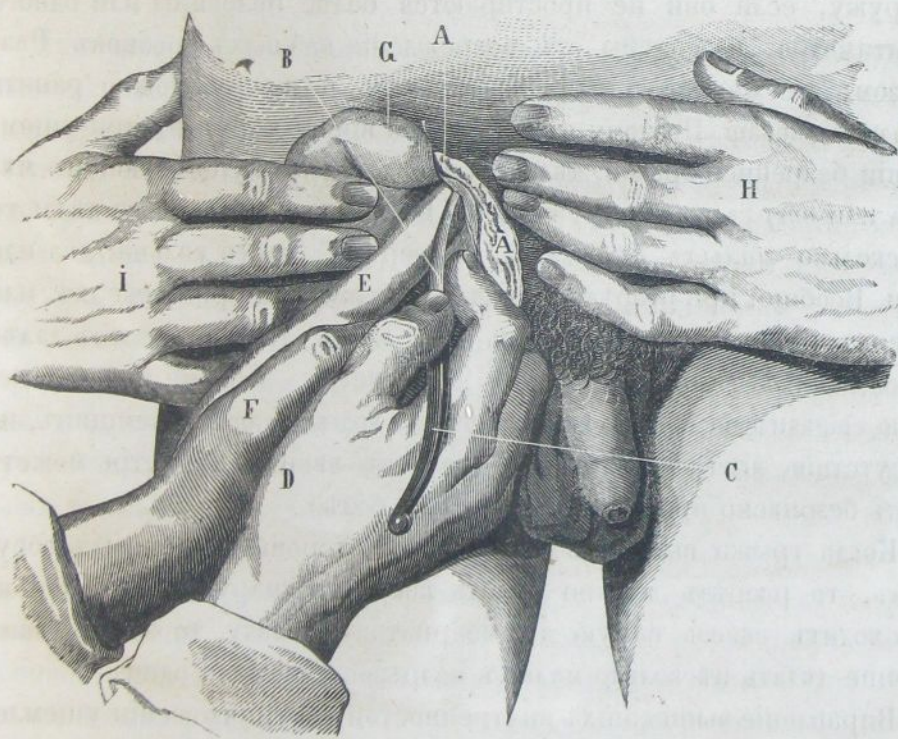
Фиг. 38 показываетъ сравненіе бандажа паховаго съ бедреннымъ. — А. Изображаетъ паховой бандажъ съ пелотомъ болѣе длиннымъ и болѣе прямымъ, нежели въ бедренномъ бандажѣ.

Фиг. 39. В. Показываетъ бандажъ бедренный, снабженный пелотомъ болѣе округленнымъ, болѣе короткимъ и болѣе направленнымъ книзу, нежели пелотъ въ паховомъ бандажѣ. — С, С. Представляютъ подбедренники бандажей. — Оба эти бандажа, для ясности, представлены вмѣстѣ.

Вскрытіе грыжеваго мѣшка дѣлается съ большою осторожностію; ибо въ немъ обыкновенно содержится очень мало серозной жидкости и находится большею частью кишка безъ сальника.

Если бедренная грыжа еще мала и несовершенно образовалась (*hernia femoralis incompleta*), то она обыкновенно остается въ бедренномъ каналѣ и покрывается *fascia lata*, которая образуетъ довольно крѣпкій слой надъ грыжевымъ мѣшкомъ; поэтому, при такой грыжѣ должно вскрывать, послѣ кожи и *fasciae superficialis*, *fasciam latam*, а потомъ *fasciam propriam herniae cruralis* и грыжевой мѣшокъ. Вскрывши грыжевой мѣшокъ, должно приступить къ уничтоженію ущемленія (*abolitio incarcerationis*). Для этого прежде всего должно убѣдиться, гдѣ находится ущемленіе, обнажить это мѣсто и ничего не рѣзать, не опредѣливши напередъ хорошо, чѣмъ рѣжешь.

Фиг. 40.



Фиг. 40. Бедренное грыжесѣченіе на правой сторонѣ. — *A, A'*. Покровы грыжи, разрѣзанные и оттянутые рукою, *H*, помощника въ сторону. — *G*. Кишки, вышедшія въ грыжу и также оттянутыя другою рукою, *I*, помощника въ сторону. — Острая сторона *B* поттова ножа *C*, введенная по пальцу въ ущемляющее мѣсто, направлена вверхъ и внутрь для удаленія ущемленія. — *F*. Лѣвая рука хирурга, которой указательный палецъ *E* служитъ проводникомъ для поттова ножа. — *D*. Правая рука хирурга, которою онъ держитъ ножъ.

Если ущемление произошло въ отверстіи бедреннаго сухожилія, въ такъ называемомъ *annulus femoralis externus*, тогда проводится лѣвый указательный палецъ или жолобоватый зондъ подъ верхній край этого отверстія, отъ котораго нужно удалить, по возможности, выпадшія внутренности, и потомъ разрѣзывается ущемляющее мѣсто поттовымъ ножомъ *кверху и внутрь* (см. фиг. 40). Разрѣзъ этотъ можетъ быть дѣлаемъ на три или четыре линіи. Поступая такимъ образомъ, нѣтъ опасности повредить какой нибудь значительный сосудъ.

Шарпъ, Дюпюитренъ и Сансонъ дѣлали разрѣзъ ущемляющаго мѣста прямо вверхъ и наружу, Вельпо совѣтуетъ дѣлать этотъ разрѣзъ вверхъ. Демо въ последнее время доказалъ своими анатомическими изысканіями, что разрѣзы, сдѣланные въ верхней половинѣ отверстія во всѣхъ направленіяхъ, т. е. вверхъ, внутрь или наружу, если они не простираются болѣе половины или одного сантиметра, безопасны отъ поврежденія важныхъ органовъ. Разрѣзомъ же направленнымъ въ нижнюю половину можно ранить *vena paphnata*. Поэтому въ настоящее время хирурги, при ущемленіи бедренной грыжи, дѣлаютъ одинъ разрѣзъ ущемляющаго мѣста или *вверхъ и внутрь*, какъ мы выше сказали, или же дѣлаютъ нѣсколько *малыхъ надрѣзовъ* въ верхней части кольца: два или три. Вообще, при разрѣзѣ вверхъ и наружу, или прямо вверхъ, или вверхъ и внутрь, не слѣдуетъ продолжать этихъ разрѣзовъ далѣе нѣсколькихъ линій или одного сантиметра, дабы не ранить *arteriam epigastricam inferiorem* или *arteriam spermaticam*. У женщинъ, по отсутствію *arteriae spermaticae*, разрѣзъ вверхъ и внутрь можетъ быть безопасно продолженъ нѣсколько болѣе.

Когда грыжа выходитъ съ наружной стороны бедренныхъ сосудовъ, то разрѣзъ должно дѣлать кверху и кнаружи. Если грыжа проходитъ сквозь самую джимбернатову связку, то здѣсь также лучше дѣлать нѣсколько малыхъ надрѣзовъ, нежели одинъ.

Вправленіе вышедшихъ внутренностей, по уничтоженіи ущемленія, производится по правиламъ вправленія вышедшихъ внутренностей, изложеннымъ при паховыхъ и другихъ грыжахъ, т. е. нужно ихъ вводить по направленію канала и сперва тѣ изъ нихъ, которыя ближе лежатъ къ кольцу. Вправленіе внутренностей не мало иногда облегчается тѣмъ, если согнутое колено больнаго будетъ обращено внутрь.

Перевязка и лечение послѣ операциі тѣ же самыя, какія употребляются послѣ операциі при паховой грыжѣ.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

ПУПОЧНЫЯ ГРЫЖИ (HERNIAE UMBILICALES).

Пупочною грыжею (*hernia umbilicalis*, *exomphalos*, *omphalocele*) называется то состояніе, когда внутренности выходятъ чрезъ пупочное кольцо (*annulus umbilicalis*) или гдѣ либо въ его сосѣдствѣ. Пупочныхъ грыжъ существуютъ три вида: 1) *врожденная пупочная грыжа* (*exomphalos congenitus*, *hernia umbilicalis congenita*), если дитя родится съ грыжею; 2) *дѣтская пупочная грыжа* (*exomphalocele infantilis*), если грыжа образуется у дитяти послѣ рожденія его на свѣтъ и послѣ отдѣленія пуповины; 3) *пупочная грыжа у взрослыхъ* (*hernia umbilicalis adultorum*), когда грыжа образуется уже у взрослого человѣка. Эти три вида грыжъ различаются между собою во многихъ отношеніяхъ; поэтому мы и рассмотримъ каждый изъ нихъ отдѣльно.

I. Врожденная пупочная грыжа. — Грыжа эта можетъ начаться во всякомъ періодѣ беременности: ее замѣчали въ незрѣломъ младенцѣ, равно какъ и въ совершенно созрѣвшемъ. Внутренности здѣсь выходятъ изъ живота чрезъ пупочное кольцо. Эта грыжа только у основанія своего покрыта бываетъ кожею живота; остальная же ея поверхность своимъ покровомъ имѣетъ оболочки пуповины. Внѣшняя поверхность этой грыжи, гладкая, составляется наружною оболочкою пуповины. Подъ этою оболочкою находится тонкій студенистый слой, *gelatina Wartoni*. Третій слой составляетъ грыжевой мѣшокъ, образуемый растяженіемъ брюшины. По наружной поверхности грыжеваго мѣшка проходятъ три пупоч-

ныхъ сосуда (двѣ артеріи и вена). Эти сосуды иногда образуютъ на поверхности грыжевой опухоли три продолговатая выпуклости. На вершинѣ опухоли сосуды эти сходятся вмѣстѣ и продолжаются внѣ расширенной части пуповины.

Во врожденной грыжѣ рѣдко встрѣчается сальникъ; но почти всегда находятся только тонкія кишки. Иногда въ эту грыжу выходитъ нѣкоторая часть печени и, въ случаяхъ очень исключительныхъ, въ большихъ опухоляхъ встрѣчали селезенку и желудокъ.

Фиг. 41.



Фиг. 41 показываетъ анатомическое положеніе частей во врожденной грыжѣ. Опухоль здѣсь спереди и сверху разрѣзана. — *a, b, c.* Кожа, покрывающая опухоль у основанія. — *f.* Оболочка пуповины, одѣвающая опухоль спереди и сверху. — *g.* Грыжевой мѣшокъ, образуемый брюшиною. — *h.* Часть печени, вышедшей въ грыжу — *d.* Пуповина, состоящая изъ двухъ артерій и вены и общей оболочки, ихъ одѣвающей (изъ Скарпы).

Присутствіе печени даетъ опухоли бурый цвѣтъ и тупой звукъ при перкуссіи.

Пупочное кольцо обыкновенно бываетъ расширено, бѣлая линія (linea alba) растянута, а прямые мышцы живота болѣе или менѣе раздвинуты. При большихъ опухляхъ, брюшина не покрываетъ вышедшихъ внутренностей и поэтому такія грыжи бываютъ безъ грыжеваго мѣшка. Врожденная пупочная грыжа представляетъ опухоль на мѣстѣ пупка, которая у своего основанія непрозрачна, но въ остальныхъ мѣстахъ болѣе или менѣе просвѣчиваетъ, такъ что иногда можно отличить вышедшія внутренности; сверху опухоли начинается пуповина. Величина опухоли бываетъ съ орѣхъ, яйцо, а иногда гораздо больше.

Эта грыжа не есть болѣзнь очень рѣдкая. Причиною ея полагаютъ медленное и несовершенное образованіе брюшныхъ мышцъ, и можетъ быть въ совокупности съ большимъ противъ натуральной величины развитіемъ брюшныхъ внутренностей, особенно печени.

Дѣти, родившіяся съ пупочною грыжею, большею частію живутъ недолго и поэтому предсказаніе при такихъ грыжахъ неблагоприятно. Вышедшія брюшныя внутренности, покрытыя на большемъ своемъ пространствѣ растянutoю пуповиною, чрезъ нѣсколько дней обнажаются: брюшина, ихъ покрывающая, омертвѣваетъ и настаетъ смертельное воспаленіе ея. Это замѣчаніе объ опасности такихъ грыжъ относится къ грыжамъ довольно большимъ, не вправляемымъ, или къ тѣмъ, въ которыхъ внутренности приросли къ пупочному кольцу; но если грыжа пупочная невелика, образуется только незначительною частію кишки и была узнана и вправлена, то она нерѣдко излечивается, даже радикально.

При леченіи надобно отличать слѣдующіе три случая:

1) Если грыжа очень мала и заключаетъ въ себѣ только небольшую часть кишки у основанія пуповины, то ее нужно вправить; потомъ пуповину перевязать, а по отпаденіи пуповины употреблять повязку, состоящую изъ конического компресса и подушечки, удерживаемыхъ на пупкѣ помощью бинта, идущаго вокругъ всего туловища. Эту повязку должно совѣтовать носить нѣсколько недѣль и по минованіи грыжи.

2) Если грыжевая опухоль велика и заключаетъ въ себѣ значительную или большую часть внутренностей живота, то смерть почти неизбежна; однакожъ есть случаи, гдѣ и при такихъ неблагоприятныхъ обстоятельствахъ дѣти выздоравливали. Здѣсь нужно стараться произвести вправленіе внутренностей въ полость живота и удержать ихъ тамъ помощью повязки, состоящей изъ компресса и бинта. Иногда въ одинъ разъ нельзя вправить всѣхъ вышедшихъ внутренностей: въ такомъ случаѣ операцію вправленія слѣдуетъ повторить на другой и на третій день.

3) Когда грыжа средней величины, то должно сперва стараться вправить ее и потомъ употреблять прежнюю повязку. Когда внутренности обнажены отдѣленіемъ пуповины, то слѣдуетъ защитить ихъ отъ прикосновенія воздуха. Для этого, по возможности, края кожи слѣдуетъ сшить кровавымъ швомъ съ булавками, подобно тому, какъ сшиваются края раны при операціи заячьей губы.

Случается, что врожденная пупочная грыжа разрывается во время родовъ; здѣсь должно, вправивъ внутренности, наложить шовъ, какъ сейчасъ было упомянуто.

II. Дѣтская пупочная грыжа.—Она, какъ сказано, образуется по рожденіи дитяти и послѣ отдѣленія пуповины и чаще всего встрѣчается въ первые три или четыре мѣсяца по рожденіи младенца на свѣтъ, т. е. въ тотъ періодъ жизни, когда пупочный рубецъ еще образуется и укрѣпляется.

По мнѣнію Купера, слѣдующія обстоятельства способствуютъ происхожденію этой грыжи: 1) несовершенное зарощеніе пупка, 2) неприращеніе пупочныхъ сосудовъ къ рубцу и краямъ пупочнаго кольца и 3) слабость кожи, образующей пупочный рубецъ. Если при этихъ условіяхъ не будетъ сдѣлано надлежащаго давленія на пупокъ по отдѣленіи пуповины, то частый крикъ дитяти и его судороги, возбуждаемые коликами, легко могутъ способствовать выходу внутренностей чрезъ пупокъ.

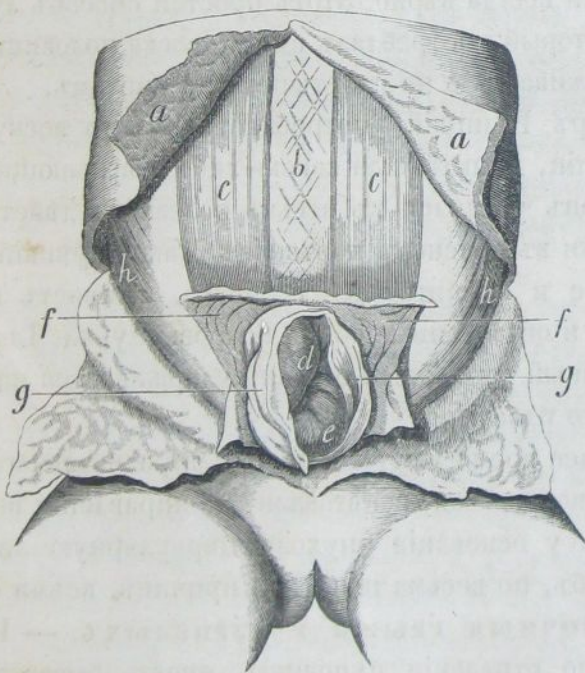
Анатомическій характеръ грыжи. — Если проникать снаружи внутрь, то представляются слѣдующія части: кожа, которая бываетъ тонка и на вершинѣ представляетъ часто бѣловатый рубецъ, какъ слѣдъ отпаденія пуповины; второй слой есть клѣтчатый или тонкій клѣтчато-фиброзный; за нимъ глубже лежитъ внутренняя очень тонкая оболочка, образующаяся отъ растяженія брюшины и

составляющая грыжевой мѣшокъ. Обыкновенно здѣсь выходятъ тонкія кишки, и только иногда встрѣчали сальникъ и поперечную ободочную кишку (*colon transversum*).

Грыжа эта представляетъ опухоль круглую, продолговатую или цилиндрическую, довольно мягкую; въ срединѣ опухоли у основанія можно ощупать кольцо, пропустившее внутренности. На вершинѣ опухоли можно замѣтить бѣловатый рубецъ. Величиною опухоль обыкновенно бываетъ съ грецкій орѣхъ, иногда и больше, и отъ крика дитяти можетъ увеличиваться. Рѣдко эти опухоли причиняютъ сильную боль.

Вообще узнать эту грыжу у дитяти легко; надобно быть очень невнимательнымъ, чтобы принять эту болѣзнь за какую нибудь другую. Обыкновенно дѣти выздоравливаютъ отъ этой грыжи при употребленіи приличной для этого случая повязки. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ, пупочная грыжа у дѣтей, если она невелика,

Фиг. 42.



Фиг. 42. Дѣтская пупочная грыжа, образовавшаяся по рожденіи дитяти на свѣтъ. — *a, a*. Кожа и жирный слой. — *b*. Linea alba. — *c, c*. Прямая брюшная мышца. — *h, h*. *Mm. obliqui abdominis externi*. — *f, f*. Тонкій клетчато-фиброзный слой, составляющій въ этой грыжѣ второй ея покровъ послѣ кожи. — *g, g*. Грыжевой мѣшокъ, образуемый брюшиною, вдоль разрѣзанный, дабы можно было видѣть вышедшія въ грыжу кишки *d, e* (изъ Скарпы).

уничтожается и сама. Иногда къ этой грыжѣ присоединяются слѣдующія complicаціи: сращеніе внутренностей между собою или съ грыжевымъ мѣшкомъ, въ слѣдствіе мѣстнаго воспаленія брюшины, которое иногда можетъ пройти незамѣченнымъ и котораго причина не всегда извѣстна. Эти complicаціи дѣлають уже предсказаніе серьезнымъ.

Леченіе. — Произвольное исцѣленіе есть лишь рѣдкое исключеніе и поэтому рассчитывать на него не слѣдуетъ. Вообще должно вправить вышедшія внутренности и стараться прижатіемъ произвести сокращеніе мѣшка и кольца.

Вправление производится легко и дѣлается по общимъ правиламъ. Вправивши внутренности, накладываютъ на отверстіе пупка шарикъ изъ воска, нѣсколько сплюснутый; этотъ шарикъ удерживается ленточками липкаго пластыря, обводимыми вокругъ тѣла дитяти. Такая повязка имѣетъ ту выгоду, что не сдвигается; чрезъ нѣсколько дней ее слѣдуетъ перемѣнять. Леченіе этимъ способомъ почти всегда вѣрно. Этотъ простой способъ лучше способа Рихтера, который употреблялъ вмѣсто воска половинку мускатнаго орѣха, удерживаемую не пластыремъ, а бинтомъ.

Профессоръ Рклицкій употребляетъ вмѣсто воску шарикъ изъ мелкой корпии, напитанный какою-либо стягивающею жидкостію, или, какъ онъ убѣдился въ весьма полезномъ дѣйствіи, отваромъ хинной корки въ красномъ портвейнѣ. Такой крѣпкій отваръ, имѣя стягивающее и крѣпительное свойство, сжимаетъ и укрѣпляетъ растянутые и ослабленные общіе покровы пупка. Такимъ образомъ приготовленный корпейный шарикъ удерживается на тѣлѣ ленточками липкаго пластыря.

Въ прежнее время Поттъ и Десо, для радикальнаго леченія дѣтской пупочной грыжи, совѣтовали, по вправленіи внутренностей, накладывать у основанія опухоли циркулярную лигатуру. Нынѣ этотъ способъ, по весьма понятной причинѣ, всеми оставленъ.

III. Пупочныя грыжи у взрослыхъ. — Рубецъ, образующійся по отпаденіи пуповины, иногда бываетъ слабъ и довольно обширенъ, и остается въ этомъ состояніи даже у взрослого человѣка: у такихъ-то людей образуется иногда пупочная грыжа.

Наслѣдственность этой болѣзни была неоднократно замѣчаема, въ особенности въ женскомъ полѣ. Есть случаи, гдѣ отъ матери,

имѣвшей пупочную грыжу, рождаются дочери и внуки съ тою же болѣзнию. Этиологія впрочемъ здѣсь не представляетъ ничего особеннаго отъ сказаннаго нами объ этомъ предметѣ въ общемъ обзорѣннй грыжъ. Болѣзнь эту иногда наблюдали, какъ слѣдствіе прободенія живота, *paracentesis* (С. Куперъ). Замѣтимъ еще, что беременность особенно, кажется, располагаетъ къ происхожденію этой болѣзни; поэтому-то грыжа у взрослыхъ гораздо чаще бываетъ у женщинъ, нежели у мужчинъ. Грыжевая опухоль, однажды образовавшись, дѣлается больше съ каждою беременностію. Водянка живота также способствуетъ развитію этой болѣзни.

Анатомическое состояніе грыжи.—Въ отношеніи мѣста выхода грыжи, нужно знать, что она выходитъ здѣсь или черезъ самое пупочное кольцо, или по сосѣдству его въ разъединенномъ мѣстѣ тканей. Жерди называетъ перваго рода грыжу *hernia umbilicalis*, а втораго *hernia adumbilicalis*. Прежде полагали, что большая часть пупочныхъ грыжъ у взрослыхъ суть *herniae adumbilicales*; но нынѣ точными анатомическими изслѣдованіями дознано, что самое обыкновенное мѣсто выходенія пупочной грыжи у взрослыхъ — есть пупочное отверстіе, и только въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчается *hernia adumbilicalis*, образуемая въ окружности пупочнаго кольца отъ разъединенія сосѣднихъ фиброзныхъ волоконъ.

Отверстіе, пропускающее *herniam umbilicalem* и *herniam adumbilicalem*, въ началѣ бываетъ овальное, а потомъ вскорѣ дѣлается круглымъ. Прежде отрицали существованіе грыжеваго мѣшка въ этой грыжѣ; но нынѣ несомнѣнно дознано, что грыжевой мѣшокъ здѣсь почти всегда существуетъ и образуется, подобно какъ и въ другихъ грыжахъ, брюшиною. Правда, онъ иногда бываетъ чрезвычайно растянутъ и тонокъ; въ небольшихъ грыжахъ можно, при внимательномъ разсѣченіи, замѣтить *fasciam transversalem* и *fasciam superficialem*. Снаружи этихъ оболочекъ лежитъ кожа, обыкновенно истонченная. Грыжевой мѣшокъ иногда покрытъ еще бываетъ большимъ или меньшимъ количествомъ жира, въ особенности подлѣ пупковаго отверстія. Грыжевой мѣшокъ очень рѣдко содержитъ въ себѣ серозную жидкость и поэтому почти всегда бываетъ въ непосредственномъ соприкосновеніи съ внутренностями. Вельпо описываетъ два случая, гдѣ, при ущемленной грыжѣ, въ

мѣшкѣ ея найдено было по нѣскольку унцій красноватой серозной жидкости.

Почти всѣ удобоподвижные органы живота были находимы въ пупочной грыжѣ взрослыхъ. Чаше всего въ эту грыжу выходятъ тонкія кишки, ободочная кишка и сальникъ. Прежде думали, что сальникъ составляетъ неизбѣжную принадлежность этой грыжи, однакожъ это несправедливо: часто у очень молодыхъ людей грыжа эта образуется только кишками. Иногда въ первое время существованія этой грыжи сальникъ не выходитъ, а потомъ уже его здѣсь замѣчаютъ. Въ большихъ пупочныхъ грыжахъ находятъ иногда печень, желудокъ и даже часть двѣнадцатиперстной кишки. Въ старыхъ грыжахъ, части вышедшія въ грыжу нерѣдко прирастаютъ другъ къ другу, или къ грыжевому мѣшку, и преимущественно къ его основанію. Такъ какъ въ этихъ грыжахъ отверстіе, пропустившее грыжу, большею частию бываетъ очень мало въ сравненіи съ опухlostію, то въ вышедшихъ кишкахъ иногда находятъ различныя постороннія тѣла. Скарпа однажды нашелъ въ кишкахъ такой грыжи нѣсколько глистовъ (*ascaris lumbricoides*); въ другихъ случаяхъ находили тутъ косточки отъ вишенъ и сливъ; Буамортъ нашелъ однажды цѣлый ячменный колосъ.

Принадки. — Величина опухоли, образуемая этою грыжею, можетъ быть отъ мѣснаго орѣха до величины головы взрослого чело-вѣка и даже болѣе. Иногда эти грыжи опускались до лобка и даже ниже. Чѣмъ больше опухоль, тѣмъ она ниже опускается. Шейка мѣшка только въ малыхъ опухоляхъ находится позади опухоли; въ большихъ же она лежитъ вверху.

Форма опухоли бываетъ круглая, но иногда круглая прижатая, иногда грушевидная. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ опухоль эта бываетъ съ продольными двумя, тремя и болѣе вдавленіями и представляетъ подобіе дыни; такая форма зависитъ отъ нерастяжимости фиброзныхъ шнурковъ, оставшихся по зарощеніи пупочныхъ сосудовъ. У людей худощавыхъ и если грыжа невелика, она нерѣдко кажется какъ бы сидящею на ножкѣ или на узкомъ основаніи.

Люди, имѣющіе такую грыжу, часто страдаютъ разстройствомъ пищеваренія: запорами, коликами, тошнотою и даже рвотою, и часто жалуются на общую слабость тѣла.

Впрочемъ признаки этой грыжи и припадки, ею производимые, суть общіе другимъ грыжамъ живота, описаннымъ нами въ общемъ разсмотрѣніи грыжъ. Замѣтимъ только, что урчаніе здѣсь при вправленіи гораздо чаще и явственнѣе замѣчается, нежели въ другихъ брюшныхъ грыжахъ; оно бываетъ иногда даже и тогда, когда внутренности невправлены. Иногда въ большихъ грыжахъ, у которыхъ истончены покровы, можно отличить, снаружи опухоли, петли кишекъ отъ сальника.

Грыжа эта можетъ быть вводимою и невводимою. Когда опухоль велика и невводимая, то можетъ, какъ мы выше замѣтили, опускаться до лобка; въ такомъ случаѣ кожа сильно бываетъ истончена и иногда изъязвляется и больной испытываетъ большое разстройство въ пищеварительныхъ органахъ, особенно въ сырое время. Бойе говоритъ объ одной женщинѣ, имѣвшей пупочную грыжу величиною въ голову взрослого человѣка: грыжа эта была покрыта столь тонкою кожею, что можно было отличить различныя петли кишекъ; у этой женщины опухоль, при поднятіи тяжести, лопнула на пространствѣ шести или восьми линій; чрезъ отверстіе вышла часть кишекъ и больная скоро умерла.

Во время беременности часто такія грыжи сильно увеличиваются въ объемѣ и чрезъ то усиливаютъ страданія больной, особенно если грыжа невправляемая.

Что касается до отличій грыжи выходящей въ разъединенномъ мѣстѣ волоконъ бѣлой линіи живота, то въ такомъ случаѣ можно руководствоваться замѣчаніемъ Рихтера, который говоритъ: «отверстіе при пупочной грыжѣ бываетъ большею частию круглое, довольно плотное, а при грыжѣ образовавшейся отъ разъединенія волоконъ бѣлой линіи живота — продолговатое, выше или ниже пупка, и не такъ плотное, какъ въ первомъ случаѣ».

Предсказаніе. — Въ пупочныхъ грыжахъ взрослого человѣка нѣтъ склонности пупочнаго кольца къ суженію, — обстоятельство, встрѣчаемое при пупочныхъ грыжахъ у дѣтей. Поэтому пупочная грыжа у взрослыхъ радикально излечивается очень рѣдко. Грыжа, выходящая по сосѣдству пупка чрезъ разъединеніе волоконъ бѣлой линіи, удобнѣе излечивается, нежели грыжа выходящая чрезъ отверстіе самаго пупка.

Пупочная грыжа причиняетъ чловѣку болѣе неудобствъ, нежели грыжа паховая или бедренная. Поэтому она, можно сказать, болѣе опасна, нежели двѣ послѣднія грыжи.

Узкость отверстія, пропускающаго грыжу, причиняетъ большое препятствіе свободному прохождению по кишкамъ пищевымъ веществамъ и газамъ, отъ чего часто случаются у больныхъ запоры, колики, тошнота, расстройство пищеваренія и даже рвота.

Больные, которые при этой грыжѣ не носятъ хорошаго бандажа, чувствуютъ слабость, которая часто мѣшаетъ ихъ занятіямъ, въ особенности если грыжа кишечная.

Компlications. — Кромѣ вышеупомянутыхъ расстройствъ пищеваренія, при пупочной грыжѣ можетъ иногда развиваться сильный запоръ со рвотою, хотя грыжа еще и не ущемлена. Грыжа эта, при большомъ объемѣ, можетъ иногда разорваться. Мы упомянули о такомъ случаѣ, встрѣченномъ Бойе.

Пупочная грыжа способна ущемиться точно также, какъ бедренная и паховая. Ущемленіе можетъ повлечь за собою омертвѣніе. А. Куперъ, болѣе другихъ наблюдавшій это омертвѣніе, говоритъ, что кожа при этомъ дѣлается зеленоватою, потомъ отстаетъ *epidermis*, затѣмъ кожа становится сухою, бурою и безчувственною. Всѣ такіе больные, которыхъ видѣлъ Куперъ, померли.

Причиною ущемленія пупочной грыжи чаще всего бываютъ погрѣшности въ діетѣ. Говорятъ, что ущемленіе чаще случается въ то время года, когда много бываетъ неспѣлыхъ плодовъ.

Ущемленіе здѣсь чрезвычайно рѣдко дѣлается шейкою грыжеваго мѣшка, а обыкновенно отверстіемъ, пропустившимъ грыжу. Иногда оно причиняется сальникомъ, завернувшимся около кишекъ или прободеннымъ кишками. Наконецъ, иногда ущемленіе происходило отъ того, что грыжевой мѣшокъ разрывался и въ такое отверстіе попадала кишка.

Предсказаніе при ущемленіи пупочной грыжи обыкновенно неблагоприятно. Первое потому, что операція почти никогда не удастся, и второе потому, что *anus praeternaturalis* въ пупкѣ почти всегда неизлечимъ.

Леченіе. — Мы здѣсь рассмотримъ сперва тѣ случаи, когда грыжа вводится, потомъ рассмотримъ грыжу невводимую и наконецъ ущемленную.

а) Вводимая грыжа должна быть вправлена и удержана. Для вправленія нужно положить больного на спину съ приподнятыми грудью и тазомъ и съ согнутыми въ колѣнахъ ногами. Такое положеніе нужно для ослабленія стѣнокъ живота и пропустившаго грыжу отверстія. Вышедшія внутренности нужно вправлять снизу вверхъ и спереди назадъ. Въ особенности такъ нужно поступать при вправленіи большихъ грыжъ. Небольшая грыжа легко можетъ быть вправлена пропихиваніемъ внутренностей прямо спереди назадъ. Если грыжа велика, то необходимъ при ея вправленіи помощникъ, который могъ бы прижимать внутренности у основанія опухоли. Здѣсь также, какъ и при вправленіи другихъ грыжъ, вводятся первыми тѣ внутренности, которыя вышли послѣ.

Вправленная грыжа удерживается бандажемъ, который можетъ быть измѣняемъ, смотря по величинѣ грыжи. Лучшій бандажъ для грыжъ небольшого объема есть эластическій, измѣненный Рихтеромъ. Пелоть долженъ имѣть форму овальную или круглую (см. фиг. 14); шейка пелота должна быть прямая, такъ чтобъ пружина бандажа представляла эластическій полукругъ. Куперъ, Бойе и многіе другіе весьма одобряютъ этотъ бандажъ. Когда пупокъ будетъ очень углубленъ, то середина внутренней поверхности пелота дѣлается выпуклою, если подкладывать въ пелоть полусферическій кусокъ слоновой кости (см. пелоть на фиг. 14).

Нѣкоторые очень полные люди трудно переносятъ описанный бандажъ; въ такомъ случаѣ А. Куперъ прибѣгалъ къ слѣдующему средству. Полусферическій пелоть изъ слоновой кости прикладывается на грыжу и удерживается кускомъ липкаго пластыря величиною въ ладонь; на этотъ пластырь накладывается другой кусокъ пластыря, но болѣе обширный, имѣющій пространства около восьми квадратныхъ дюймовъ. Такая повязка хорошо удерживается и переносится больными.

При большой тучности тѣла и очень большой грыжѣ, Бойе съ особенною пользою употреблялъ слѣдующую повязку ¹⁾: дѣлается пелоть или пластинка бандажа довольно обширная, которая могла бы покрывать животъ отъ верхняго края пупка до лонныхъ костей. Ея ширина должна быть пропорціональна объему живота, верхній край пластинки округленный, а въ нижнемъ дѣлается не-

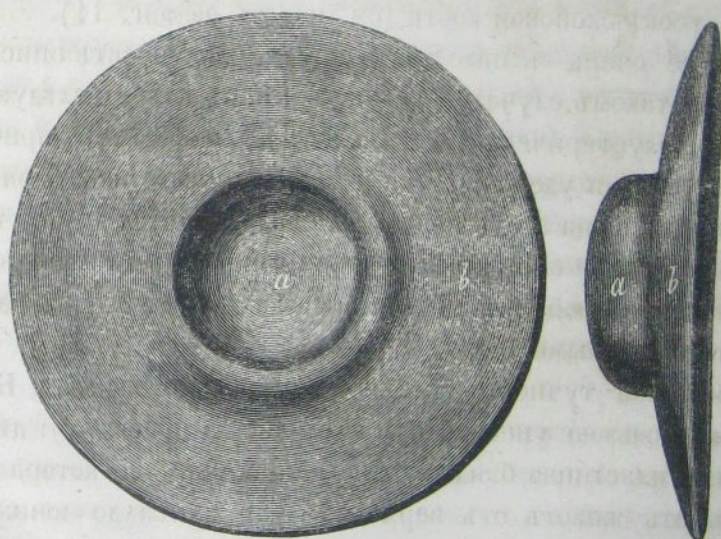
¹⁾ *Traité des maladies chirurgicales*, par Boyer, t. VIII, p. 309.

большая выемка, чтобы пластинка не давила на лонные кости, когда больной сидит. Внутренняя поверхность пластинки, болѣе или менѣе вогнутая, смотря по объему живота, должна быть подложена шерстью и замшею, и имѣть на себѣ полушаровидный кусокъ изъ слоновой кости, также обложенный замшею, который долженъ соответствовать и хорошо закрывать отверстіе пропустившее внутренности. По сторонамъ такой пластинки идетъ эластическій поясъ вокругъ туловища; поясъ этотъ долженъ быть довольно широкій, дабы онъ больному не причинялъ давленія.

б) *Пупочная грыжа неуправляемая* происходитъ отъ того, что случается приращеніе сальника, а иногда и кишекъ, къ грыжевому мѣшку или отъ сращенія этихъ внутренностей между собою. Иногда такое состояніе зависитъ отъ гипертрофіи сальника, или отъ суженія брюшной полости, когда внутренности уже давно оставили свое естественное мѣсто и когда, какъ выражается Ж. Л. Пети, онѣ потеряли свое право на пребываніе въ животѣ. Наконецъ, иногда это обстоятельство зависитъ отъ того, что развилась въ животѣ опухоль значительнаго объема, не позволяющая обратному помѣщенію всѣхъ вышедшихъ внутренностей.

Если грыжа невводимая невелика, то употребляется эластиче-

Фиг. 43.



Фиг. 43. Помѣщенное съ лѣвой стороны изображеніе представляетъ эту повязку спереди. Другая фигура, помѣщенная съ правой стороны, изображаетъ ту же повязку съ боку или въ профиль. — *a, a.* Средняя вогнутая часть повязки. — *b, b.* Края или окружная часть повязки. Эту повязку и объясненіе способа ея употребленія сообщилъ мнѣ лейбъ-медикъ И. В. Енохинъ.

скій бандажъ съ вогнутымъ по формѣ опухоли пелотомъ. Арно разсказываетъ объ одной подобной грыжѣ, удерживавшейся такимъ бандажемъ, отъ чего грыжа чрезъ нѣкоторое время уменьшилась въ объемъ, взошла въ животъ и могла быть потомъ удерживаема бандажемъ съ выпуклымъ пелотомъ ¹⁾).

Въ подобныхъ же небольшихъ грыжахъ очень хорошо дѣйствуетъ повязка употребляемая Квадри, профессоромъ въ Неаполѣ (см. фиг. 43); повязка эта состоитъ изъ кружка *b* съ вогнуто-стію въ центрѣ *a*, равную объему опухоли. Кружокъ дѣлается толщиною въ линію или двѣ, изъ ткани напитанной растворомъ каучука. Описанный кружокъ накладывается на опухоль и удерживается на тѣлѣ помощію платка или фуляра. Квадри, имѣя самъ пупочную грыжу, пользуется во всю почти свою жизнь этою повязкою.

Если вышло много внутренностей, или почти всѣ внутренности живота выходятъ въ грыжу и висятъ надъ лобкомъ, то такого рода опухоли должно поддерживать повязкою въ родѣ *suspensorium*, ко-

торая прикрѣпляется на плечахъ къ корсету, надѣтому на груди. Скарпа представилъ въ своемъ сочиненіи такую повязку, которая впрочемъ есть измѣненіе повязки, придуманной Фабриціемъ Гильданомъ. Повязка Скарпы состоитъ (см. фиг. 44) изъ корсета, сдѣланнаго изъ крѣпкаго полотна; корсетъ этотъ долженъ опускаться не ниже соединенія первыхъ ложныхъ реберъ съ грудною костью. Отъ задней части корсета, т. е. отъ того мѣста, которое соотвѣтствуетъ

Фиг. 44.



¹⁾ *Mémoires de chirurgie*, Paris, 1768, t. II, p. 518.

лопаткамъ, идутъ два широкіе (въ два или три пальца шириною) крѣпкіе бинта, сперва подъ мышки, а потомъ на переднюю часть живота; здѣсь они соединяются пряжкой или петлями съ полотнянымъ мѣшкомъ (*suspensorium*), обнимающимъ грыжевую опухоль. Этотъ мѣшокъ дѣлается также изъ полотна и долженъ плотно обнимать грыжу. Эта повязка, какъ видно, имѣетъ опору на плечахъ и можетъ быть по произволу поднята или опущена; ее можно сдѣлать также изъ замши или другой кожи.

с) *Пупочная грыжа ущемленная*. — При ущемленіи грыжи нужно дѣлать операцію грыжестѣченія, если другія средства не помогли. Форма опухоли должна указать направленіе наружнаго разрѣза. Нужно помнить, что грыжевой мѣшокъ иногда лежитъ здѣсь такъ близко къ кожѣ, что, при неосторожномъ разрѣзѣ, можно его разрѣзать и повредить лежащія въ немъ внутренности. Поэтому разрѣзъ кожи должно дѣлать осторожно. Проникнувъ въ грыжевой мѣшокъ, онъ расширяется здѣсь также, какъ и въ другихъ случаяхъ, поттовымъ ножомъ, при помощи зонда или пальцевъ.

По вскрытіи мѣшка, нужно убѣдиться въ положеніи и взаимномъ соотношеніи вышедшихъ внутренностей; за тѣмъ нужно, попробовать, не войдутъ ли внутренности безъ разрѣза ущемляющаго мѣста, что иногда удается.

Кей и нѣкоторые другіе совѣтуютъ сперва вправить кишки, а потомъ сальникъ. Впрочемъ нѣтъ особенной погрѣшности, если будетъ вправленъ сперва сальникъ, а потомъ кишки.

Когда разрѣзъ ущемляющаго мѣста необходимъ, то совѣтуютъ его дѣлать въ верхней части отверстія, направляя разрѣзъ *сверху и влево*, дабы избѣжать раненія *venaе umbilicalis*.

Вельпо дѣлалъ иногда при этомъ грыжестѣченіи нѣсколько малыхъ разрѣзовъ (*débridement multiple*). Разрѣза не должно дѣлать внизъ, для того чтобы не увеличить расположенія къ выходу грыжи.

Если вышедшая часть сальника гипертрофирована и не вправляется, то не должно дѣлать насильно вправленія, а слѣдуетъ оставить эту часть сальника въ ранѣ, отрѣзавши ея нѣкоторую долю или и безъ этого; при нагноеніи раны, эта выдающаяся часть сальника можетъ быть прижжена.

Когда при операціи окажется, что кишка въ какомъ нибудь мѣстѣ по всей своей окружности помертвѣла, то совѣтуютъ отрѣзать

омертвѣвшую часть ея, сдѣлать invaginationem верхняго конца кишки въ нижній и шовъ. Здѣсь этотъ шовъ кажется болѣе умѣстенъ, нежели при грыжѣ бедренной; ибо здѣсь произведеніе anipraeternaturalis почти никогда не удается.

Наблюденія показываютъ, что операція ущемленной пупочной грыжи очень рѣдко оканчивается благополучно: входитъ воздухъ въ рану и въ полость живота, развивается сильное воспаленіе брюшины, оканчивающееся большею частію неблагополучно. Поэтому Кей, Скарпа и нѣкоторые другіе предложили въ большихъ ущемленныхъ пупочныхъ грыжахъ дѣлать *разрѣзъ ущемляющаго фибрознаго кольца вверхъ безъ вскрытія грыжеваго мѣшка*. Нѣсколько удачныхъ случаевъ было уже замѣчено отъ такой операціи. Но слѣдующія обстоятельства, могущія встрѣтиться въ ущемленной грыжѣ, ведутъ къ той мысли, что удаленіе ущемленія безъ вскрытія мѣшка должно удаваться рѣдко и даже можетъ вести къ опаснымъ послѣдствіямъ. Отъ продолжительнаго ущемленія можетъ развиваться нагноеніе и даже гангрена сальника или кишекъ. Кишка можетъ завернуться около сальника или сама около себя и производить ущемленіе. По этимъ обстоятельствамъ, вышеупомянутое измѣненіе Кея и Скарпы почти никѣмъ теперь не дѣлается въ сказанныхъ случаяхъ.

Присоединяемъ здѣсь практическія замѣчанія П. В. Рклицкаго о вправленіи ущемленной грыжи безъ вскрытія грыжеваго мѣшка, сообщенныя мнѣ самимъ почтеннымъ профессоромъ. Я не дѣлаю — говоритъ онъ — вскрытія грыжеваго мѣшка въ недавно ущемленныхъ и незастарѣлыхъ грыжахъ, гдѣ ущемленные внутренности находятся въ здоровомъ состояніи и подвижны, такъ что, разширивъ сѣуженный каналъ или кольцо надъ грыжевымъ мѣшкомъ, можно легко и безопасно, прижимая этотъ мѣшокъ пальцами обѣихъ рукъ, вправить внутренности въ ихъ полость. При такомъ способѣ, безъ сомнѣнія, операція дѣлается проще и безопаснѣе для больнаго.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

ГРЫЖА БѢЛОЙ ЛИНІИ ЖИВОТА И БРЮШНЫХЪ СТѢНОКЪ (*HERNIA LINEAE ALBAE ET VENTRALIS*).

Этимъ именемъ называются такія грыжи, которыя выходятъ гдѣ нибудь на бѣлой линіи живота, или на боковыхъ частяхъ его.

Такія грыжи происходятъ отъ слѣдующихъ причинъ: 1) отъ природнаго недостатка нѣкоторой части сухожильнаго растяженія, — такой случай Куперъ однажды видѣлъ на бѣлой линіи живота; 2) отъ необыкновенной величины отверстій, служащихъ для прохожденія кровеносныхъ сосудовъ; 3) отъ предшествовавшихъ травматическихъ поврежденій; 4) вслѣдствіе значительнаго ослабленія брюшныхъ стѣнокъ беременностію или водянкою. Наслѣдственность повидимому имѣетъ также замѣтное вліяніе на происхожденіе этихъ грыжъ.

Грыжи эти несравненно рѣже случаются, нежели пупочныя; грыжа на бѣлой линіи обыкновеннѣе грыжи развивающейся на боковыхъ частяхъ живота.

Грыжи эти чаще встрѣчаются у мужчинъ, нежели у женщинъ. Иногда онѣ встрѣчаются съ другими грыжами, напр. съ паховою и бедренною. Видали больныхъ, у которыхъ было по двѣ грыжи бѣлой линіи. А. Куперъ три раза встрѣчалъ грыжу подѣ пупкомъ, вышедшую подѣ наружнаго края *musculi recti abdominis*. Ледранъ встрѣтилъ *epiplocele* въ оболочкѣ прямой брюшной мышцы, съ лѣвой стороны подѣ ложными ребрами.

Составъ брюшной грыжи мало отличается отъ грыжъ пупочныхъ. Ея покровы суть слѣдующіе: а) грыжевой мѣшокъ; б) *fascia transversalis*, которая иногда прободается грыжевымъ мѣшкомъ; в) *fascia superficialis*, болѣе замѣтная при грыжахъ нижней части живота, по бокамъ бѣлой линіи и по сторонамъ брюха, и d) кожа.

Припадки. Объемъ этихъ грыжъ очень различенъ. Ихъ замѣчали очень малыми, съ орѣхъ величиною; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ величиною почти съ голову взрослого человѣка. Есть вѣроятіе, что въ этихъ послѣднихъ случаяхъ, кромѣ кишекъ, сальника, можетъ находиться въ грыжѣ и желудокъ; когда грыжа такъ бываетъ велика, то ей даютъ названіе *eventratio s. eventratio herniosa*.

Форма грыжевой опухоли неодинакова. Часто грыжа, образующаяся на бѣлой линіи живота, представляетъ не круглую, но цилиндрическую продолговатую форму; если грыжа велика, то основаніе ея лежитъ гораздо ниже, нежели шейка. Припадки этихъ грыжъ тѣже почти самыя, какъ и при пупочной грыжѣ. Грыжа эта можетъ быть, подобно прочимъ грыжамъ, ущемленною и приросшею.

Леченіе. — Когда эта грыжа вправляется, то ее нужно вправить и удерживать бандажемъ подобнымъ тому, какой употребляется для грыжъ пупочныхъ; но лучше, кажется, употреблять здѣсь бандажъ не эластическій, нежели эластическій.

Выходъ кишекъ въ большомъ количествѣ изъ живота (*eventratio*), встрѣчаемый въ особенности у женщинъ много раждавшихъ, должно удерживать широкимъ поясомъ или *suspensorio*, въ родѣ того, какой совѣтуетъ Скарпа для большихъ пупочныхъ грыжъ (см. фиг. 44).

Для невправляемой небольшой грыжи нуженъ пупочный бандажъ съ вогнутымъ пелотомъ.

Припадки, по которымъ узнается ущемленіе этого рода грыжъ, не разнятся отъ тѣхъ припадковъ, которые въ такихъ же обстоятельствахъ появляются при пупочной грыжѣ; равнымъ образомъ и средства, нужныя къ преодолѣнію этой complicacii, суть тѣже самыя.

Какъ при пупочной грыжѣ, такъ и здѣсь, по мнѣнію А. Купера, табачный клистиръ оказывается чаще дѣйствительнымъ, нежели при бедренной и паховой грыжахъ. Вправленіе (*taxis*) должно дѣлать вверхъ и внутрь, если грыжа очень мала. Когда, для спасенія больного, нужна операція грыжестѣченія, то она производится такимъ же точно образомъ, какъ и при пупочной грыжѣ. Здѣсь также нужно всегда помнить, что кожа иногда очень близко прилежитъ къ грыжевому мѣшку, и поэтому дѣлать разрѣ-

зы весьма осторожно. Разрѣзъ ущемляющаго мѣста вообще направляется *вверхъ*. Но если грыжа находится на нижней части живота, съ наружной стороны прямой брюшной мышцы, то шейка такой грыжи можетъ находиться близко къ надчревной артеріи (*arteria epigastrica*); поэтому А. Куперъ и совѣтуетъ дѣлать разрѣзъ въ такихъ случаяхъ *наружу и вверхъ*.

При весьма большихъ брюшныхъ ущемленныхъ грыжахъ съ выгодою можно слѣдовать совѣту также А. Купера, который, обнаживши шейку грыжеваго мѣшка, предлагаетъ разрѣзать суженное мѣсто безъ вскрытія самаго мѣшка. Лечение послѣ операціи тоже самое, какъ и послѣ операціи паховаго грыжестѣченія.

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

ГРЫЖА ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТІЯ (*HERNIA FORAMINIS OVALIS S. HERNIA THYREOIDALIS*).

Овальное отверстіе (*foramen obturatorium, s. ovale, s. thyreoidale*) у женщинъ нѣсколько большее, нежели у мужчинъ, сверху составляетъ лонною, а снизу сѣдалищною костью; сверху оно нѣсколько шире, нежели внизу. Направленіе этого отверстія косвенно сверху внизъ и спереди назадъ. Внутренній край его довольно острый и неровный, отъ прикрѣпленія *membranae obturatoriae* и мышцъ ее покрывающихъ; подъ верхнимъ краемъ овальнаго отверстія, составленнымъ горизонтальною вѣтвью лонной кости, находится продолговатая бороздка, соответствующая небольшой выемкѣ *in membrana obturatoria*. Отъ этой бороздки и выемки образуется небольшое *отверстіе* или *каналъ*, чрезъ который проходятъ *arteria obturatoria, vena obturatoria, nervus obturatorius* и соименные лимфатическіе сосуды. Чрезъ этотъ-то каналъ и выходитъ иногда грыжа.

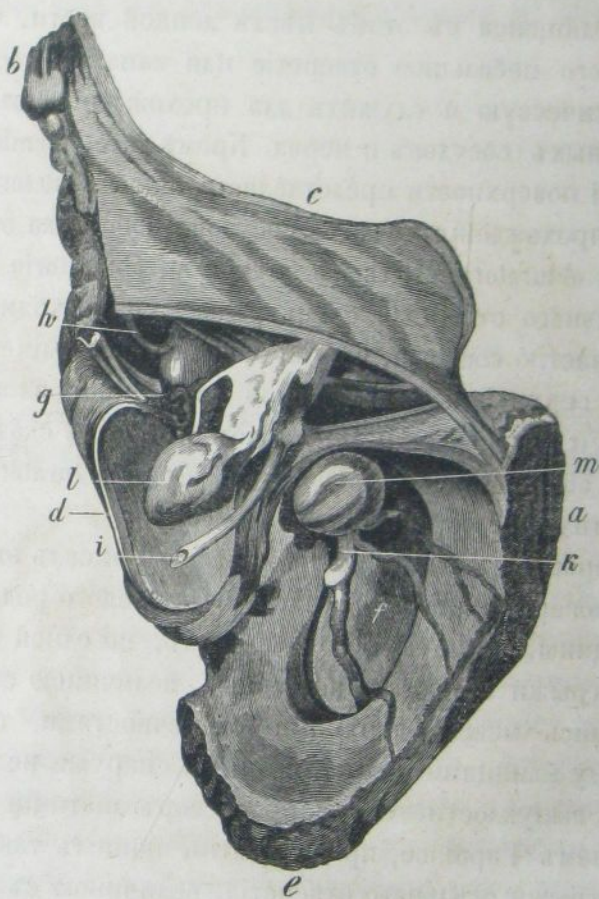
Membrana obturatoria, *membrana obturans foraminis ovalis* s. *thyroidalis*, есть крѣпкая фиброзная оболочка, закрывающая съ каждой стороны таза овальное отверстіе. Она состоитъ изъ двухъ слоевъ: наружный, болѣе крѣпкій, составленный изъ фиброзныхъ волоконъ, различнымъ образомъ перестѣкающихся, изъ которыхъ нѣкоторыя идутъ *ad symphysis ossium pubis* и *ad membranam capsularem femoris*; внутренній слой, болѣе тонкій, состоитъ изъ волоконъ почти поперечныхъ. *Membrana obturatoria*, какъ мы уже замѣтили, прикрѣпляется почти ко всему краю овальнаго отверстія, оставляя въ верхней и внѣшней его части выемку (*hiatus*), соответствующую бороздкѣ, находящейся въ этомъ мѣстѣ лонной кости. Образующееся отъ этого небольшое отверстіе или каналъ имѣетъ форму почти призматическую и служитъ для прохожденія изъ таза вышепоименованныхъ сосудовъ и нерва. Кромѣ того, *membrana obturatoria* по своей поверхности представляетъ еще нѣсколько малыхъ отверстій для прохожденія мелкихъ сосудовъ. Оболочка эта покрыта снаружи *m. obturatorio externo*, а снутри *m. obturatorio interno*.

Грыжа овальнаго отверстія очень рѣдка; она выходитъ черезъ узкій каналъ, частію костный, частію фиброзный и мышечный, находящійся въ верхней части овальной дыры, направленный косвенно впередъ и внутрь, — и черезъ который, какъ сказано, проходятъ *arteria obturatoria*, *vena obturatoria*, *nervus obturatorius* и соименные лимфатическіе сосуды.

Гаранжо первый съ нѣкоторою точностію описалъ эту грыжу; прежде его Дюверней случайно нашелъ двѣ такого рода опухоли у одной женщины, которую онъ вскрывалъ, по одной на каждой сторонѣ: эти грыжи обѣ были кишечныя, величиною съ куриное яйцо, находились между верхними оконечностями трехглавой мышцы (между мышцами приводящими) и снаружи не представляли замѣтной выпуклости. Одинъ профессоръ анатоміи въ Страсбургѣ, по словамъ Гаранжо, при вскрытіи, нашелъ также разъ у мужчины двѣ грыжи овальнаго отверстія, величиною съ голубиное яйцо. Гаранжо наблюдалъ одну изъ такихъ грыжъ, происшедшую у женщины при паденіи на правую ягодицу черезъ 5 дней послѣ родовъ; грыжа въ этомъ случаѣ образовала на верхней внутренней части праваго бедра продолговатую опухоль, представлявшую выпуклость въ два поперечныхъ пальца, начинающуюся на одинъ палецъ отъ наружныхъ дѣтородныхъ органовъ и

нисходившую по протяженію бедра на пять или на шесть дюймовъ. Когда Гаранжо наблюдалъ эту грыжу, она была ущемлена, однако же онъ успѣлъ ее вправить и по вправленіи между двумя передними головками трехглавой мышцы осталась пустота. А. Куперъ описалъ патологическій случай (сохранившійся въ коллекціи госпиталя Св. Томаса), представлявшій мѣшокъ, величиною съ мускатный орѣхъ, впереди овальнаго отверстія. Эта грыжа была у мужчины и случайно открыта при вскрытіи (см. фиг. 45 и 46).

Фиг. 43.

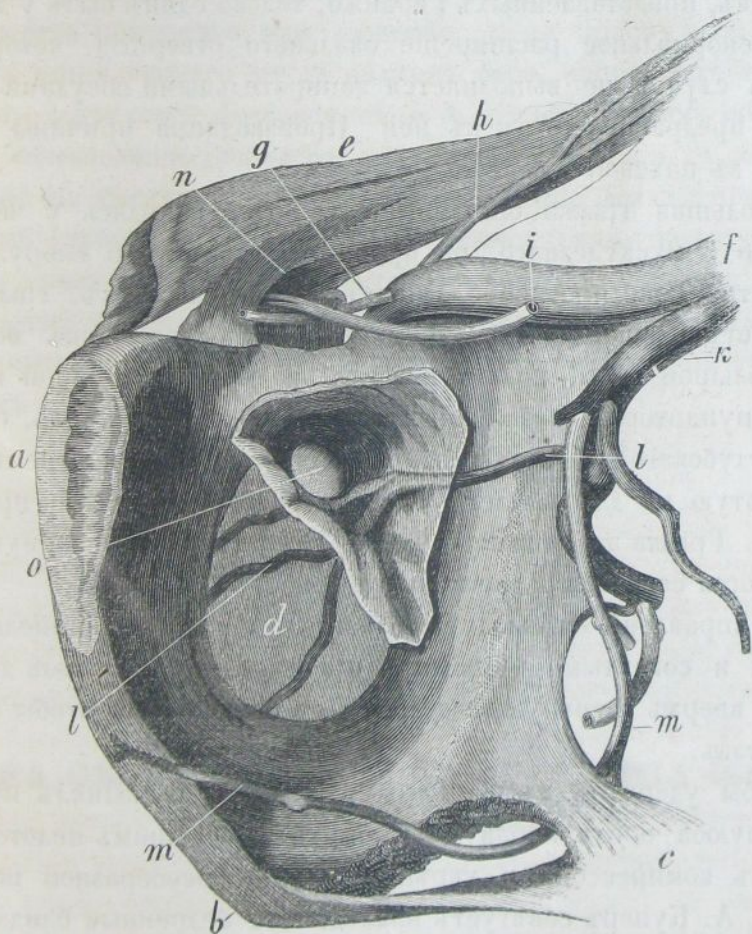


Фиг. 43 изображаетъ грыжу овальной дыры (*hernia foraminis ovalis*), съ передней стороны, найденную А. Куперомъ у мужчины. — *a*. Symphysis ossium pubis. — *b*. Spina ossis ilii. — *c*. Брюшныя мышцы. — *d*. Acetabulum. — *e*. Tuberositas ossis ischii. — *f*. Membrana obturatoria. — *g*. Arteria cruralis. — *h*. Arteria circumflexa ilii. — *i*. Vena spermatica. — *k*. Arteria obturatoria. — *l*. Hernia inguinalis, оттянутая въ сторону. — *m*. Hernia foraminis ovalis s. obturatoria, вышедшая тотчасъ подъ лонною костью.

Наконецъ, грыжа овальнаго отверстія наблюдаема была еще Ип. и Ж. Клоке, Гессельбахомъ, Маршалемъ, Демо и др.

Мѣшокъ грыжи овальнаго отверстія заключается между наружною запирающею мышцею (*m. obturatorius externus*), находящеюся сзади, и мышцами гребешковою (*m. pectineus*) и малою приводящею (*adductor brevis*), которыя его прикрываютъ. Въ наблюдении Демо, мѣшокъ былъ сзади наружной запирающей мышцы; отверстіе, черезъ которое онъ проходилъ и которое окружало его шейку, составлялось вверху костнымъ жолобкомъ, находящимся

Фиг. 46.



Фиг. 46 изображаетъ ту же самую грыжу и на томъ же препаратѣ, съ задней или внутренней стороны. — *a.* Symphysis ossium pubis. — *b.* Tuberositas ossis ischii. — *c.* Ligamentum sacro-spinosum. — *d.* Membrana obturatoria — *e.* Часть брюшныхъ мышцъ. — *f.* Arteria iliaca externa. — *g.* Arteria epigastrica. — *h.* Arteria circumflexa ilii. — *i.* Vena spermatica. — *k.* Arteria iliaca interna. — *l, l.* Arteria obturatoria. — *m, m.* Arteria pudenda interna. — *o.* Отверстіе грыжи овальной дыры.

на нижней части горизонтальной вѣтви лонной кости, а въ трехъ нижнихъ четвертяхъ окружности запираательною связкою (membrana obturatoria) и наружною и внутреннею запирательными мышцами, которыя, составляя въ этомъ мѣстѣ опрокинутый апоневротическій сводъ, дѣлали кольцообразное расположеніе отверстія. Сосуды и нервы подлонные (nervus obturatorius et vasa obturatoria) находятся обыкновенно въ этой грыжѣ съ вѣншей стороны шейки мѣшка; однако же встрѣчали ихъ и съ внутренней его стороны (Вельпо).

Эта грыжа замѣчаема была гораздо чаще у женщинъ: изъ 10 случаевъ, представленныхъ Гаранжо, только одинъ былъ у мужчины. Ненормальное расширение овальнаго отверстія, которое въ такомъ случаѣ не выполняется запирательными сосудами и нервомъ, располагаетъ къ ней. Производящія причины тѣ же, какъ и въ паховой и бедренной грыжахъ.

Небольшая грыжа овальнаго отверстія, находясь у человѣка тучнаго и мускулезнаго, не производитъ замѣтной снаружи выпуклости. При противоположныхъ обстоятельствахъ, грыжа эта образуетъ на верхней внутренней части бедра, близъ мошонки или большой губы, подъ горизонтальною вѣтвью лонной кости и ниже пупартовой связки, опухоль неясно ограниченную, по причинѣ глубокаго ея положенія, округленную, болѣе или менѣе продолговатую по длинѣ члена и представляющую общіе признаки грыжъ. Грыжа эта большею частію содержитъ подвздошную кишку, иногда сальникъ и мочевоу пузырь.

Для вправленія ея, кладутъ больного навзничъ, съ приподнятымъ тазомъ и согнутыми бедрами, и производятъ на опухоль давленіе снизу вверхъ и снаружи внутрь, какъ бы для того, чтобы вогнать ее въ тазъ.

Чтобы удержать такую грыжу, Гаранжо выполнялъ пустоту, оставшуюся послѣ вправленной опухоли, большимъ целотомъ изъ тонкихъ компрессовъ и укрѣплялъ его колосообразной повязкой (spica). А. Куперъ совѣтуетъ накладывать бедренный бандажъ, на концѣ котораго целоть долженъ быть такъ выпуклъ, чтобы могъ производить глубокое давленіе.

Если грыжа не представляетъ значительной выпуклости, то ущемленіе ея очень часто остается неузнаннымъ и принимается за внутреннее ущемленіе.

Благоразумный хирургъ никогда не будетъ слѣдовать Арно, который, имѣя дѣло съ кишечно-сальниковою грыжею овальнаго отверстія, въ которой только сальникъ былъ невправляемъ и которая впрочемъ не сопровождалась никакими болѣзненными явленіями, вскрылъ мѣшокъ и вырѣзалъ выпавшую часть сальника величиною съ орѣхъ. Но если бы ясно было дознано ущемленіе и не уступало выравленію и врачебнымъ средствамъ, то, не смотря на слова Сабатье и Вельпо, надобно немедленно дѣлать операцію, которая одна только можетъ спасти больного.

Наружный разрѣзъ долженъ быть широкій; фибры гребешковой и малой приводящей мышцъ, прикрывающихъ мѣшокъ, должно разрѣзывать поперечно или косвенно, а не просто раздвигать; разрѣзъ ущемляющаго мѣста долженъ быть направленъ внутрь, какъ это совѣтуютъ Дюпюитренъ и А. Куперъ; такимъ образомъ можно обыкновенно избѣжать поврежденія подлонныхъ сосудовъ и нерва. Но бистурей, съ пуговкою на концѣ, должно проводить очень не глубоко и всего лучше по указательному пальцу, потому что мочевой пузырь находится очень близко къ тому мѣсту, на которомъ дѣлается разрѣзъ. Передъ операціей нужно стараться опорожнить мочевой пузырь. Послѣ операціи леченіе почти такое же, какъ и при паховыхъ грыжахъ.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

ГРЫЖА СЪДАЛИЩНОЙ ВЫЕМКИ (HERNIA ISCHIA-TICA, ISCHIOCELE).

Грыжа эта встрѣчается еще рѣже, чѣмъ предыдущая. Она наблюдается была Бертраномъ (по словамъ Вердье) и Камперомъ. А. Куперъ съ большими подробностями описалъ наблюденіе надъ грыжею съдалищной выемки на правой сторонѣ, которое ему было сообщено докторомъ Джонсомъ.

Эта грыжа выходитъ черезъ часть выемки того же имени (*incisura ischiatica magna*), черезъ которую проходитъ большой сѣдалищный нервъ; она проходитъ подъ нижнимъ краемъ грушевидной мышцы (*m. pyriformis*), впереди или лучше сказать съ вѣншей стороны сѣдалищнаго нерва. Грыжевой мѣшокъ ея прикрывается большою ягодичною мышцею (*m. gluteus magnus*); если же грыжа очень увеличивается, то опускается подъ нижній край этой мышцы.

Отверстіе, черезъ которое она проходитъ, составляется: спереди частию выемки подвздошной кости (*incisura ischiatica*), находящеюся выше сѣдалищной ости; сверху нижнимъ краемъ грушевидной мышцы (*m. pyriformis*); снизу сѣдалищною остью (*spina ossis ischii*) и малою сѣдалищно-крестцовой связкою (*ligamentum spinoso-sacrum s. sacro-ischiaticum minus*). Шейка мѣшка окружена частями, которыя нужно при операціи щадить. Въ грыжѣ, которая разсѣчена была Джонсомъ и, по нашему мнѣнію, доселѣ одна только рачительно изучена, шейка мѣшка была сзади сѣдалищнаго нерва и внутренней подвздошной артеріи и вены; запирательная артерія проходила выше, а вена того же имени ниже этой шейки. Это единственное и довольно подробное наблюденіе мы помѣщаемъ здѣсь вполнѣ.

Докторъ Джонсъ приглашенъ былъ къ одному двадцати-семи-лѣтнему мужчинѣ, страдавшему такими припадками, которые весьма подобны были припадкамъ ущемленной грыжи. Больной объявилъ, что онъ и прежде этого имѣлъ уже подобную болѣзнь, отъ которой избавился посредствомъ опія и клещевиннаго масла. По этой причинѣ Джонсъ далъ ему нѣсколько опія, и потомъ, какъ скоро желудокъ, по видимому, успокоился, назначилъ нѣсколько пилюль изъ каломеля и scammonia.

На другой день Джонсъ узналъ, что больной послѣ опія чувствовалъ кратковременное облегченіе; но пилюли извержены были рвотою и испражненія низомъ не послѣдовало. Больной чрезвычайно страдалъ отрыжкою и раздутіемъ живота, противъ чего съ видимою пользою принялъ нѣсколько *spiritus ammoniae comp. et spiritus lavendulae*.

Послѣ этого Джонсъ, въ полной увѣренности, что припадки эти произошли отъ ущемленія кишки, осмотрѣлъ больного со всею точностію, но нигдѣ не могъ открыть грыжи; больной даже не жа-

ловался на такую мѣстную боль, которая подала бы поводъ къ изслѣдованію сѣдалищной выемки.

Такъ какъ у больного вовсе не было испражненія низомъ, то ему было поставлено нѣсколько слабительныхъ клистировъ, однако безъ желаемаго успѣха. За тѣмъ ему дано было нѣсколько, одно за другимъ, слабительныхъ и повторены клистыры, безъ всякаго однакожъ облегченія; наконецъ ему были поставлены также пиявцы и приложенъ нарывной пластырь, но они произвели только минутное облегченіе. На шестой день послѣ появленія болѣзни, вдругъ всѣ припадки, кромѣ запора на низъ, утихли, и больной чувствовалъ себя въ столь хорошемъ состояніи, что хотѣлъ заняться обыкновенными своими дѣлами; но докторъ Джонсъ совѣталъ ему еще нѣсколько дней наблюдать спокойствіе. На седьмой день, рано по утру, больной всталъ и вышелъ изъ спальни, находившейся въ четвертомъ этажѣ, въ сѣни, но тотчасъ возвратился назадъ и жаловался на чрезвычайную дурноту, послѣ чего началъ слабѣть и вечеромъ того же самаго дня умеръ.

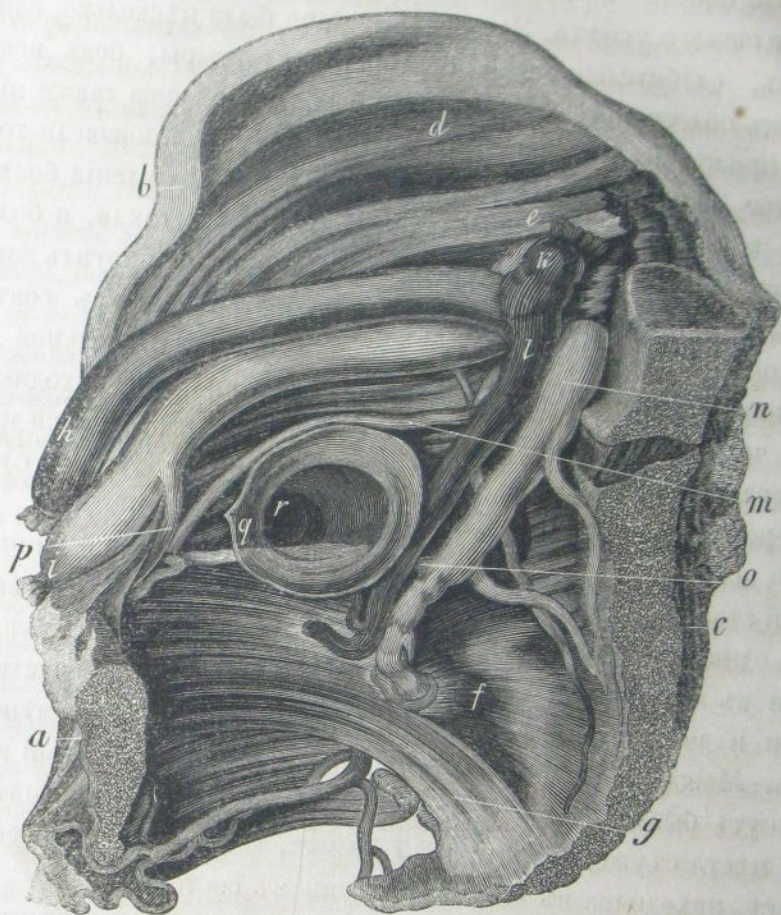
При вскрытіи тѣла оказалось, что часть подвздошной кишки, съ правой стороны прямой кишки, опустилась въ сѣдалищную выемку и что одна петля ея находилась въ маломъ грыжевомъ мѣшкѣ, приросши къ внутренней его поверхности. Ущемленная часть этой кишки и далѣе вверхъ, почти на три дюйма, имѣла измѣненный цвѣтъ. Между желудкомъ и выпавшею частію, кишечный каналъ растянута былъ газами и покрытъ нѣсколькими синими пятнами; а отъ мѣста суженія къ прямой кишкѣ, каналъ этотъ, а особенно въ дугѣ, находился въ весьма суженномъ состояніи.

Осматривая со вниманіемъ эти части, предварительно отдѣленные отъ тѣла, Джонсонъ открылъ въ тазѣ небольшое отверстіе, находившееся спереди, нѣсколько выше сѣдалищнаго нерва и на передней поверхности грушевидной мышцы. Это отверстіе простиралось въ грыжевой мѣшокъ, который лежалъ подъ ягодичною большою мышцею и содержалъ ущемленную кишку.

Отверстіе грыжеваго мѣшка лежало предъ внутреннею подвздошною артеріею и веною, ниже артеріи запирающей и выше запирающей вены; шейка его находилась предъ сѣдалищнымъ нервомъ, а дно его покрыто было ягодичною большою мышцею. Подъ дномъ лежалъ сѣдалищный нервъ; позади его была ягодичная артерія; а вверху дно мѣшка лежало вблизи кости.

Грыжа сдвальной выемки может достигать большого объема. Такъ Вердье, въ своемъ мемуарѣ о грыжахъ мочевого пузыря ¹⁾,

Фиг. 47.

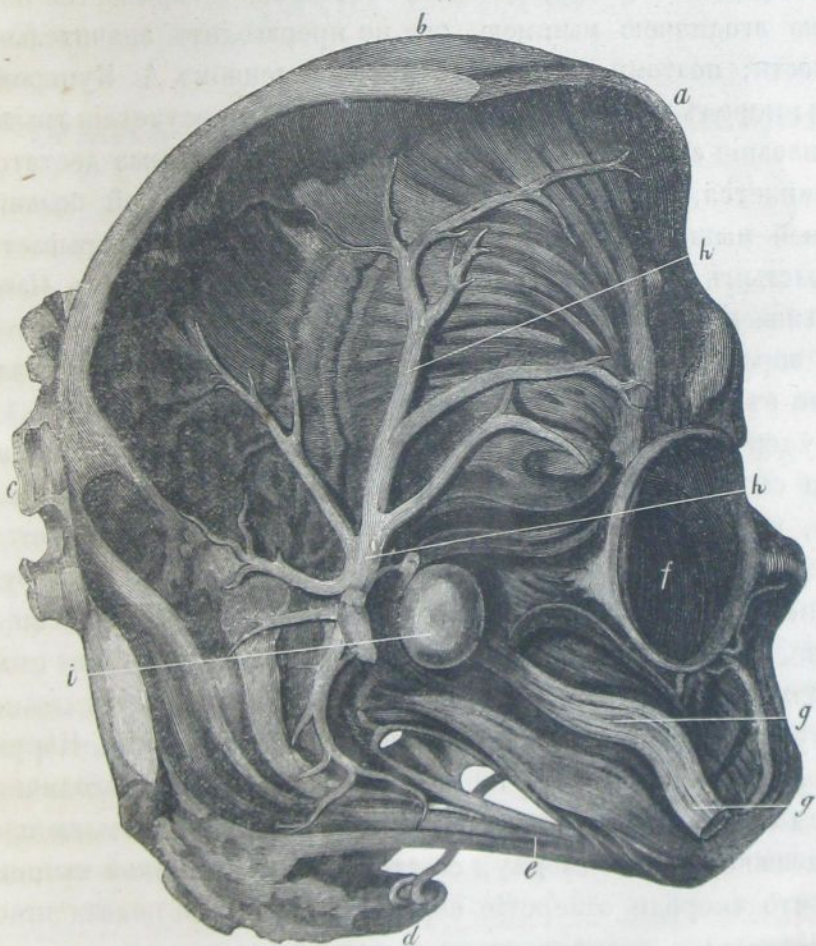


Фиг. 47 представляетъ грыжу сдвальной выемки встрѣченную Джонсомъ, съ внутренней или передней стороны таза. — *a*. Разрѣзъ ossis pubis. — *b*. Spina ossis ilii. — *c*. Sacrum. — *d*. Musculus iliacus internus. — *e*. Musculus psoas. — *f*. Musculus pyriformis. — *g*. Musculus coccygeus. — *h* Переходъ arteriae iliacaе externae in arteriam cruralem. — *i*. Начало venae cruralis. — *k*. Arteria iliaca communis. — *l*. Arteria iliaca interna. — *m*. Arteria obturatoria, которая лежитъ надъ грыжевымъ мѣшкомъ. — *n*. Vena iliaca interna. — *o*. Vena obturatoria, проходящая подъ низомъ herniae ischiadicae. — *p*. Венозная вѣтвь, идущая а vena iliaca externa. — *q*. Грыжевой мѣшокъ. — *r*. Отверстie его. На препаратѣ, какъ артерiя, такъ и вены были налиты.

¹⁾ A. Cooper, *Oeuvres chirurgicales complètes*, trad. par Chassaignac et Richelot, p. 375.

разсказываетъ слѣдующій фактъ, заимствованный изъ *Лондонскаго медицинскаго журнала*: «Одна женщина, пятидесяти лѣтъ, имѣла большую застарѣлую опухоль, которая простиралась отъ задняго прохода до икры. По вскрытіи оказалось, что это была грыжа съдалищной выемки, которая заключала въ себѣ большой сальникъ, подвздошную кишку, брыжейку, слѣпую кишку, нижнюю часть ободочной и часть слѣпой кишки. Желудокъ помѣщался отвѣсно по срединѣ живота, двѣнадцатиперстная кишка приближалась къ шейкѣ мѣшка».

Фиг. 48.



Фиг. 48 представляетъ ту же грыжу и тотъ же препаратъ съ задней или наружной стороны таза. — *a*. Spina anterior superior ossis ilii. — *b*. Crista ossis ilii. — *c*. Sacrum. — *d*. Os coccygis. — *e*. Ligamentum tuberoso sacrale. — *g, g*. Nervus ischiadicus. — *h*. Arteria glutea. — *i*. Грыжевой мѣшокъ, лежащій между артеріею и нервомъ.

Грыжа эта большею частию содержитъ въ себѣ подвздошную кишку, иногда матку и мочевой пузырь. Кромѣ того, какъ мы сейчасъ видѣли, въ ней могутъ находиться иногда и другія внутренности.

Эта грыжа должна легче образоваться у женщины, чѣмъ у мужчины, потому что у первой тазъ шире. Кажется, что до сихъ поръ она чаще встрѣчалась на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой. Тѣ грыжи, которыя наблюдали Бертранди и Джонсъ, были на правой сторонѣ. Неизвѣстно, на какой сторонѣ была та, о которой говорить Вердье.

Пока грыжа съдалищной выемки невелика и скрывается подъ большою ягодичною мышцею, она не производитъ значительной выпуклости; поэтому, въ случаѣ представленномъ А. Куперомъ, Джонсъ, передъ вскрытіемъ, не сомнѣвался въ присутствіи грыжи. Распознаваніе становится менѣе труднымъ, если грыжа достаточно удлиняется, такъ что выходитъ подъ нижній край большой ягодичной мышцы; однакожъ она и въ этомъ мѣстѣ прикрывается еще толстымъ бедреннымъ сухожильнымъ растяженіемъ (*fascia lata*), мѣшающимъ кожѣ образовать ясную выпуклость.

При вправленіи надобно сообразоваться съ правилами изложенными въ общемъ обзорѣ грыжъ.

А. Куперъ думаетъ, что легко удержать эту грыжу помощію бандажа съ пружиною, но не описываетъ подробно бандажа или повязки, какія нужно употреблять для этого. Но мнѣ кажется, что удержаніе этой грыжи можетъ представлять большія затрудненія; пелоть можетъ дѣйствовать на кольцо и отверстіе мѣшка не иначе, какъ черезъ очень толстую мышцу, которая при стояніи и ходбѣ сильно сокращается.

Въ случаѣ яснаго ущемленія надобно дѣлать операцію. Наружный разрѣзъ долженъ быть широкій, волокна большой ягодичной мышцы должны быть широко раздѣлены. Разрѣзъ ущемляющаго мѣста должно дѣлать кверху, со стороны грушевидной мышцы, потому что спереди отверстіе образуется выемкою подвздошной кости. Направляя разрѣзъ кзади, можно повредить съдалищный нервъ; дѣлая разрѣзъ внизъ, можно поранить *arteriam ischiaticam* и *perivum pudendum internum*. Но не слѣдуетъ дѣлать этого разрѣза на большомъ протяженіи; лучше разрѣзывать въ трехъ или четырехъ различныхъ мѣстахъ. Глубокое положеніе этой грыжи, большая

толщина частей, которые нужно раздѣлять, чтобы достигнуть до мѣшка, дѣлають, безъ сомнѣнія, эту операцію трудною и опасною; но нельзя думать, чтобъ она была непременно смертельна, какъ полагалъ Сабатье.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

ГРЫЖА ЗАДНЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ (HERNIA PERINAEI).

Эта грыжа очень рѣдка; однако же въ лѣтописяхъ науки встрѣчаются факты, позволяющіе сдѣлать довольно полное ея описаніе.

Для ея образованія, брюшина и внутренности должны проникнуть чрезъ мышечно-сухожильное дно таза. Однакожь въ грыжѣ изслѣдованной Скарпою, мышца поднимающая задній проходъ (*m. levator ani*) была растянута и истончена и составляла наружную оболочку мѣшка.

Эта грыжа можетъ образоваться въ различныхъ мѣстахъ основанія таза; иногда она бываетъ на средней линіи, между прямою кишкою и мочевымъ пузыремъ у мужчинъ, и между прямою кишкою и предматочникомъ у женщинъ; иногда она образуется по бокамъ этой области.

Бромфильдъ, вырѣзывая камень у мальчика семи или восьми лѣтъ, у котораго онъ не замѣчалъ прежде никакой ненормальности, былъ очень удивленъ отклоненіемъ шейки мочевого пузыря, которая сзади лонной кости поднималась совершенно вертикально. Между тѣмъ какъ онъ искалъ камня, въ ранѣ, сзади щипцовъ, показался пузырь, похожій на гидатиду. При напряженіяхъ дитяти, пузырь этотъ лопнулъ, изъ него брызнула серозная жидкость и вышла кишечная масса. Послѣ операціи кишку впра-

вили и маленькій больной выздоровѣлъ безъ всякихъ послѣдствій. Трудно полагать, чтобы можно было принять это за что нибудь другое, кромѣ грыжи промежности, находившейся между моче-вымъ пузыремъ и прямою кишкою. А. Куперъ описалъ подробно-сти вскрытія подобной же грыжи. Брюшина, которая съ мочевого пузыря переходитъ на прямую кишку, опускалась очень низко; грыжа снаружи не представляла выпуклости; дно мѣшка было вне-реди задняго прохода; предстательная желѣза и шейка сѣменныхъ пузырьковъ были впереди мѣшка; дно пузырьковъ находилось по сторонамъ; мочевой пузырь прикрывалъ мѣшокъ спереди, на про-тяженіи одного и трехъ четвертей дюйма выше уровня задняго прохода ¹⁾.

Петрунті былъ призванъ къ одной женщинѣ, которая страдала задержаніемъ мочи, безпрестанными потугами, какъ бы родовы-ми, частою рвотою, совершеннымъ запоромъ, упадкомъ силъ; онъ осмотрѣлъ ее и нашелъ въ сторонѣ задней промежности опухоль, которой средняя часть, образуемая мочевымъ пузыремъ, отъ кате-теризма уменьшалась, опухоль, находившуюся внизу между пря-мою кишкою и влагалищемъ, въ полости которыхъ она представ-ляла выпуклости и преимущественно въ прямой кишкѣ. Подъ пальцами, введенными одинъ въ прямую кишку, другой во влага-лице, опухоль эта была зыблущаяся; матка, отклоненная дномъ назадъ, сдвинута была впередъ. Неаполитанскій врачъ счелъ это за нарывъ и черезъ влагалище сдѣлалъ разрѣзъ, чрезъ который вышла гноевидная сукровица и омертвѣвшая масса сальника. Пе-ревязавши сальникъ, онъ вырѣзалъ его. Эта операція прекратила болѣзненные припадки и разрѣзъ очень скоро зажилъ. Но чрезъ нѣкоторое время припадки появились снова и потребовали другой операціи, послѣ которой опять вышло большое количество испор-ченной серозной жидкости. На этотъ разъ выздоровленіе было полное и матка пришла въ свое надлежащее мѣсто ²⁾.

Доктора Джонъ Симсъ и Гайтонъ видѣли, каждый по разу, это видоизмѣненіе промежностной грыжи у женщинъ и узнавали ее ощущиваніемъ чрезъ влагалище.

¹⁾ A. Cooper, *Oeuvres complètes*, traduct. par Chassaiguac, p. 366.

²⁾ Vidal, t. IV, p. 522.

Нельзя дать болѣе точнаго понятія объ анатомическомъ расположеніи боковой грыжи промежности, какъ приведа главныя обстоятельства наблюденія Скарпы. Грыжа, которую разсѣкъ навіанскій врачъ, была на правой сторонѣ пространства, заключающагося между заднимъ проходомъ и вершиною копчиковой кости; она образовалась подвздошною кишкою: прямая кишка и мочевой пузырь были отодвинуты влѣво; мѣшокъ былъ тонокъ и покрывался мышцею поднимающею задній проходъ (*m. levator ani*), растянутою и очень истонченною; шейка мѣшка имѣла тридцать миллиметровъ въ діаметръ и находилась въ толщѣ промежности. У этого человѣка нижніе размѣры таза были почти такіе же, какіе бываютъ обыкновенно у женщинъ.

Скарпа думаетъ, что положеніе шейки мѣшка должно измѣняться въ различные періоды болѣзни; ибо грыжа эта находится сперва въ тазу, почти на высотѣ слѣзнаго мѣшка брюшины, потомъ она должна мало по малу опускаться и наконецъ выходить изъ полости таза.

Значительное расширеніе малаго таза должно предрасполагать къ этой грыжѣ, которая, слѣдовательно, можетъ быть не такъ рѣдко у женщинъ, какъ у мужчинъ.

Весьма часто грыжа промежности не имѣетъ выпуклости снаружи; но если она очень велика, то можетъ приподнимать кожу и образовать округленную опухоль; если же она не приподнимаетъ кожи, то ея нельзя иначе узнать, какъ ощупываніемъ черезъ прямую кишку или черезъ предматочникъ. Выправляемость и выходженіе ея при жиленьи и кашлѣ не позволяютъ смѣшать ее съ другою какою нибудь опухолью, которая можетъ образоваться въ клѣтчатой ткани таза.

Выправленіе такой грыжи вообще довольно легко, хотя и нельзя установить положительныхъ для него правилъ. Оно состоитъ въ прямомъ давленіи на опухоль въ промежности, если она одна; или въ давленіи направляемомъ снизу вверхъ однимъ или двумя пальцами, введенными въ прямую кишку и во влагалище, если грыжа не представляетъ выпуклости подъ кожею. Когда она находится между прямою кишкою и влагалищемъ, то можно изслѣдовать ее и исправлять, вводя одинъ палецъ въ прямую кишку и одинъ или два пальца другой руки во влагалище. Во время операціи исправленія, больного кладутъ горизонтально на спину, при-

поднимаютъ тазъ, подкладывая подушки, и сгибаютъ нижнія конечности.

У мужчинъ, если грыжа опускается довольно низко, такъ что нельзя удержать ее давленіемъ на промежность, съ пользою употребляютъ снарядъ Скарпы, состоящій изъ эластической пружины, образующей поясъ, котораго два конца соединяются напередѣ ремнемъ; отъ задней части пояса выходитъ другая пружина, образующая сегментъ круга, имѣющій на свободномъ концѣ своемъ овальный пелотъ, который прикладывается на мѣсто грыжи; отъ пелота идетъ эластическая подтяжка къ передней части пояса.

У женщинъ эта грыжа можетъ быть хорошо удерживаема мягкой цилиндрическою большою губкою, вкладываемою въ предматочникъ.

Въ грыжѣ промежности шейка мѣшка не окружается крѣпкимъ фибрознымъ кольцомъ; послѣднее всегда широко и уступчиво; поэтому грыжа эта не должна быть наклонна къ очень сильнымъ ущемленіямъ; вправленіе и врачебныя средства могутъ почти всегда здѣсь укрощать болѣзненные припадки. Но если бы ущемленіе не уступало этимъ средствамъ, то надобно дѣлать операцію. Операція эта, кажется, еще никѣмъ не была дѣлаема. Вотъ какъ Видалъ совѣтуетъ выполнять ее: дно мѣшка должно быть обнажено сбоку промежности, за тѣмъ мѣшокъ вскрывается; потомъ нужно ввести указательный палецъ лѣвой руки до ущемленія, которое и разрѣзывается въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Разрѣзы эти здѣсь должны быть простыми настычками и направлены въ противную сторону отъ тѣхъ органовъ, которыхъ поврежденіе опасно; такимъ образомъ благоразумно было бы дѣлать разрѣзы по бокамъ, когда грыжа выходитъ между прямою кишкою и влагалищемъ. У мужчинъ разрѣзы должны быть направляемы назадъ и наружу на каждой сторонѣ, параллельно сѣменнымъ пузырькамъ. Если грыжа боковая, то разрѣзъ ущемляющаго мѣста долженъ быть направляемъ кнаружи, чтобы избѣжать поврежденія прямой кишки, мочевого пузыря и соотвѣтствующаго сѣменнаго пузырька. Впрочемъ, сжимающее кольцо здѣсь должно быть такъ некрѣпко, что, надрѣзавши его бистуреемъ, безъ труда можно расширить его еще болѣе, растягивая пальцами.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

ГРЫЖА БОЛЬШОЙ ПОЛОВОЙ ГУБЫ (HERNIA LABII PUDENDI MAJORIS).

Грыжа этого имени появляется въ большой женской дѣтородной губѣ, обыкновенно по срединѣ ея. Эта грыжа есть только видоизмѣненіе предыдущей. Если у женщины грыжа проникла нижнюю часть таза впереди широкой связки матки, съ боку влагалища, то на высотѣ промежности она не найдетъ того препятствія, какое представляетъ ей кожа въ другихъ мѣстахъ этой области, и безъ затрудненія опустится въ большую дѣтородную губу. Грыжа эта была хорошо наблюдаема и описана А. Куперомъ и позднѣе Скарпою; она также обратила на себя вниманіе Штольца въ Страсбургѣ ¹⁾. Расположеніе грыжевого мѣшка и шейки тоже, какъ и въ грыжѣ промежности. Эта грыжа, по формѣ грушевидная или коническая, величиною съ голубиное яйцо, почти всегда образуется тонкою кишкою; она упруга и занимаетъ среднюю часть большой губы, оттуда восходитъ иногда по внутренней части сѣдалищной кости, по сторонѣ маточнаго влагалища, гдѣ палецъ можетъ преслѣдовать ее до верхней части этого канала.

Грыжа большой губы отличается отъ паховой грыжи своимъ направленіемъ, которое можно преслѣдовать пальцомъ, введеннымъ въ предматочникъ, и тѣмъ, что паховое кольцо и верхняя часть большой губы свободны; отъ мѣшеччатой опухоли или отъ нарыва въ большой губѣ она отличается продолженіемъ своимъ между сѣдалищною костью и влагалищемъ къ брюшной полости, отсутствіемъ флюктуации и общими признаками грыжъ, каковы: вправляемость, исчезаніе опухоли въ горизонтальномъ

¹⁾ *Gazette médicale de Strasbourg*, janvier, 1843.

положеніи, появленіе ея въ вертикальномъ положеніи, надутіе при кашлѣ и жиленьи.

Вправляется эта грыжа обыкновенно легко. Вправление состоитъ въ равномерномъ давленіи на большую губу; по мѣрѣ того какъ грыжа входитъ, ее провожаютъ двумя введенными во влагалище пальцами къ шейкѣ мѣшка.

Единственныя средства, которыя употреблялъ А. Куперъ для удержанія ея послѣ вправленія, суть: двойная Т-образная повязка, состоящая изъ толстаго компресса, который прижимаетъ дѣтородныя части и прикрѣпляется двумя концами своими къ поясу. и пессарій изъ грецкой губы. Первый изъ этихъ снарядовъ не можетъ дѣйствовать на шейку мѣшка; пессарій гораздо лучше, но онъ долженъ быть довольно великъ.

Если же грыжа невправима, то надобно предупреждать дальнѣйшее выпаденіе ея посредствомъ двойной Т-образной повязки.

Въ случаѣ ущемленія, вправление должно приносить также пользу; ибо здѣсь дѣйствовать можно удобно, какъ на части грыжи находящіяся въ наружныхъ дѣтородныхъ органахъ, такъ и на части находящіяся въ полости таза. А. Куперъ видѣлъ только одинъ разъ эту грыжу ущемленною; онъ вправилъ ее въ три минуты. Если же была бы необходима операція, то ее должно дѣлать слѣдующимъ образомъ: основаніе грыжи надобно вскрыть широкимъ разрѣзомъ въ большой дѣтородной губѣ; открывши мѣшокъ, надобно ввести по пальцу поттовъ бистурей съ пуговкою (обвернутый липкимъ пластыремъ, не доходя на нѣсколько линій до пуговки) на шейку грыжи, которую слѣдуетъ разрѣзать. А. Куперъ совѣтуетъ направлять разрѣзъ внутрь, къ влагалищу; но здѣсь еще лучше дѣлать нѣсколько малыхъ разрѣзовъ (*débridement multiple*). Насѣчки эти можно направлять внутрь, наружу и назадъ; не нужно ихъ дѣлать глубоко.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

ГРЫЖИ МАТОЧНАГО ВЛАГАЛИЩА (HERNIAE VAGINAE UTERI).

Болезнь эта встрѣчается чрезвычайно рѣдко и Гаранжо первый, кажется, описалъ ее ¹⁾. Она можетъ показываться во всѣхъ точкахъ верхней части влагалища и была встрѣчаема преимущественно у много рождавшихъ женщинъ. Впрочемъ причины ея должны быть тѣ же, какъ и другихъ грыжъ.

Стѣнка влагалища уступаетъ давленію кишки, опускается и образуетъ грыжевую опухоль, округленную, съ широкимъ основаніемъ. Таковъ механизмъ образованія этой грыжи.

Грыжа эта имѣетъ своими покровами только брюшину и стѣнку влагалища и образуетъ сперва кругловатую опухоль, сидящую на широкомъ основаніи; позднѣе эта опухоль опускается ниже во влагалище. Та грыжа, которую наблюдалъ Гаранжо, находилась въ верхней части правой стороны влагалища и представляла опухоль внѣ наружныхъ дѣтородныхъ органовъ.

Влагалищная грыжа, какъ и грыжа промежности и большихъ губъ, образуется почти всегда подвздошною кишкою, иногда только маткою и сальникомъ; если она образуется на передней стѣнкѣ влагалища, то можетъ выходить въ нее и мочевого пузыря.

Она вправляется обыкновенно очень легко и имѣетъ общіе признаки грыжъ. Если она становится велика, то давленіе, производимое ею на прямую кишку и мочеиспускательный каналъ, можетъ производить запоръ и затрудненіе мочеиспусканія: такъ больная, которую наблюдалъ Гаранжо, не могла иначе мочиться, какъ лежа на спинѣ.

¹⁾ *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I, p. 707.

Для вправленія этой грыжи, надобно дать больной такое положеніе, которое удаляло бы дно матки отъ шейки грыжеваго мѣшка; такимъ образомъ, если грыжа выходитъ чрезъ заднюю стѣнку влагалища, то, какъ говоритъ Сансонъ ¹⁾, надобно ставить больную на колѣна, наклоняя ея голову и грудь; если же грыжа выходитъ черезъ переднюю или боковыя стѣнки влагалища, то положеніе больной должно быть на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ. Вправленіе состоитъ въ давленіи, направляемомъ отъ дна къ шейкѣ грыжи, двумя пальцами, введенными во влагалище. Къ вправленію не иначе приступаютъ, какъ опорожнивши прежде прямую кишку и мочевою пузырь.

Гаранжо удерживалъ влагалищную грыжу, которую онъ наблюдалъ, посредствомъ пессарія въ видѣ продолговатаго мѣшка. Прежде его, въ подобномъ случаѣ, съ равнымъ успѣхомъ употреблялъ это же средство Арно. Довольно большой цилиндрическій кусокъ мягкой губки, введенный во влагалище и поддерживаемый Т-образною повязкою, будетъ удерживать такую грыжу, кажется, еще лучше.

По вправленіи грыжи, нужно стараться укрѣпить части пропустившія ее вяжущими примочками: изъ отвара дубовой коры, изъ квасцовъ и проч.

Во время родовъ такую грыжу нужно предварительно вправить.

Ущемленіе здѣсь должно быть очень рѣдко; оно, надо полагать, должно уступать почти всегда вправленію. Если же бы понадобилось оперировать ее, то съ пользою можно употребить двусторчатое зеркало, которое можетъ пройти между свободною стѣнкою влагалища и грыжею, чтобы открыть ее. Потомъ надобно разрѣзать грыжевые покровы, и если указательный палецъ не можетъ достаточно расширить отверстія, пропустившаго мѣшокъ, то должно прибѣгнуть къ разрѣзу.

¹⁾ *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. Hernie.*

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

ЖИРОВАЯ ГРЫЖА ПУПКА, БѢЛОЙ ЛИНІИ И ПОДВЗДОШНАЯ.

Иногда образуется жиръ между наружною поверхностью брюшины и фиброзными частями живота, къ ней прилежащими. Этотъ жиръ въ особенности развитъ бываетъ по сосѣдству шнурка заросшей пупочной вены. Случается иногда, что такая жировая масса выдается подъ кожею, чрезъ разѣединеніе апоневротическихъ брюшныхъ волоконъ, въ сосѣдствѣ пупка, или въ другомъ мѣстѣ бѣлой линіи живота. Такая жировая масса увеличивается въ объемъ, поднимаетъ кожу и образуетъ опухоль, которой основаніе или ножка проходитъ чрезъ фиброзное кольцо бѣлой линіи къ наружной поверхности живота. Такой опухоли дали названіе *жировой грыжи* (*hernia adiposa*, *hernie graisseuse*). Это не есть настоящая грыжа, потому что брюшина и внутренности живота не входятъ въ составъ опухоли, но только похожа на грыжу.

По мнѣнію Вельпо, опухоли этого рода преимущественно случаются между пупкомъ и грудною костью. Жировая грыжа можетъ быть величиною въ орѣхъ, въ яйцо и почти никогда не бываетъ больше этого. Она имѣетъ форму круглую, съ легкими выпуклостями, съ основаніемъ нѣсколько сѣуженнымъ. Опухолей этихъ иногда бываетъ нѣсколько. Фардѣ однажды нашелъ ихъ у одного человѣка двѣнадцать: шесть *in regione epigastrica* и шесть на другихъ мѣстахъ живота. По мѣрѣ того, какъ опухоль растетъ, фиброзное кольцо, пропустившее жировую массу, увеличивается наружу къ кожѣ. Направленіе опухоли, при ея развитіи къ поверхности кожи, и прикрѣпленіе ея основанія къ брюшинѣ дѣлаютъ иногда то, что здѣсь отъ натяженія брюшины образуется настоя-

щій грыжевой мѣшокъ, въ которомъ помѣщаются внутренности и такимъ образомъ дѣлается грыжа, становящаяся уже настоящею complicationeю. Мѣшокъ, такимъ образомъ развившійся, заключаетъ въ себѣ сальникъ или сальникъ и кишки. Вѣрно однажды встрѣтилъ такой случай.

Діагностика жировой грыжи можетъ быть весьма затруднительна. Грыжу эту въ особенности можно смѣшать съ невправляемою грыжею сальника. По мнѣнію Скарпы, жировая грыжа бываетъ болѣе тверда, нежели epiplocele, и обыкновенно не вправляется. Нужно также хорошо убѣдиться въ предшествовавшемъ состояніи опухоли. Настоящая сальниковая грыжа болѣею частію вначалѣ бываетъ вправимая, между тѣмъ какъ грыжа жировая и въ это время не вправляется. По мнѣнію Берара, жировая грыжа не разстроиваетъ отправления желудка. Этотъ ученый замѣчаетъ еще кромѣ того, что жировая грыжа, прижимаемая пальцами съ боковъ, не болитъ, между тѣмъ какъ сальниковая грыжа бываетъ къ такому прижатію весьма чувствительна. Не смотря на эти діагностическіе признаки, представляемые авторами, распознаваніе жировой грыжи все-таки можетъ быть иногда весьма трудно, въ особенности если при такой опухоли разовьется воспаленіе брюшины: тогда болѣзнь можно принять за ущемленную сальниковую грыжу. Подобныя ошибки были дѣлаемы даже великими хирургами.

Когда жировая грыжа не болитъ, то нужно воздерживаться отъ всякихъ повязокъ, изъ опасенія образовать нажатіемъ воспаленіе брюшины. Когда будетъ сомнѣніе въ настоящемъ свойствѣ болѣзни и разовьются припадки воспаленія брюшины, то спрашивается: что тогда должно дѣлать? Скарпа на это отвѣчаетъ, что должно вскрыть опухоль. Операция, по его мнѣнію, въ этомъ случаѣ не причинитъ опасныхъ припадковъ больному; между тѣмъ какъ если существуетъ настоящая ущемленная грыжа, то она поможетъ. Разумѣется, что операцию эту должно дѣлать осторожно и очень внимательно: вскрывать части послойно и убѣдившись, при первыхъ дѣйствіяхъ ножа, въ присутствіи жировой опухоли, должно избѣгать вскрытія брюшины.

Жировая подвздошная грыжа принадлежитъ также къ числу рѣдкихъ и необыкновенныхъ грыжъ. Для объясненія этой болѣзни приводимъ здѣсь прекрасное наблюденіе извѣстнаго нашего хирурга, профессора Московскаго университета, В. А. Басова.

«Федоръ Тимоѣевъ, рекрутъ Московскаго гарнизоннаго батальона, 23 лѣтъ, средняго роста, тучный, съ довольно большимъ животомъ, 6 іюля 1849 года поступилъ въ Московскій военный госпиталь, съ опухолью надъ соединеніемъ средней трети гребешка правой подвздошной кости съ заднею. Опухоль эта образовалась года за три до поступленія въ больницу, послѣ нечаяннаго пораненія ножомъ ¹⁾ во время игры съ товарищами, вслѣдъ за нагноеніемъ и заживленіемъ раны (по образованіи рубца). Она была покрыта истонченною кожею съ явственнымъ рубцомъ, имѣла величину нѣсколько болѣе куринаго яйца, была кругловата, съ легкимъ перехватомъ или суженіемъ у основанія, неболеяща, отъ давленія рукою совершенно скрывалась, уходила внутрь безъ урчанія и при незначительныхъ усиліяхъ больнаго постепенно возвращалась на прежнее мѣсто. Легкій шумъ или какъ бы трескъ при сжиманіи ея пальцами, подобный шуму сжимаемой воздушной опухоли (emphysema), давалъ поводъ подозрѣвать искусственную воздушную опухоль; но скорое скрытіе ея всей отъ давленія и новое появленіе по прекращеніи его гораздо болѣе указывали на грыжу; по отсутствію урчанія при вправленіи опухоли можно было заключить, что если это грыжа, то не кишечная.

«Крестообразный разрѣзъ истонченной кожи и брюшныхъ сухожильныхъ пластинокъ, сдѣланный 9-го іюля, надъ опухолью показалъ, что она жировая, состоитъ изъ клѣтчато-жировой ткани; указательному пальцу, проводимому около перехвата у основанія ея и въ направленіи къ брюшной полости, встрѣчается широкое отверстіе съ неявственнымъ краемъ, за которымъ опухоль соединена съ глубже-лежащими тканями подвздошной стороны и впадины, куда легко вдавливается изслѣдующій палецъ; осязательное изслѣдованіе не причиняетъ никакой боли.

«Противопоказаніемъ для зачисленія Тимоѣева въ службу была упоминаемая опухоль; противопоказаній же для отсѣченія ея никакихъ не было; но, по причинѣ нѣкоторыхъ обстоятельствъ, отъ меня независѣвшихъ, о которыхъ здѣсь говорить бесполезно и неумѣстно, продолженіе операціи отложено до другаго времени.

¹⁾ Въ рану не выпадала никакая изъ брюшныхъ внутренностей.

Въ слѣдующіе дни появились воспалительные признаки въ опухоли и ея окружности, сопровождавшіеся даже легкими горячечными припадками и около 20 іюля болью въ животъ съ легкимъ поносомъ. Вслѣдъ за приставленіемъ пиявокъ къ животу, внутреннимъ употребленіемъ маслянистой микстуры и наружнымъ Рустовой примочки, названные припадки стихли. 30 іюля опухоль, слегка приподнятая, срѣзана съ осторожностію ножомъ, въ уровень съ поверхностію живота; при чемъ для остановленія кроветеченія надобно было перевязать двѣ небольшія артеріи и прижать поверхность раны посредствомъ трута и сухой корпии; по разрѣзѣ опухоли оказалось, что она состоитъ изъ плотнаго жира и тонкихъ клѣтчато-волоконистыхъ пластинокъ. На слѣдующій день появилась на мѣстѣ срѣзанной опухоли какъ будто новая, хотя не столь возвышенная, красноватая, происшедшая, безъ сомнѣнія, отъ воспалительнаго состоянія сосѣднихъ тканей и преимущественно жировой клѣтчатки подвздошной впадины и вышележащей. 1-го августа Тимоѣевъ почувствовалъ около раны и въ подчревной сторонѣ боль, которая продолжалась пять дней и исчезла послѣ баночнаго кровепусканія (6 банокъ) изъ упомянутой стороны, при употребленіи каломеля, по 1 грану, трижды въ день, маслянистой микстуры, а для прикрытія раны — слизи льнянаго сѣмени.

«Съ 6-го августа хорошее нагноеніе; 11-го опухоль почти совершенно исчезла; съ 20-го началось образованіе рубца, которое шло медленно, и къ 22-му октября, при употребленіи для перевязки слизи льнянаго сѣмени, а по временамъ сухаго азотноки-слаго серебра для прикосновенія къ поверхности раны и жженныхъ квасцовъ для присыпки, вмѣсто жировой грыжи остался небольшой, плотный, гладкій рубецъ, составляющій непрерывное продолженіе брюшной стѣнки и нисколько не возвышающійся надъ ея уровнемъ, даже при значительныхъ усиліяхъ рекрута.

«Въ клѣтчато-жировой ткани, лежащей между брюшиною и брюшными мышцами и наклонной къ ожиренію, въ различныхъ мѣстахъ, особенно близъ грудины и на круглой связкѣ печени, часто встрѣчаются небольшія жировыя накопленія, подобныя подкожнымъ жировымъ опухолямъ или жировикамъ; претерпѣвая давленіе со стороны брюшныхъ внутренностей и мышцъ, онѣ проскользаютъ или въ нормальныя отверстія и каналы, или въ случайныя отверстія брюшныхъ мышцъ и образуютъ жировыя

грыжи, примѣры которыхъ представили Дешамъ, Фардо, Пеллетанъ, Скарпа и другіе, и къ которымъ должно отнести опухоль, вырѣзанную у Тимоѣева. Грыжа его, не соответствуя никакому нормальному отверстію или каналу, принадлежитъ къ называемымъ вообще брюшными или чревными (*h. ventralis*). Часть брюшной боковой стѣнки, въ которой она появилась, сравнительно съ другими, какъ показываетъ хирургическая анатомія, есть одна изъ слабѣйшихъ, слѣдовательно предрасположена къ грыжамъ. Къ числу причинъ брюшныхъ грыжъ относятся раны; нѣтъ сомнѣнія, что рана Тимоѣева, предшествовавшая появленію грыжи, была поводомъ къ ея развитію, которому, въ чемъ также нельзя сомнѣваться, способствовалъ большой животъ и, слѣдовательно, соотвѣтствующіе ему объемъ и тяжесть внутренностей и общее ожирѣніе грыженосца. Всѣ обстоятельства заставляютъ полагать, что при упомянутыхъ условіяхъ часть жира, находившаяся внутри, около гребешка подвздошной кости, была вытѣснена наружу и образовала вышеописанную жировую грыжу, которую нельзя назвать обыкновенною ни по ея мѣсту, ни по ея составу.»

ГЛАВА ДВѢНАДЦАТАЯ.

ГРЫЖИ ГРУДОБРЮШНОЙ ПРЕГРАДЫ (*HERNIAE PHRENICAE, DIAPHRAGMATICAE*).

Брюшныя внутренности могутъ проникать чрезъ грудобрюшную преграду въ полость груди. Грыжи грудобрюшной преграды представляютъ три вида, смотря по мѣсту ихъ выходения.

1) Грыжа можетъ выходить чрезъ одно изъ натуральныхъ отверстій грудобрюшной преграды. Этотъ видъ чрезвычайно рѣдокъ.

Морганьи ¹⁾ описываетъ одинъ случай, гдѣ часть ободочной кишки (colon), сальника и поджелудочной желѣзы вышли изъ живота чрезъ отверстіе, чрезъ которое проходитъ большой симпатическій нервъ.

О другомъ случаѣ Морганьи говорить слѣдующее: больной утромъ почувствовалъ сильныя припадки *cardialgiae*, сопутствующие частою и сильною рвотою, отъ которыхъ въ слѣдующую ночь и умеръ. Въ груди найдена была опухоль, состоявшая изъ части сальника, *duodeni, jejuni et ilei*. Кишки были такъ сильно растянуты кишечными веществами и газами, что сердце и легкія были сильно сдвинуты и помѣщались въ небольшомъ пространствѣ. Грыжа прошла чрезъ отверстіе, чрезъ которое проходитъ пищепріемный каналъ и которое было сильно растянута.

2) Отверстіе для грыжи въ діафрагмѣ можетъ быть врожденнымъ: въ слѣдствіе врожденной неправильности образованія остается въ грудобрюшной преградѣ отверстіе, чрезъ которое выходятъ изъ живота внутренности въ полость груди. Ж. Л. Пети и А. Куперъ приводятъ примѣры этой грыжи.

А. Куперъ описываетъ слѣдующіе два примѣра такой грыжи у дѣтей. Полное и родившееся въ срокъ дитя, тотчасъ по рожденіи страдало отъ сильной дрожи, принятой за конвульсіи, трудно дышало и сильно кричало съ особеннымъ звукомъ. Дитя это умерло чрезъ полтора часа по рожденіи.

При вскрытіи трупа, желудокъ, селезенка, часть поджелудочной желѣзы и большая часть кишекъ найдены были въ лѣвой половинѣ грудной полости; внутренности эти прошли чрезъ ненормальное отверстіе діафрагмы, находившееся почти на дюймъ разстоянія отъ отверстія, чрезъ которое проходитъ пищепріемное горло. Сердце, пищепріемное горло и нисходящая грудная аорта были поднявшимися изъ живота внутренностями значительно отодвинуты вправо; легкія не были замѣтнымъ образомъ измѣнены. По введеніи обратно въ полость живота внутренностей, найдено въ діафрагмѣ, въ вышеупомянутомъ мѣстѣ, довольно широкое отверстіе. А. Куперъ полагаетъ, что отверстіе это было слѣдствіемъ неправильнаго образованія грудобрюшной преграды, ибо не было замѣ-

¹⁾ Morgagni, *Epist.* 34, art. 13.

чено ни малѣйшихъ слѣдовъ разрыва или воспаленія въ его краяхъ; уменьшенный объемъ лѣваго легкаго и сердца и перемѣщеніе грудныхъ органовъ на правую половину, должны быть слѣдствіемъ постепеннаго перемѣщенія брюшныхъ органовъ во время развитія зародыша.

Въ другомъ случаѣ родившееся дитя было женскаго пола; тотчасъ по рожденіи оно трудно дышало; крикъ его былъ слабъ, потомъ дыханіе его сдѣлалось очень затруднительнымъ, хриплымъ, и дитя чрезъ три четверти часа по рожденіи умерло. Въ этомъ случаѣ внутренности изъ живота вышли въ правую половину груди, чрезъ правую часть грудобрюшной преграды.

А. Куперъ приводитъ слѣдующій интересный примѣръ врожденной и вмѣстѣ ущемленной грыжи, который, по обстоятельному описанію, заслуживаетъ быть здѣсь помѣщеннымъ.

«Сарра Гоманъ, 28 лѣтъ, съ самаго дѣтства своего страдала затрудненнымъ дыханіемъ. Пришедши въ совершенный возрастъ, она, отъ самонамѣншаго ускоренія движенія и отъ каждаго напряженія силъ получала въ лѣвомъ боку боль, частый кашель и трудное дыханіе.

«Эти припадки не сопровождались никакими признаками болѣзненнаго состоянія; и какъ она имѣла хорошій аппетитъ, то была дородна и повидимому совершенно здорова. Семейство, въ которомъ она жила, подозрѣвало ее въ лѣнности, и какъ жалобы ея казались только предлогомъ нерадѣнія, то ее принуждалъ къ самымъ труднымъ работамъ.

«Такое обхожденіе она переносила съ кротостію, хотя часто изнемогала отъ трудовъ. Послѣ всякаго напряженія, она чувствовала боль въ верхней части живота съ рвотою и такимъ ощущеніемъ, какъ будто бы, по выраженію ея, что нибудь тянулось въ правую сторону; ощущеніе это она всегда относилъ къ сторонѣ желудка.

Припадки эти также скоро исчезали, какъ и появлялись. Послѣ кратковременнаго, жестокаго страданія, боль и тошнота проходили, и больная могла опять заниматься обыкновенными своими дѣлами.

Чѣмъ болѣе она входила въ лѣта, тѣмъ чаще припадки возобновлялись; и какъ они притомъ продолжались гораздо долѣе, нежели

прежде, то она наконецъ сдѣлалась неспособною снискивать пропитаніе собственными своими трудами.

«За нѣсколько дней до своей кончины, она почувствовала обыкновенные припадки ущемленной грыжи, какъ-то: рвоту, запоръ на низъ и боль; эта послѣдняя ограничивалась верхнею частію живота, которая была напряжена и чувствительна къ давленію.

Какъ при этихъ припадкахъ присутствіе грыжи не обнаружилось никакою мѣстною опухолью, то они были приняты за воспаленіе кишекъ; но къ этимъ припадкамъ присоединились еще такіе, которые не могли быть приписаны этой причинѣ, притомъ весьма затемняли истинное свойство недуга и, повидимому, показывали болѣзненное состояніе грудной полости. Больная не могла лежать на правомъ боку, имѣла въ лѣвомъ безпрестанную боль, кашель, затруднительное дыханіе, сопровождавшееся тѣмъ же самымъ чувствомъ, на которое она прежде жаловалась.

«Признаки воспаленія кишекъ и безпокойный кашель продолжались непрерывно три дня; послѣ чего ей стало въ этомъ отношеніи нѣсколько легче; но болѣзненные припадки грудной полости оставались въ той же степени жестокости, какъ и прежде, и больная на четвертый день послѣ того умерла.

«Какъ скоро была вскрыта брюшная полость, то представилось весьма необыкновенное положеніе внутренностей. Желудокъ и правая доля печени сдвинуты были съ естественнаго своего положенія къ правой сторонѣ. По разсмотрѣніи извилинъ тонкихъ кишекъ, оказалось, что онѣ были на обыкновенномъ своемъ мѣстѣ; но на поверхностяхъ ихъ, взаимно между собою касающихся, найдены воспалительныя полоски. Въ такомъ видѣ обыкновенно представляется воспаленіе въ раннемъ періодѣ; и если бы смерть случилась здѣсь не такъ скоро, то весьма вѣроятно, что отъ изліянія пластической лимфы (*lympha coagulabilis*) поверхности эти срослись бы между собою.

«При изслѣдованіи толстыхъ кишекъ открылось, что поперечная часть ободочной кишки, вмѣсто направленія своего отъ одной почки къ другой, проникла, чрезъ отверстіе грудобрюшной преграды, въ лѣвую полость груди; слѣпая кишка и начало ободочной чрезвычайно были растянуты воздухомъ и потому казались толще обыкновеннаго; но лѣвая часть ободочной кишки, опускающаяся къ прямой кишкѣ, имѣла гораздо меньшій объемъ, нежели

въ естественномъ состояніи. Что касается до сальника, то въ брюшной полости находилась только небольшая часть его, ибо значительный кусокъ сальника, вмѣстѣ съ поперечною ободочною кишкою, вышелъ, чрезъ то же самое отверстіе, въ грудную полость. Измѣненіе въ положеніи желудка и правой доли печени произошло отъ перемѣны положенія ободочной кишки и сальника, которые, въ противуестественномъ своемъ стремленіи къ грудобрюшной преградѣ, заняли мѣсто, обыкновенно наполняемое означенными частями.

«При изслѣдованіи грудной полости, оказалось, что лѣвое легкое имѣло не болѣе какъ одну треть естественной своей величины; оно лежало въ верхней части груди и посредствомъ свѣжихъ сращеній соединялось съ подреберною плевою. Сальникъ и ободочная кишка находились въ нижней части грудной полости, между легкимъ и грудобрюшною преградою, плавая въ кровянистой сывороткѣ, количество которой простиралось до цѣлой пинты. Ободочная кишка цвѣтомъ была темнѣе обыкновеннаго, имѣла болѣе рыхлое существо и была растянута испражненіями, смѣшанными съ темноцвѣтною слизью. Длина кишки, лежавшей въ грудной полости, простиралась до одиннадцати дюймовъ. Сальникъ также измѣнился нѣсколько въ цвѣтъ и былъ темнѣе обыкновеннаго; онъ крѣпко приросъ къ краю отверстія, и въ грудной полости лежалъ болѣе нежели половиною своей массы.

«Отверстіе, чрезъ которое вошли эти внутренности въ грудную полость, находилось въ мышечной части грудобрюшной преграды, на разстояніи трехъ дюймовъ отъ пищепріемнаго горла; оно было круглое, имѣло два дюйма въ поперечникѣ; край отверстія былъ гладкій, но гораздо толще, нежели прочія части этой мышцы.

«Брюшина оканчивалась при самомъ краѣ отверстія, такъ что выступившія внутренности вовсе не имѣли мѣшка, свойственнаго обыкновеннымъ грыжамъ, но свободно и безъ всякаго покрывала распространялись по грудной полости, занимали значительное пространство ея и, сильно прижимая лѣвое легкое, довели его до означенной величины.

«Правая сторона груди, правое легкое и сердце были въ здоровомъ состояніи.

«Еслибы истинное свойство этой болѣзни можно было открыть даже при жизни больной, говорить А. Куперъ, то и тогда вся

помощь ограничилась бы только тѣмъ, что напоминало больной собственное ея чувство, т. е. удаленіемъ всякаго тѣлеснаго напряженія.»

Этого же рода грыжа описана въ наблюдении штаб-лекаря И. Ильинскаго, помѣщенномъ въ *Военно-Медицинскомъ Журналѣ*. Вотъ это описаніе. «Крестьянинъ А. Ч., 18 лѣтъ, довольно худощавый, былъ посланъ, 9-го октября 1839 года, на работу, съ которой на другой день, въ 7 часовъ вечера, возвратился больной; онъ жаловался на сильную боль въ сердцѣ, имѣлъ позывъ на рвоту и того же дня въ 12 часовъ ночи умеръ. При вскрытіи тѣла г. Ильинскій нашелъ приливъ крови къ головѣ, *ictum apoplecticum*; въ правой грудной половинѣ, кромѣ легкаго находилось сердце съ своею сумкою; въ лѣвой же легкаго не было вовсе видно, а въ замѣнъ его лежали: желудокъ, поджелудочная желѣза, первая и половина второй кривизны ободочной кишки и часть сальника и брыжейки. Желудокъ, наполненный кашицеобразною пищевою смѣсью, лежалъ входомъ (*cardia*) внизъ и выходомъ (*pylorus*) вверхъ; ободочная кишка, входя въ грудную полость и выходя въ брюшную чрезъ отверстіе грудобрюшной преграды, составила петлю, простиравшуюся въ самый верхъ лѣвой грудной полости—подъ ключицу. Въ мышечной части лѣвой половины грудобрюшной преграды, съ прилежащею къ ней грудною плевою, находилось круглое отверстіе, имѣвшее въ діаметръ три поперечныхъ пальца; оно довольно плотно обхватывало проходившія чрезъ него мягкія части, т. е. входъ желудка, двѣнадцати-перстную кишку, входящую и выходящую кишку ободочную и часть сальника и брыжейки. Судя по темной и кровянистой слизи, покрывавшей всю слизистую оболочку желудка и кишекъ, должно полагать, что эти части передъ смертію были нѣсколько ущемлены. «Съ трудомъ можно было чрезъ это отверстіе вывести въ брюшную полость лежавшія не на своемъ мѣстѣ внутренности. После чего вся лѣвая половина груди сдѣлалась пустою, и тогда уже представилось глазамъ лѣвое легкое, до того уменьшенное въ объемъ, что могло помѣститься въ горсти. Оно оказалось плотнѣе обыкновеннаго. Лѣвая вѣтвь дыхательнаго горла, съ своими раздѣленіями, нѣсколько уменьшена была въ діаметръ. Сердце находилось въ правой грудной полости и удерживалось въ ней даже по опорожненіи лѣвой грудной полости. Величина

его была почти вдвое больше обыкновенного, и стѣнки его были весьма толсты; полости желудочковъ сердца вовсе не содержали крови.

«А. Ч. при жизни часто жаловался на боль подъ ложечкою (сердечную боль), не хорошо всегда себя чувствовалъ послѣ принятия жидкой пищи, а лучше переносилъ пищу твердую и нерѣдко имѣлъ рвоту. Больше объ жизни А. Ч. ничего неизвѣстно» ¹⁾).

Грыжи грудобрюшной преграды, образующіяся постепенно чрезъ нормальныя отверстія діафрагмы, имѣютъ грыжевой мѣшокъ, образуемый брюшиною (peritoneum) и грудною плевою (pleura).

Тѣ грыжи, которыя выходятъ чрезъ отверстіе діафрагмы зависящія отъ неправильнаго образованія этой мышцы, иногда имѣютъ грыжевой мѣшокъ, а иногда не имѣютъ.

Внутренности, обыкновенно входящія въ составъ грыжъ грудобрюшной преграды, суть: желудокъ, colon и большой сальникъ.

Почти всѣ грыжи этого рода выходятъ на лѣвой сторонѣ діафрагмы; причиною этому, безъ сомнѣнія, есть печень, лежащая съ правой стороны.

3) Третьяго рода грыжи діафрагмы образуются отъ разрыва грудобрюшной преграды, или отъ раненія ея, или перелома реберъ. Въ такихъ случаяхъ закрытію раны препятствуетъ давленіе брюшныхъ внутренностей, которыя сперва малыми частями, а потомъ, если больной не умираетъ, и большими долями выходятъ въ полость груди. А Куперъ описываетъ такую грыжу, происшедшую отъ перелома ребра.

Припадки грыжъ грудобрюшной преграды суть слѣдующіе: почти постоянная боль подъ ложечкою, частыя колики въ животѣ, затруднительное пищевареніе отъ частаго давленія подъ ложечкою. Всѣ эти припадки усиливаются почти отъ всякаго движенія. Во многихъ случаяхъ сердце бьется съ правой стороны; дыханія большею частію нельзя слышать въ части груди занимаемой вышедшими изъ живота внутренностями, хотя перкуссія здѣсь и даетъ иногда звукъ ясный. Если грыжа образуется желудкомъ, то тяжестію пищевыхъ веществъ такая грыжа иногда можетъ входить въ животъ; въ такихъ случаяхъ больные чувствуютъ себя гораздо лучше послѣ обѣда.

¹⁾ Военно-Медицинскій Журналъ, ч. XXXVII. 1841.

Когда грыжа ущемляется, то къ сказаннымъ припадкамъ присоединяются припадки внутреннего ущемленія грыжъ.

Въ томъ случаѣ, когда грыжа происходитъ отъ разрыва или раны діафрагмы, припадки присоединяются еще болѣе тяжелые: рвота, запоръ, сильное разстройство пищеварительныхъ отправления, сильная боль живота, наконецъ затруднительное дыханіе, икота, какъ слѣдствіе прижатія легкихъ.

Діагностика всѣхъ этихъ случаевъ затруднительна; но еслибъ онѣ и были бы узнаны, то, спрашивается, что можно сдѣлать? Такой грыжи нельзя ни вправить, ни удержать. Искусство наше остается здѣсь безсильно.

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

НЕЕСТЕСТВЕННЫЙ ПРОХОДЪ ДЛЯ КАЛА (ANUS PRAETERNATURALIS).

Если ущемленная кишка омертвѣваетъ, бываетъ прободена и приростаетъ къ отверстию, ее пропустившему, и отъ этого всѣ или часть кишечныхъ испражнений выходятъ наружу чрезъ это отверстіе, то такое состояніе называется *неестественнымъ* или *случайнымъ каловымъ проходомъ*, anus praeternaturalis, alvus nova, anus contre nature, anus accidentel.

Это есть одно изъ самыхъ дурныхъ послѣдствій ущемленной грыжи, составляющее болѣзнь крайне непріятную, поселяющую отвращеніе въ окружающихъ больного и въ самомъ больномъ и часто сокращающую его жизнь.

Причины. Противуестественное каловое отверстіе происходитъ не только отъ ущемленной грыжи, но можетъ образоваться еще

и вслѣдствіе другихъ обстоятельствъ. Такъ иногда оно происходитъ отъ раны проникающей въ животъ, когда при этомъ кишка была ранена и приросла къ отверстию раны, или если и не ранена, но приросла къ отверстию и омертвѣла. Иногда болѣзнь эта происходила отъ нарыва, развившагося въ кишкѣ приросшей къ брюшной стѣнкѣ и вскрывшагося наружу. Лигатура, наложенная на пуповину вмѣстѣ съ пупочною грыжею, была также иногда причиною этой болѣзни.

Но чаще всего неестественное каловое отверстіе происходитъ вслѣдствіе ущемленія паховой кишечной грыжи и перехода въ антоновъ огонь.

Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ и крайнихъ случаяхъ, это состояніе дѣлается хирургомъ съ цѣлью терапевтическою, дабы избавить больного отъ неминуемой смерти, и въ такомъ случаѣ болѣзнь можно назвать *искусственнымъ каловымъ отверстіемъ*, *anus artificialis*.

Мѣсто. Изъ предыдущаго видно, что обыкновеннѣе всего неестественное каловое отверстіе бываетъ тамъ же, гдѣ и грыжи. Дѣйствительно, чаще это состояніе встрѣчается въ паху и мошонкѣ. Неестественное каловое отверстіе образующееся отъ проникающихъ ранъ можетъ встрѣтиться на различныхъ мѣстахъ живота, какъ и самыя раны. Мѣсто для искусственнаго каловаго отверстія (*anus artificialis*) зависитъ отъ выбора самого хирурга, по обстоятельствамъ.

Анатомическій характеръ. Когда при ущемленной грыжѣ кишка омертвѣваетъ и открывается, то приращенія, болѣе или менѣе крѣпкія, прикрѣпляютъ ее къ шейкѣ грыжеваго мѣшка; при этомъ брыжейка, сокращаясь, притягиваетъ къ себѣ эту шейку вмѣстѣ съ сосѣдними ложными перепонками и сосѣднею брюшною стѣнкою живота и клетчаткою; отъ чего образуется родъ мѣшка, открывающагося въ кишку. Этотъ мѣшокъ Скарпа называлъ *перепончатою воронкою*, *infundibulum membranaceum*, *entonoir membraneux* (см. фиг. 49).

Кишка, выходя въ грыжу, образуетъ родъ колѣна, котораго передняя или выпуклая стѣнка, омертвѣвая, можетъ оставить заднюю или вогнутую стѣнку цѣлою, которая прилегаетъ къ ненормальному отверстию въ видѣ *клина* или простѣнка, *promontorium, septum, érepon*. Поэтому въ неестественномъ каловомъ проходѣ

заслуживаютъ особеннаго вниманія эти двѣ анатомическія части: *infundibulum membranaceum* и *promontorium*.

Неестественный каловый проходъ состоитъ изъ отверстія, чрезъ которое выходятъ испражненія и которымъ оканчивается перепончатая воронка; къ отверстию этому прилегаютъ и оканчиваются два конца кишки, сходящіеся подъ угломъ, составленнымъ заднею уцѣлѣвшею стѣнкою, образующею перепончатый клинъ или простѣнокъ, *promontorium*.

Отверстіе, подобно тому какъ въ старыхъ фистулахъ, имѣетъ края округленные, неровные, красные, отвердѣлые или мозолистые, увлажяемые слизью, болѣе или менѣе смѣшанною съ кишечными испражненіями. Перепончатая воронка, простирающаяся внутрь этого отверстія, имѣетъ различную длину и ширину. Ино-

Фиг. 49.



Фиг. 49. Противуестественный каловой проходъ у женщины, разрѣзанный по направленію оси верхняго и нижняго концовъ кишки. — *a, a*. Входъ или отверстіе противуестественнаго каловаго прохода и мѣсто соединенія слизистой оболочки съ кожею. — *b*. Верхній конецъ кишки. — *c*. Нижній конецъ кишки. — *d*. Простѣнокъ (*promontorium, septum*), образуемый соединеніемъ задней стѣнки обоихъ концовъ кишки. — *e, e*. Стѣнки кишки, сросшіяся и образовавшія простѣнокъ. — *g, g*. Перепончатая воронка (*infundibulum membranaceum*), образуемая брюшиною кишки и брюшиною стѣнкою живота въ мѣстѣ приращенія этихъ частей, могущихъ иногда быть мѣстомъ грыжи (изъ Дюпюитрена).

гда оно бываетъ длиною въ полдюйма, въ другихъ случаяхъ въ дюймъ и даже болѣе; шириною оно можетъ быть въ палецъ и болѣе. Большая длина этой воронки встрѣчается въ давнихъ каловыхъ отверстіяхъ. Длина и ширина перепончатой воронки имѣютъ большое вліяніе на успѣхъ леченія; чѣмъ длиннѣе воронка, тѣмъ болѣе природа способствуетъ исцѣленію этой болѣзни и помогаетъ искусству.

Направленіе воронки часто бываетъ прямое, когда оба конца кишки открываются близъ кожи. Въ противномъ случаѣ, въ особенности послѣ паховыхъ грыжъ, этотъ перепончатый каналъ бываетъ кривой и даже очень извилистый. Въ углубленіи перепончатой воронки, какъ мы замѣтили выше, открывается кишка двумя концами. Верхній конецъ, направленный къ желудку и идущій вверхъ отъ перепончатого пригорка, бываетъ нѣсколько расширенъ, въ особенности тотчасъ надъ простѣнкомъ, а стѣнки этой части кишки нѣсколько утолщены. Отношеніе этого конца къ другимъ органамъ живота остается обыкновенно нормальное.

Нижній конецъ кишки, идущій къ тазу отъ *promontorium membranaceum*, бываетъ суженъ и атрофированъ. Это измѣненіе пропорціонально давности болѣзни и количеству проходящихъ по немъ испражнений. Нижній конецъ кишки едва ли когда зарастаетъ совершенно; но если это и случается, то чрезвычайно рѣдко. Кишечный каналъ въ этомъ мѣстѣ находили проходимымъ даже при существовавшемъ два, шесть и даже десять лѣтъ неестественномъ каловомъ проходѣ.

Перепончатый простѣнокъ, *promontorium*, образуемый, какъ выше замѣчено, заднею или брыжеечною стѣнкою кишки въ томъ мѣстѣ, гдѣ прободенная кишка дѣлаетъ уголъ, напоминаетъ, по своей формѣ, кишечную заслонку (*valvula*). Этотъ простѣнокъ, полулунной формы, есть не что другое, какъ складка кишечной стѣнки. Обѣ его поверхности соотвѣтствуютъ кишечному каналу: одна верхней части разстроенной кишки, а другая нижней. Вершина этой случайной заслонки тѣмъ болѣе выдается, чѣмъ болѣзнь старѣе и чѣмъ нижній конецъ кишки болѣе суженъ. Основаніе простѣнка соотвѣтствуетъ брыжейкѣ. Двѣ пластинки, составляющія эту заслонку, обыкновенно бываютъ неприсосланными, свободными; но иногда онѣ бываютъ сросшимися.

Брыжейка (mesenterium), въ томъ мѣстѣ, гдѣ она прилегаетъ къ перепончатой воронкѣ, представляетъ складки (plicae), болѣе или менѣе плотныя, иногда фиброзныя, направленные къ позвоночному столбу.

Во всѣхъ этихъ анатомическихъ расположеніяхъ иногда замѣчаются различныя уклоненія. Такъ противуестественное каловое отверстіе представляетъ на кожѣ иногда нѣсколько отверстій; такой случай встрѣченъ былъ однажды Вельпо ¹⁾.

Сальникъ также иногда участвуетъ въ образованіи перепончатой воронки. Иногда края прободенной кишки представляютъ не круглое отверстіе, но синузное и со складками.

Встрѣчаются случаи неестественнаго каловаго прохода, въ которыхъ верхній конецъ кишки бываетъ направленъ книзу, а нижній кверху. Дельпешъ ²⁾ видѣлъ случай, въ которомъ нижній конецъ лежалъ надъ верхнимъ и обвивался вокругъ этого послѣдняго. Иногда кишка для образованія promontorii сгибается не по брыжеечному своему краю, но по которому-нибудь боковому. Такое состояніе можетъ иногда продолжаться на нѣкоторомъ разстояніи. Оно встрѣчается тогда, когда покровы грыжи омертвѣли на большемъ пространствѣ и концы кишки прирастаютъ непосредственно къ брюшнымъ стѣнкамъ. Такое состояніе встрѣчали при неестественномъ каловомъ отверстіи въ пупкѣ.

Другое замѣчательное анатомическое расположеніе въ противуестественномъ каловомъ отверстіи состоитъ въ отсутствіи promontorii и вмѣстѣ infundibuli membranacei, или только въ отсутствіи одного promontorii. Такіе случаи встрѣчаются при прободеніи кишки и при приращеніи ея непосредственно не къ грыжевому мѣшку, а къ брюшной стѣнкѣ. Отверстіе въ такомъ каловомъ проходѣ часто бываетъ очень узко. Это анатомическое расположеніе встрѣчается еще въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь склонна къ произвольному заживленію, или когда она бываетъ слѣдствіемъ раны живота или хирургической операціи. Отверстіе въ этихъ случаяхъ, какъ мы сказали, бываетъ невелико; иногда однакожъ оно и здѣсь имѣетъ въ окружности около $\frac{1}{4}$ дюйма.

¹⁾ Médecine opératoire, 2-e edit., t. IV, p. 133.

²⁾ Delpech, Mémorial des hôpitaux du midi, t. II, p. 80.

При отсутствіи *promontorii* и *infundibuli*, кишка мало измѣняется въ своемъ направленіи; она, такъ сказать, только касается и приростае къ отверстию. Однакожь кишка представляетъ въ этомъ случаѣ также разницу между верхнимъ концомъ и нижнимъ, хотя не столько значительную, какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда бываетъ *promontorium*. Но чѣмъ болѣзнь старѣе, тѣмъ разница эта становится очевиднѣе, ибо вначалѣ кишечныя испражненія удобно проходятъ изъ верхняго конца въ нижній и почти всѣ; но потомъ, когда кишечныя испражненія начинаютъ выходить въ большомъ количествѣ, черезъ неестественное отверстіе, нижній конецъ болѣе суживается.

Доселѣ, говоря объ этомъ патологическомъ состояніи, мы имѣли въ виду преимущественно каловое отверстіе въ паху; но почти тоже надобно сказать и о тѣхъ случаяхъ, когда это отверстіе оканчивается на пупкѣ, или гдѣ либо на стѣнкахъ живота. Замѣтимъ только, что въ нѣкоторыхъ очень рѣдкихъ случаяхъ каловое отверстіе открывалось въ верхней части маточнаго влагалища, подлѣ шейки матки; отверстіе въ такомъ случаѣ было узко и сообщалось съ подвздошною кишкою.

Таково вообще анатомическое состояніе противуестественнаго каловаго отверстія. Разсмотримъ теперь механизмъ излеченія этой болѣзни, или тѣ усилія, кои организмъ употребляетъ для сей цѣли.

До Скарпы думали, что концы поврежденной кишки приближаются мало по малу другъ къ другу, такъ что наконецъ мѣста разъединенія соприкасаются между собою. Скарпа первый доказалъ, что брыжейка, идущая отъ позвоночнаго столба къ основанію *promontorii*, плотнѣетъ и мало по малу сокращается. Эта перепонка, при своемъ постепенномъ сокращеніи, оттягиваетъ основаніе *promontorii* въ полость живота; при чемъ она или разворачивается, такъ что острый уголъ изглаживается, или же *promontorium* оттягивается въ направленіи къ позвоночному столбу. Последнее случается гораздо рѣже. Дюпюитрень ¹⁾ и Лальманъ, своими наблюденіями, подтвердили также замѣчанія Скарпы.

Вслѣдствіе такого постепеннаго сокращенія брыжейки, обѣ части кишки болѣе и болѣе отдаляются отъ стѣнокъ живота и уxo-

¹⁾ *Mémoires de l'Académie de médecine, Paris, 1828, t. 1, p. 268.*

даютъ въ брюшную полость; въ то же время уголь, образуемый кишкою, постепенно изглаживается и кишечная петля приближается къ естественному своему положенію въ общей массѣ кишечнаго канала.

Въ то же самое время, съ уменьшеніемъ промоторіи и съ удаленіемъ его отъ отверстія, кишечныя испражненія болѣе и болѣе проходятъ изъ верхняго конца въ нижній, который чрезъ это въ калибрѣ своемъ мало по малу приближается къ нормальному состоянію. Испражнений менѣе и менѣе проходитъ чрезъ брюшное отверстіе случайнаго каловаго прохода; отъ этого оно постепенно суживается, дѣлается настоящимъ свищевымъ (*fistula stercoralis* s. *foecalis*) и наконецъ можетъ совершенно закрыться. Таковъ механизмъ произвольнаго заживленія неестественнаго каловаго отверстія. Можно сказать, что вознагражденіе потери въ стѣнкѣ живота происходитъ на счетъ перепончатой воронки.

Въ то время, когда промоторіумъ притягивается къ позвоночному столбу, перепончатая воронка удлинняется, суживается на всемъ своемъ протяженіи и чрезъ это уменьшаетъ съ одной стороны отверстіе въ кожѣ, а съ другой стороны сближаетъ край на мѣстѣ потери стѣнки. Это уменьшеніе въ калибрѣ перепончатой воронки продолжается еще долго и по заживленіи случайнаго каловаго отверстія, когда *fistula stercoralis* перестала уже вовсе пропускать черезъ себя жидкость. Такое удлинненіе перепончатой воронки со временемъ превращается въ снурокъ, мало по малу истончающійся, дѣлающійся затѣмъ нитевиднымъ и позволяющимъ принять кишкѣ свое подвижное и свободное положеніе въ полости живота. Вѣроятно, какъ думаетъ Дюпюитренъ, этотъ тонкій снурокъ со временемъ можетъ совершенно исчезнуть. Иногда прохожденіе кишечныхъ нечистотъ изъ верхняго конца кишки въ нижній можетъ совершаться другимъ образомъ: можетъ произойти изъязвленіе у основанія промоторіи и такимъ образомъ открывается путь для кишечныхъ испражнений. Пеллей наблюдалъ у одного человѣка обстоятельство этого рода, у котораго испражненіе низомъ почти вдругъ возстановилось: этотъ фактъ, кажется, доселѣ есть единственный въ лѣтописяхъ науки. Описанный нами механизмъ заживленія случайнаго каловаго отверстія почти во всѣхъ случаяхъ совершается одинакимъ образомъ. Однакожь, когда перепончатая

воронка составляется частию или вся сальникомъ, то такое состояніе препятствуетъ заживленію (Вельпо).

По видимому, такое состояніе воронки мало способно къ вытяженію ея и удлиненію въ полость живота.

Припадки.— Неестественный каловой проходъ, встрѣчаясь обыкновенно въ тѣхъ же мѣстахъ гдѣ и грыжи, представляетъ ненормальное отверстіе съ краями отвердѣлыми, неровными, выпуклыми, очень красными и покрытое слизистою оболочкою, прилегающею къ сосѣдней морщинистой кожѣ. Это отверстіе можетъ имѣть въ діаметръ отъ нѣсколькихъ линій до полудюйма и болѣе. Сосѣднія части около отверстія представляются припухшими, отечными и болящими и нерѣдко бываютъ покрыты неправильнымъ рубцомъ.

Главный отличительный характеръ такого неестественнаго отверстія составляетъ вытеченіе изъ него веществъ, содержимыхъ кишками. Вещества эти легко узнаются: они бываютъ жидкія или полужидкія, желтоватаго цвѣта, смѣшанныя съ газами, желчью, слизью и иногда съ непереваренной пищею. Впрочемъ качество выходящихъ черезъ каловой проходъ веществъ условливается большимъ или меньшимъ пребываніемъ пищевыхъ веществъ въ кишечномъ каналѣ и ихъ собственнымъ составомъ.

Никто такъ вѣрно не описалъ фізіологическихъ явленій этой болѣзни, какъ Дюпюитренъ. Мы заимствуемъ изъ этого описанія слѣдующее.

«Въ естественномъ состояніи кишка свободная и подвижная, хотя и удерживаемая брыжейкою, образуетъ въ полости живота родъ однообразныхъ дугъ, чрезъ которыя проходятъ пищевыя вещества удобно и безъ усилій: при неестественномъ каловомъ отверстіи, этотъ рядъ кривизнъ, столь способствующій прохожденію пищевыхъ веществъ, тотчасъ измѣняется. Кишечная петля удлиняется, направляется къ брюшному отверстію и принимаетъ форму треугольника, котораго основаніе обращено къ брыжейкѣ, а стороны— одна къ желудку, а другая къ естественному каловому отверстію (anus). Отъ этого одного уже углового направленія кишки дѣлается измѣненіе въ правильномъ и однообразномъ прохожденіи пищевыхъ и испражнительныхъ веществъ, — обстоятельство, впрочемъ, замѣчаемое нами ежедневно и въ простыхъ грыжахъ. Подвижность кишки, это другое условіе кишечнаго канала, столь необходимое для измѣненія положенія, объема, формы и въ особенности для движеній

перистальтическихъ и антиперистальтическихъ, помощью которыхъ перемѣщается содержимое въ кишкахъ. Она скоро змѣняется, на большемъ или меньшемъ пространствѣ, совершенною неподвижностью, причиняемою болѣе или менѣе крѣпкимъ приращеніемъ. Это приращеніе не только препятствуетъ движенію кишекъ, но имѣетъ еще другое важное послѣдствіе: часть кишки, приросшая къ отверстию живота и сдѣлавшаяся неподвижною, становится постоянною точкою опоры усилій кишечнаго канала, къ которой эти напряженія постоянно привлекаютъ и направляютъ содержимое въ кишкахъ, отъ чего рождается ускоренное прохожденіе содержимаго кишками отъ желудка до противуестественнаго каловаго отверстія».

«Но здѣсь еще болѣе важно то, что пространство, проходимое пищею, уменьшается, продолжительность ея пребыванія въ кишечномъ каналѣ сокращается, ея перевариваніе совершается не вполне, всасываніе уменьшается, питаніе измѣняется, наконецъ изверженіе кишечныхъ нечистотъ не подчиняется волѣ, какъ мы это увидимъ тотчасъ».

«Всякое животное имѣетъ кишечный каналъ, котораго длина обусловливается свойствами пищи, его питающей, и каждая часть этого канала оказываетъ на пищевыя вещества, въ ней проходящія, дѣйствіе особенное и отличное отъ того, которое ему предшествовало и которое ему будетъ слѣдовать; отсюда происходитъ, что случайное каловое отверстіе, уменьшая длину кишечнаго канала, уменьшая сумму выработки, испытываемой пищевыми веществами, болѣе или менѣе должно вредить пищеваренію. Вредъ этотъ или разстройство тѣмъ значительнѣе, чѣмъ случайное это отверстіе находится ближе къ желудку, или другими словами, чѣмъ длина самой дѣятельной части кишечнаго канала болѣе укорочена».

«Тожѣ должно сказать о продолжительности пребыванія пищевыхъ веществъ въ кишечномъ каналѣ. Эта продолжительность, пропорціональная длинѣ пищеварительнаго канала и качествамъ пищи, всегда сокращается болѣе или менѣе въ болѣзни, насъ занимающей. Всѣ эти различныя измѣненія въ условіяхъ и въ отправленіи кишечнаго канала имѣютъ одинъ общій результатъ: изверженіе пищевыхъ веществъ прежде ихъ совершеннаго переваренія, или по крайней мѣрѣ прежде нежели они могли оставить изъ себя въ тѣлѣ

всѣ содержимыя ими питательныя начала. Поэтому вещества, извергаемыя черезъ случайное каловое отверстіе, представляютъ смѣсь изъ пищи совершенно переваренной и изъ пищевыхъ веществъ вовсе непереваренныхъ».

«Всасываніе питательнаго сока (chylus) разстроивается. Въ нормальномъ состояніи для этого отправленія необходима большая поверхность; оно обыкновенно совершается, хотя въ различной степени, на всей длинѣ и всею внутреннею поверхностью кишекъ. Эта поверхность, столь необходимая, при случайномъ каловомъ отверстіи ограничивается поверхностью кишечнаго канала, заключающеюся между этимъ отверстіемъ и желудкомъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ всасывающая поверхность до того бываетъ ограничена, что пищевыя вещества выходятъ черезъ это неестественное отверстіе перемѣшенными съ пищевою желудочною кашицею (chymus), изъ которой всасывающіе сосуды не успѣли еще извлечь питательнаго сока (chylus)».

«Отъ этихъ важныхъ измѣненій въ отправленіи кишекъ и всасывающихъ сосудовъ зависитъ измѣненіе замѣчаемое въ питаніи. У однихъ людей питаніе поддерживается безъ очень замѣтнаго уменьшенія, у другихъ оно быстро измѣняется, смотря потому, находится ли случайное каловое отверстіе ближе или дальше отъ желудка. Если оно очень близко, напримѣръ при началѣ тонкихъ кишекъ, то силы уменьшаются, тѣло худѣетъ и высыхаетъ, кожа принимаетъ сѣрый, землистый цвѣтъ и больной умираетъ отъ истощенія, чрезъ болѣе или менѣе короткое время».

«Нужно ли здѣсь говорить о произвольномъ истеченіи кишечныхъ нечистотъ? Неестественное каловое отверстіе, образовавшееся случайно, не имѣетъ и не можетъ имѣть какого нибудь мышечнаго аппарата, способнаго открывать и закрывать отверстіе по мѣрѣ надобности и по волѣ чловѣка. Это отверстіе всегда раскрыто, слѣдовательно всегда готово для пропущенія содержимаго кишками и постоянно притекающаго».

«Отсюда происходитъ для больныхъ новый рядъ непріятностей, менѣе важныхъ, безъ сомнѣнія, но живѣе ими ощущаемыхъ, нежели разстройство питанія. Дѣйствительно, отъ постояннаго произвольнаго выходенія веществъ слизистыхъ, желчныхъ, пищевыхъ или каловыхъ, смотря по состоянію пищеваренія и высоты, гдѣ находится случайное отверстіе, развивается отвратительный,

непріятный запахъ около тѣла и въ платъ, опрѣлости, трещины (fissurae), рожистое воспаленіе, иногда нестерпимый зудъ, — что все причиняетъ несчастнымъ больнымъ почти ежеминутное мученіе, доводящее ихъ до отвращенія отъ жизни.»

«Это мученіе слабо лишь укрощается обмываніями, обтираніями и другаго рода опрятностью. Различные пріемники, изобрѣтенные для принятія выходящаго изъ отверстія, составляютъ лишь средства палліативныя и слабыя; одно только прижатіе отверстія задерживаетъ испражняемое изъ кишокъ и мѣшаетъ его выходу наружу. Но за то оно часто можетъ породить тяжелые припадки, заставляющіе избѣгать этого средства. Таковы явленія и слѣдствія случайнаго каловаго отверстія ¹⁾.»

Изъ внимательнаго сравненія всего выше сказаннаго, безъ сомнѣнія, можно видѣть тѣ обстоятельства, которыя природа употребляетъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, для излеченія этого рода болѣзней, и тѣ, которыя въ другихъ случаяхъ заставляютъ болѣзнь эту противодѣйствовать усиліямъ искусства и природы.

Часть кишечныхъ испражнений можетъ выходить при болѣзни этой натуральнымъ путемъ *per anum*, но обыкновенно они выходятъ почти всѣ черезъ случайное отверстіе.

Осложненія. — Главныя осложненія этой болѣзни суть: заворотъ (*invaginatio*) одного изъ концовъ кишки или обоихъ вмѣстѣ, ихъ ущемленіе, опухоль перепончатой воронки, изліяніе веществъ, содержимыхъ кишками, воспаленіе наружныхъ или внутреннихъ частей и грыжа.

Подъ вліяніемъ тѣлесныхъ напряженій или по неизвѣстной причинѣ, верхній конецъ кишки, иногда завернувшись самъ внутрь себя, входитъ въ случайное каловое отверстіе и выдается наружу. Завернутая кишка образуетъ въ отверстіи опухоль округленную, красную, устланную мелкими бугорками слизистыхъ желѣзокъ; эта опухоль въ центрѣ имѣетъ небольшое вогнутое отверстіе, чрезъ которое выходятъ кишечныя вещества. Основаніе такой опухоли окружено краемъ случайнаго каловаго отверстія. Выпуклость, образуемая снаружи вывернувшейся кишкою, можетъ имѣть въ окружности дюймъ и гораздо болѣе.

¹⁾ *Mémoires de l'Académie royale de médecine, Paris, 1828, t. I, p. 280.*

Обыкновенно выворачивается такимъ образомъ верхній конецъ кишки; но иногда это же самое случается и съ нижнимъ. Въ нѣкоторыхъ очень рѣдкихъ случаяхъ этотъ заворотъ случается разомъ на обоихъ концахъ кишки, чему разительный примѣръ представилъ Сабатье ¹⁾. Этотъ заворотъ кишки обыкновенно удобно вправляется, но иногда онъ бываетъ *невыправимъ*, въ особенности если заворотился нижній конецъ. Главныя причины невыправимости въ этомъ случаѣ суть: отекъ (oedema) вывернувшейся части, суженіе или сжатіе случайнаго каловаго отверстія, происшедшее надъ выпавшею кишкою, наконецъ приращеніе, образовавшееся между выпавшими частями. Эта послѣдняя причина была замѣчена Крювелье.

Конецъ вывернувшейся кишки, какъ верхній, такъ и нижній, способны ущемиться. Это обстоятельство можетъ зависѣть отъ опухоли и увеличеннаго объема выдавшейся кишки и отъ суженія ненормальнаго отверстія. Ущемленные части становятся багровыми, темнобураго цвѣта и могутъ омертвѣть; въ то же время развиваются припадки обыкновеннаго ущемленія грыжъ, за чѣмъ нерѣдко наступаетъ скоро и смерть. Омертвѣніе можетъ ограничиться только поверхностнымъ слоемъ завернувшейся и выпавшей кишки, но чаще омертвѣваетъ цѣлая ея петля.

Припадки ущемленія одинаково развиваются, будетъ ли ущемленъ верхній или нижній конецъ кишки.

Кромѣ того, суженіе неестественнаго каловаго отверстія можетъ иногда причинять обыкновенныя припадки ущемленія безъ присутствія заворота кишки. Такое обстоятельство можетъ случиться отъ быстрого сокращенія каловаго отверстія, мѣшающаго прохожденію кишечныхъ нечистотъ изъ верхняго конца въ нижній и даже наружу. Это же самое можетъ произойти отъ уплотненія кишечныхъ нечистотъ, скопившихся въ верхнемъ концѣ кишки, отъ скопившихся здѣсь постороннихъ тѣлъ, напр. косточекъ плодовъ, глисть и проч. Въ такомъ случаѣ обыкновенно происходитъ припухлость перепончатой воронки. Кромѣ того, послѣдствіемъ такого состоянія можетъ быть *разрывъ приращеній* кишки къ грыжевому мѣшку (Дююитрентъ, Вельпо), или даже разрывъ верхняго конца кишки, о чемъ упоминаетъ Скарпа въ своемъ сочиненіи о грыжахъ.

¹⁾ *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 600.

Постороннія тѣла, помѣстившись въ верхнемъ концѣ кишки, когда даже не производятъ припухлости перепончатой воронки и вышеупомянутыхъ припадковъ, составляютъ настоящее осложненіе въ томъ отношеніи, что присутствіемъ своимъ могутъ мѣшать исцѣленію случайнаго отверстія.

Разрывъ приращеній, отъ чего бы онъ ни происходилъ, отъ припухлости перепончатой воронки, или отъ приѣмовъ хирурга, можетъ быть часто причиною *изліянія содержимаго въ кишкахъ*, въ полость брюшины или въ различные слои брюшной стѣнки. Въ первомъ случаѣ кишечныя вещества производятъ сильное и смертельное воспаленіе брюшины; иногда отъ этого образуется только вокругъ излившагося вещества ложно-перепончатое выпотѣніе и дѣлается нарывъ (*abscessus stercorarius*) — болѣзнь почти столько же опасная, какъ и первая.

Когда случаются изліянія между различными слоями стѣнки живота, то образуются: опухоль красная, сине-багровая, иногда покрытая черноватыми пузырьками (*phlyctenae*), нарывы, изъ которыхъ вытекаетъ вонючій, перемѣшанный съ каловыми испражненіямъ гной, выходятъ сѣрые куски помертвѣлой кѣтчатки и представляются обнаженными мышечныя ткани. Такое разстройство можетъ распространяться иногда на довольно значительное пространство, и если человѣкъ его переживаетъ, то остаются фистулы углубленныя, съ краями твердыми и покрывающіяся по временамъ струпьями.

Иногда, впрочемъ въ очень рѣдкихъ случаяхъ, видѣли при этой болѣзни еще слѣдующее осложненіе. Между двумя концами кишки помѣщалась петля здоровой кишки, выходила наружу тотчасъ съ боку случайнаго каловаго отверстія и производила такимъ образомъ грыжу (Дельпешъ). Иногда такимъ образомъ выходилъ сальникъ (Траверсъ). Въ этихъ случаяхъ грыжевая опухоль помѣщается рядомъ съ красноватымъ и выпуклымъ отверстіемъ, пропускающимъ кишечныя вещества.

Распознаваніе. — Определить, что въ данномъ случаѣ существуетъ случайное каловое отверстіе, вообще легко. Предшествовавшее состояніе болѣзни покажетъ, что болѣзнь произошла или отъ раны живота, или отъ ущемленной грыжи, или отъ нарыва (*abscessus stercorarius*). Болѣзнь обнаруживается выходеніемъ изъ ненормальнаго отверстія газовъ и кишечныхъ испражненій, которыхъ

или мало или вовсе не выходитъ натуральнымъ путемъ. Бѣлье и перевязочныя вещества имѣютъ запахъ кишечныхъ испражнений. Форма этого случайнаго отверстія бываетъ округленная, съ краями припухшими, красными и влажными; мѣсто его тамъ, гдѣ обыкновенно развиваются грыжи, или гдѣ была нанесена рана.

Однакожь если отверстіе очень узко и отдѣляетъ только малое количество жидкости, то болѣзни съ перваго разу можно не узнать и принять ее за лимфатическую фистулу. Но и въ этомъ случаѣ выходѣ жидкости изъ фистулы, спустя нѣкоторое время послѣ принятія пищи, и микроскопическое изслѣдованіе выходящаго, могутъ вывести изъ сомнѣнія.

При этой болѣзни часто нужно знать присутствіе перепончатого простѣнка, *promontorium*, длину перепончатой воронки и состояніе верхняго и нижняго концовъ кишки. Для этого лучше всего, если отверстіе довольно велико, употреблять палецъ, а въ противномъ случаѣ — зондъ. Если же отверстіе очень мало и не пропускаетъ даже зонда, то его нужно предварительно расширить каучуковыми бужами, восковою губкою или корнемъ *gentianae*. Послѣ расширенія пальцомъ легко можно убѣдиться въ длинѣ воронки, въ присутствіи *promontorii* и въ направленіи концовъ кишки. *Promontorium* узнается по тому, что онъ подъ пальцомъ представляется въ видѣ неровной, длинной и удобоподвижной складки позади отверстія. Сверху этой складки палецъ входитъ обыкновенно въ верхній конецъ кишки, довольно обширный и часто содержащій пищевыя вещества. Внизъ отъ складки палецъ встрѣчаетъ нижній конецъ кишки, обыкновенно болѣе узкій, нежели верхній. Однакожь должно замѣтить, что нижній конецъ кишки не всегда легко открыть даже и пальцомъ.

Какъ узнать, какая часть кишки образуетъ неестественное каловое отверстіе? Предшествовавшее состояніе болѣзни и мѣсто, занимаемое каловымъ отверстіемъ на животѣ, мало могутъ разъяснить это обстоятельство. Внѣшній видъ, плотность и запахъ выходящихъ изъ отверстія веществъ суть главные обстоятельства, по которымъ можно опредѣлить уже съ большею вѣроятностію, толстая или тонкая кишка повреждена. Палецъ, введенный въ отверстіе и открывающій серповидныя заслонки (*valvulae conniventes*), еще болѣе прояснитъ этотъ вопросъ.

Что касается до опредѣленія съ точностію, которая именно изъ тонкихъ кишекъ повреждена, то это, кажется, совершенно невозможно; ибо свойство кишечныхъ веществъ весьма бываетъ различно у различныхъ людей и даже у одного и того же чело-вѣка, по состоянію пищеварительныхъ управленій.

Перейдемъ къ распознаванію осложнений. *Invaginato* открывается очень легко, по признакамъ, нами уже сказаннымъ.

Ущемленіе узнается по опухоли, образовавшейся внѣ отверстія, краснаго или темнобагроваго цвѣта; по ея невраимости, по боли, тошнотѣ, рвотѣ, икотѣ и проч.; однимъ словомъ, здѣсь появляются признаки обыкновеннаго ущемленія. Припухлость перепончатой воронки обнаруживается почти подобными припадками; но здѣсь нѣтъ снаружи опухоли, образуемой кишкою. Отверстіе представляется суженнымъ, припухшимъ, раздраженнымъ и мало или вовсе не пропускаетъ веществъ содержимыхъ въ кишкахъ. Позади ненормальнаго отверстія можно ощущать опухоль довольно плотную, постепенно развивающуюся и которая обыкновенно предшествуетъ припадкамъ ущемленія.

Обыкновенно вслѣдствіе этихъ припадковъ, или вслѣдствіе наружнаго насилія, или наконецъ отъ усилившагося воспаленія, происходитъ *разрывъ приращенія*; поэтому такое состояніе разъясняется съ одной стороны предшествующими явленіями, а съ другой—припадками *изліянія* въ брюшную полость содержимаго кишками и развитія сильнаго воспаленія брюшины, обнаруживающагося сильною жгучею болью въ животѣ, лихорадкою, упадкомъ силъ, измѣненіемъ лица, неправильнымъ пульсомъ, опухолью живота и сосѣднихъ частей ненормальнаго отверстія.

Помѣщеніе здоровой петли кишки между концами кишки составляющими случайное каловое отверстіе можетъ быть открыто помощію зонда и пальца, введенныхъ въ концы кишки, причемъ они окажутся свободными; кромѣ сего, при этомъ бываютъ урчаніе и колики въ животѣ.

Предсказаніе. — Неестественный каловой проходъ составляетъ всегда тяжелую болѣзнь, трудную для излеченія и при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ неизбѣжно ведущую къ смерти. Болѣзнь эта однако иногда излечивается и произвольно; чѣмъ отверстіе будетъ ближе къ желудку, тѣмъ болѣзнь опаснѣе. По-

нятно, что всасываніе и питаніе тѣмъ будутъ несовершеннѣе, чѣмъ отверстіе находится ближе къ желудку. Отверстіе образуемое прямою кишкою, ободочною и слѣпою не оказываетъ почти никакого вліянія на питаніе; отверстіе подвздошной (ілеумъ) кишки оказываетъ уже болѣе замѣтное вліяніе на организмъ; наконецъ отверстіе образуемое тощей кишкою (jejunum) и въ особенности верхнею ея частію причиняетъ быстрое истощеніе организма и доводитъ человѣка до истощенія и смерти.

Съ другой стороны, неестественный каловой проходъ, на какомъ бы мѣстѣ онъ ни находился, тѣмъ опаснѣе, чѣмъ большее количество чрезъ него выходитъ веществъ пищевыхъ и каловыхъ.

Случайный каловой проходъ, въ отверстіи котораго можно найти оба конца кишки, даетъ по наблюденіямъ предсказаніе гораздо выгоднѣйшее, нежели тотъ, въ которомъ открывается одинъ верхній конецъ кишки.

Чѣмъ болѣзнь проще и не сопряжена съ осложненіями, тѣмъ она удобоизлечимѣе и менѣе опасна.

Случайныя каловыя отверстія, находящіяся на такихъ частяхъ, гдѣ удобно можно соблюдать опрятность и гдѣ удобно приспособляются различные аппараты, придуманные для пріема извергаемыхъ веществъ, во всякомъ случаѣ болѣе благоприятны, нежели другія, находящіяся въ противныхъ условіяхъ.

Вообще степень измѣненія организма, причиняемая питаніемъ въ этой болѣзни, должна служить основаніемъ предсказанія. Другія обстоятельства болѣзни въ этомъ отношеніи не такъ важны.

Леченіе. — Леченіе этой болѣзни бываетъ радикальное и палліативное. Показанія при леченіи неестественнаго каловаго отверстія слѣдующія: 1) устранить осложненія; 2) если нѣтъ перепончатаго простѣнка, то стараться заживить отверстіе; 3) когда существуетъ простѣнокъ, то его должно отдалить или уничтожить, возстановить сообщеніе между верхнимъ и нижнимъ концами кишки, потомъ заживить наружное отверстіе; 4) когда наружное отверстіе лежитъ очень высоко и питаніе организма сильно разстроивается, то должно заботиться о поддержаніи питанія; 5) если при случайномъ каловомъ отверстіи нельзя произвести операціи, или операція не удалась, то должно облегчать страданія больного. Выполненіе послѣднихъ двухъ показаній составляетъ палліативное

лечение; удовлетворение же первымъ тремя показаніямъ — радикально излечиваетъ болѣзнь.

Радикальное лечение. — 1. *Лечение осложнений.* — Когда наружные покровы очень раздражены, воспалены, окружены каллезностями, то прежде операціи нужно привести ихъ въ естественное состояніе опрятностію, смягчительными разрыхляющими мазями и припарками, ваннами, прижатіемъ и покоемъ.

Если свищевыхъ отверстій много, или они представляютъ видъ сѣтчатой лейки, то надобно соединить ихъ въ одно, или даже удалить опухоль, въ которой они заключаются.

Выворотъ кишки (invaginatio) выправляется обыкновенными приемами, производимыми въ горизонтальномъ положеніи. Если вывернутый конецъ опухъ, то его покрываютъ спирально наложенною круговою повязкою, производя умеренное и благоразумно рассчитанное давленіе и уменьшая его отъ верхушки къ основанію опухоли. Если къ вывороту присоединяется ущемленіе, то его разрыхляютъ, проведя бистурей къ корню опухоли, между нею и кожею, и раздѣляя вверхъ и послѣдовательно кожу, сухожилія и мышцы.

Наконецъ, нужно иногда бываетъ расширить свищевой проходъ, ведущій къ основанію воронки: это можно сдѣлать помощью каучуковыхъ зондовъ, кускомъ корня горечавки или цилиндромъ восковой губки.

2. *Если нѣтъ перепончатого простѣпка, то надо стараться заживить отверстіе.* — Для этого употребляли прижатіе корпійными шариками, обсыпанными порошкомъ канифоли, прижатіе эластическимъ грыжевымъ бандажемъ, прижиганіе азотнокислымъ серебромъ, аутопластическую индійскую методу, шовъ и проч. Но отъ всѣхъ этихъ средствъ мало видѣли пользы. Рейбаръ предлагалъ свой кишечный шовъ, состоящій въ обхватываніи нитяною петлею деревянной пластинки, помѣщенной въ кишкѣ позади раны, для прекращенія всякаго сообщенія внутренностей съ наружностію. Однакожъ доселѣ этотъ способъ никѣмъ, кажется, еще не былъ употребленъ съ успѣхомъ.

Мальгень совѣтуетъ слѣдующаго рода шовъ: онъ начинается обновленіемъ или окровавленіемъ неестественнаго отверстія во всей толщѣ до кишки исключительно, тщательно отдѣляя послѣднюю отъ наружныхъ приращеній ея, но съ тою однако же осто-

рожностію, чтобы не вскрыть брюшину, для чего лучше всего не доходить разрывомъ, на нѣсколько линій, до брюшины. Тогда Мальгенъ заворачиваетъ отдѣленное внутрь раны и соединяетъ его швомъ, такъ что все отдѣленное прикоснется наружными своими поверхностями. Поверхъ этого перваго шва мягкія части и покровы соединяются другимъ швомъ, принимая притомъ всѣ предосторожности. Если была потеря массы, то нужно прибѣгнуть, по совѣту Мальгеня, при наружномъ швѣ, къ аутопластикъ. Однимъ словомъ, главный пунктъ этого способа состоитъ въ изолированіи кишки и въ заворотѣ внутрь обѣихъ губъ ея, чтобы закрыть потомъ наружную рану. Этотъ способъ шва въ этой болѣзни въ настоящее время можно считать лучшимъ. Мальгенъ говоритъ, что онъ его уже испыталъ съ успѣхомъ.

Однакожъ замѣтимъ, что къ наложенію шва, при заживленіи неестественнаго каловаго прохода, должно прибѣгать тогда, когда прижатіе и прижиганіе оказались безуспѣшными. Притомъ нужно помнить, что остающійся, послѣ этихъ операцій свищъ, представленный самому себѣ, заживаетъ часто произвольно, если только не существуетъ препятствія въ кишкахъ для прохожденія содержимыхъ въ нихъ веществъ. Больной, во время этихъ операцій, долженъ быть на діетѣ.

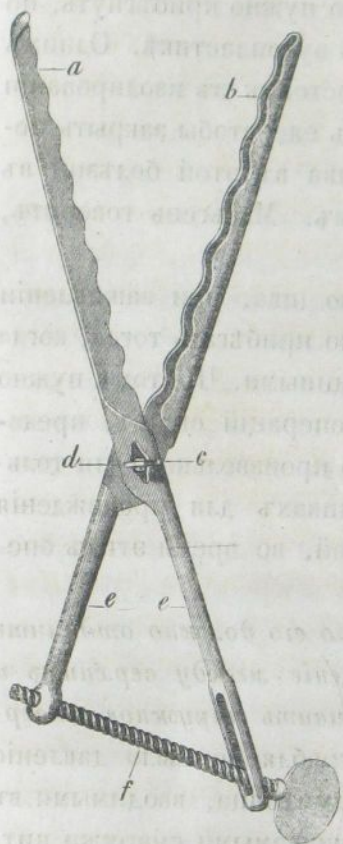
3. *Когда существуетъ простѣнокъ, то его должно отдалить или уничтожить, возстановить сообщеніе между верхнимъ и нижнимъ концами кишки, потомъ заживить наружное отверстіе.* — Для отдаленія простѣнка употребляемо было давленіе пучками корпій, сложенными въ видѣ полумѣсяца, вводимыми въ верхній и нижній концы кишки и удерживаемыми снаружи ниткою. Способъ этотъ предложилъ Дезо. Это средство, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, приносило пользу, но рѣдко. Поэтому въ настоящее время предпочитается уничтоженіе перепончатаго простѣнка по методу придуманной Шмалькальденомъ (1798 года) и усовершенствованной Дюпюитреномъ. Прежде описанія этой методы, не излишнимъ считаемъ напомнить о показаніяхъ и противопоказаніяхъ операціи по способу Дюпюитрена.

Операція назначается: 1) гдѣ существуетъ простѣнокъ и гдѣ мы находимъ оба конца кишки; 2) если неестественный каловой проходъ существуетъ уже нѣсколько мѣсяцовъ (не менѣе 4-хъ) и нѣтъ никакой надежды на исцѣленіе его силою природы;

почему не должно слишком торопиться съ этою операціею; 3) если не имѣется слишкомъ раздраженнаго состоянія кишечнаго канала, ибо иначе должно опасаться худыхъ послѣдствій отъ воспаления кишокъ.

Операція запрещается: 1) когда неестественный каловой проходъ недавно образовался; 2) когда находится сращеніе заднепроходнаго отверстія, сѣуженіе прямой или ободочной кишокъ и проч.; 3) когда существуетъ недостатокъ нижняго конца кишки въ каловомъ проходѣ, и 4) когда сильно раздраженъ кишечный каналъ.

Фиг. 50.



Фиг. 50. Энтеротомъ Дюпюитрена, представленный въ половину обыкновенной величины. — *a.* Мужская вѣтвь инструмента. — *b.* Женская вѣтвь инструмента, снабженная волнистымъ жолобкомъ. — *c.* Мѣсто пересѣченія вѣтвей энтеротома. — *d.* Подвижной винтъ или ключъ, служащій для соединенія вѣтвей инструмента. — *e, e.* Рукоятка вѣтвей инструмента. — *f.* Винтъ, служащій для сближенія вѣтвей энтеротома.

Дюпюитренъ, для произведенія этой операціи, изобрѣлъ особенный инструментъ (см. фиг. 50) въ родѣ щипцовъ, называемый энтеротомомъ (*entérotome*). Энтеротомъ состоитъ изъ двухъ отдѣльныхъ вѣтвей, изъ которыхъ одна, *branche femelle*, представляетъ на одной изъ сторонъ своихъ довольно широкій и глубокий жолобокъ для принятія остраго конца другой вѣтви, *branche male*; дно этого жолобка волнистое, и край вѣтви, должествующей помѣщаться въ немъ, также представляетъ соотвѣтствующія волнистости, для того, чтобъ увеличить обширность поверхности, которую должны охватывать щипцы. Обѣ эти вѣтви по произволу соединяются между собою помощію подвижнаго стержня, придѣланнаго къ жеиской вѣтви и принимаемаго пазомъ мужской вѣтви. За точкою соединенія ихъ, каждая изъ вѣтвей представляетъ рукоятки неодинаковой длины, до желаемой степени сближаемыя между собою помощію давя-

щаго винта. Инструментъ имѣетъ всего 19 сантиметровъ (около $4\frac{1}{2}$ вершковъ) длины, а длина части вѣтвей, назначенныхъ проникать въ кишку, $2\frac{1}{2}$ вершка.

Прежде всего надобно открыть оба отверстія кишки, что нерѣдко достигается съ трудомъ. Больной принимаетъ такое же положеніе, какъ для операціи надъ ущемленною грыжею. Верхній конецъ, испражняющій каловыя вещества, довольно хорошо распознается простымъ введеніемъ пальца; и если встрѣчается простѣнокъ, то легко найти потомъ и нижній конецъ. Но неодинаковое расположеніе концовъ кишки затрудняетъ введеніе пальца. Послѣдній замѣняется двумя женскими зондами, которые вводятся, одинъ въ верхній, другой въ нижній конецъ кишки; если тогда попробовать повернуть ихъ одинъ около другаго, то испытываемое сопротивленіе и боль, чувствуемая больнымъ, указываютъ на растягиваніе и напряженіе простѣнка.

Опредѣливъ положеніе обоихъ концовъ, операторъ беретъ правою рукою одну изъ вѣтвей энтеротома и по указательному пальцу или по женскому зонду проводитъ ее въ одинъ изъ концовъ кишки, на пять сантиметровъ глубины или болѣе, смотря по выстоянію простѣнка. Эта вѣть передается помощнику и такимъ же образомъ и до такой же глубины вводится другая вѣть въ другой конецъ кишки. Тогда онѣ соединяются стержнемъ своимъ и постепенно сближаются давящимъ винтомъ, который приводится въ дѣйствіе всякій разъ, какъ замѣчается расслабленіе между вѣтвями. Каждый новый оборотъ винта причиняетъ непродолжительныя боли и довольно рѣдко другіе болѣе важныя припадки. Понятно дѣйствіе энтеротома: онъ увеличиваетъ длину параллелизма обоихъ концовъ кишки, прижимаетъ простѣнокъ ихъ и, давленіемъ своимъ, образуетъ крѣпкое сращеніе обѣихъ пластинокъ его между собою и потомъ полное сѣченіе частей, сдавленныхъ между вѣтвями щипцовъ. Обыкновенно на осьмой день, а иногда и раньше, онъ становится подвижнымъ и отпадаетъ; тогда на днѣ женскаго желобка находится бурый, сухой струпъ, въ видѣ очень тонкаго волнистаго ремешка, котораго длина указываетъ на длину потери, произведенной въ кишкѣ.

Палецъ, введенный въ свищъ, распознаетъ остатки простѣнка, по ихъ синуознымъ, твердымъ и набухшимъ краямъ, представляющимъ чрезвычайный контрастъ съ мягкостію сосѣдней слизи-

стой оболочки. После этого открывается обширное сообщеніе между обоими концами кишки и повторенными клистирами въспомоществуютъ прохожденію испражняемыхъ веществъ въ нижній конецъ ея.

Ліотаръ, Дельиешъ и Рейбаръ измѣнили энтеротомъ Дюконтрена.

Въ инструментъ Ліотара вѣтви представляютъ на концахъ своихъ два овальныя кольца, въ 4 сантиметра длины и въ 2 ширины; изъ нихъ одно имѣетъ окружную бороздку, въ которую вкладывается соответственная выпуклость другаго кольца. Обѣ вѣтви касаются между собою только этими кольцами, такъ что отдѣ-

Фиг. 51.



Фиг. 51. Положенный энтеротомъ Дюконтрена. — *a*. Винтъ, помощью котораго сдвигаются вѣтви инструмента. — *b, b*. Вѣтви инструмента, приближенные другъ къ другу. — *c*. Верхній конецъ кишки. — *d*. Нижній конецъ кишки. — *e, e*. Стѣнки кишки, захваченныя энтеротомомъ, приближенные другъ къ другу и прижатыя вѣтвями инструмента. — *f, f*. Начало простѣнка, лежащее между вѣтвями инструмента. — *g, g*. Концы вѣтвей энтеротома, проникающіе на три дюйма внутрь отъ паружнаго паховаго отверстія и которыми прижимается основаніе простѣнка.

ляютъ изъ простѣнка эллиптическую долю въ пунктѣ очень отдаленномъ отъ свободнаго края простѣнка, и такъ что калъ проходить чрезъ новое отверстіе, не имѣя надобности приближаться къ наружному свищу.

Дельпешъ оканчивалъ вѣтви своего энтеротома двумя скорлупами, похожими на орѣховыя, слѣдовательно безъ явной пользы дѣлалъ инструментъ сложнѣе.

Какой бы инструментъ ни былъ употребленъ, по восстановленіи сообщенія между обоими концами кишки должно стараться заростить наружное отверстіе. Это самая трудная обязанность хирурга.

Мы уже видѣли выше, что для этого употребляется прижиганіе азотнокислымъ серебромъ, оживленіе краевъ и наложеніе шва, *sutura circumvoluta*, и наконецъ аутопластія.

Не смотря на всѣ усилія, хирургъ часто не достигаетъ полнаго закрытія наружнаго отверстія, и остается свищъ, *fistula stercoralis*; но эта болѣзнь сравнительно менѣе тягостна и слѣдовательно больной все таки много выигрываетъ послѣ операціи. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ слѣдуетъ ограничиться средствами палліативными.

Рюие предложилъ *вырѣзывать треугольный лоскутъ* изъ перепончатаго простѣнка. Онъ старался захватить полипными щипцами *promontorium*, потомъ натягивалъ его впередъ и вырѣзывалъ изъ него лоскутъ въ видѣ латинской буквы V. Больной, имъ оперированный, выздоровѣлъ. Но опасность перейти при вырѣзываніи за границу приращенія должна отвергнуть этотъ способъ.

Леченіе палліативное. При этомъ леченіи также сперва нужно устранить осложненія: раздраженіе отверстія, рожистое воспаленіе, мозолистости, выворотъ кишки и проч., средствами указанными выше. Если случайное каловое отверстіе образуется кишечнымъ каналомъ очень высоко, то питаніе, какъ мы уже сказали, сильно разстроивается и больной впадаетъ въ истощеніе. Въ такомъ случаѣ нужно стараться по возможности поддерживать силы больного питательною пищею и впрыскиваніемъ въ нижній конецъ кишки крѣпкаго бульона. Въ 1842 году, Вуальмье, въ Парижскомъ *Hôtel-Dieu*, доказалъ выгоды этого способа надъ одною женщиною. Впрыскиванія этого рода не только питаютъ больного, но

еще до нѣкоторой степени и препятствуютъ стѣженію нижняго конца кишки.

Когда случайное каловое отверстіе неизлечимо, то нужно по возможности облегчать такое увѣще препятствіемъ выходу кишечныхъ изверженій, или принятіемъ ихъ тотчасъ по выходѣ изъ отверстія въ особенные аппараты.

Аппараты, или перевязочныя тѣла, употребляемыя для той или другой цѣли, можно раздѣлить: на мѣшающіе выходу содержимаго кишками (калозадержники) и на приѣмлющіе выходящее изъ отверстія наружу (калоприѣмники). Описаніе этихъ пособій мы заимствуемъ изъ подробной десмургіи Еллинскаго.

а) *Аппараты или бандажи, мѣшающіе выходу содержимаго кишками, калозадержники.* — Дурной запахъ, окружающій человека при существованіи неестественнаго каловаго отверстія, изъязвленія, дѣлающіяся въ окружности отверстія отъ остроты испражнений, и частое выпаденіе или лучше сказать заворотъ кишекъ чрезъ это отверстіе, были поводомъ къ изобрѣтенію бандажей, которые задерживаютъ кишечныя нечистоты и не позволяютъ заворачиваться и выпадать кишекъ. Такіе бандажи должны закрывать совершенно и достаточно крѣпко отверстіе кишки, не производя однако жъ при этомъ сильнаго давленія. Сверхъ того, они должны состоять изъ вещества отъ влажности не портящагося, и имѣть простое устройство, дабы удобно было больнымъ снимать и прикладывать ихъ нѣсколько разъ въ день. Бандажи эти можно раздѣлить на эластическіе и неупругіе.

Неупругіе калозадержники устраиваются наподобіе неупругихъ грыжевыхъ бандажей, съ нѣкоторыми впрочемъ отличіями. Целоть долженъ быть болѣе круглымъ, плоскимъ и окружностію своею обязанъ закрывать не одно отверстіе, но и близлежащія части. Сверхъ того, онъ покрывается зеленою клеенкою, какъ веществомъ отъ влажности менѣе портящимся. На отверстіе кладется сперва губка, смоченная и выжатая, а потомъ целоть. Губка будетъ вбирать въ себя вѣтры и въ тоже время защищать целоть отъ нечистоты. Само собою разумѣется, что кромѣ целота въ этомъ аппаратѣ должны быть поясъ и ремни: подбедренные и плечевые. Невыгоды этихъ бандажей такія же, какъ и грыжевыхъ неупругихъ бандажей.

Поэтому гораздо лучше употреблять упругіе бандажи. Они точно такіе же, какъ и грыжевые, съ измѣненіями пелота описанными при неупругихъ. И въ этихъ бандажахъ подъ пелотомъ долженъ лежать кусокъ губки. Больной два, три раза въ день, или когда почувствуетъ напоръ нечистотъ, снимаетъ бандажъ для испущенія нечистотъ, вымываетъ губку, или кладетъ новую, а потомъ и самую повязку. Если бандажъ сдѣланъ надлежащимъ образомъ и губка его будетъ перемѣняема почаще, то онъ доставитъ значительное облегченіе сраждущему. Въ одномъ только случаѣ онъ не можетъ быть употребленъ, а именно: если случайное каловое отверстіе находится на мошонкѣ.

б) *Аппараты, пріемлющіе кишечныя изверженія, калопріемники.* — Бандажи этого рода употребляются въ тѣхъ же самыхъ случаяхъ, какъ и предыдущіе. Но первые служатъ къ задержанію и къ препятствію выпаденія и заворота кишки; а послѣдніе только принимаютъ кишечныя нечистоты, но выпаденія кишки не отвращаютъ. По этой причинѣ калозадержники въ нѣкоторыхъ случаяхъ предпочитаютъ калопріемникамъ. Отверстіе сосуда, принимающаго кишечныя нечистоты, должно быть сдѣлано по величинѣ дыры, находящейся въ кишкѣ, и плотно приставать, дабы содержимое кишками не проходило съ боку. Отверстіе сосуда не должно быть жестко, дабы какъ можно менѣе страдали чувствительныя части кишки; оно не должно быть также узко, чтобы отъ легкихъ движеній не соскакивало съ кишечнаго отверстія. Самый сосудъ, принимающій кишечныя нечистоты, не долженъ быть слишкомъ великъ и тяжелъ. Стѣнки его должны быть непроницаемы для воздуха; это дѣлается для того, чтобы сквозь нихъ не проходилъ дурной запахъ. Укрѣпленіе къ тѣлу должно быть удобно и надежно.

Всѣ повязки и бандажи такого рода состоятъ изъ двухъ частей: изъ принимающей части и удерживающей. Эта послѣдняя часть, называемая иначе поясомъ, дѣлается упругая или неупругая.

Пріемники съ неупругимъ поясомъ имѣютъ тѣже невыгоды, какъ и неупругіе грыжевые бандажи, и слѣдовательно могутъ быть употребляемы только за недостаткомъ упругихъ. Извѣстнѣйшіе виды ихъ суть: а) бандажъ Фуна, въ которомъ пріемникъ сдѣланъ изъ рога; б) бандажъ Гоена, въ которомъ сосудъ изъ жести, треугольный, сверху уже, внизу шире, снаружи выпуклый, по бокамъ

нѣсколько вогнутый, съ выдающимися въ отверстіи широкими краями. Неэластическіе пріемники укрѣпляются ремнями и т. д.

Пріемники съ упругимъ поясомъ заслуживаютъ преимущество предъ вышеизложенными. Главнѣйшіе ихъ виды суть: бандажъ Жювиля и бандажъ Каспари.

а) *Бандажъ Жювиля.* — Грыжевая пружина имѣетъ, вмѣсто пелота, кольцо изъ слоновой кости. Окружность пустоты его внутри и внизу снабжена возвышеннымъ краемъ, чтобы кольцо лежало крѣпче. Отъ этой пустоты идетъ наружу слоновый цилиндръ, въ 8 линій длиною и шириною, съ дырочками для прикрѣпленія къ нему трубки изъ эластической резины, которой длина $2\frac{1}{2}$ дюйма, а ширина 2 дюйма. Трубка эта оканчивается серебряною небольшою чашечкою, которая можетъ отвинчиваться. При началѣ эластической трубки находится изъ слоновой кости клапанъ, соединенный, посредствомъ золотого шарнира, съ упомянутымъ цилиндромъ; клапанъ этотъ оканчивается свинцовымъ носикомъ, который мѣшаетъ возвращенію кишечныхъ нечистотъ. На кольцо снаружи находятся скобка и пуговка для ремня, который присоединяется къ поясу. Когда серебряная чашечка наполнится, больной ее отвинчиваетъ, очищаетъ и вновь привинчиваетъ.

б) *Бандажъ Каспари.* — Пріемникъ имѣетъ видъ бутылки, съ короткою шейкою, идущею, въ отношеніи къ бутылкѣ, подъ острымъ или тупымъ угломъ и снабженъ горлышкомъ, сообразнымъ величинѣ кишечнаго отверстія. Лучшимъ матеріаломъ для этой бутылки считаетъ Каспари телячій пузырь, приготовленный такимъ же точно образомъ, какъ готовятъ его для содержанія табаку; но пузырь этотъ отъ влажности скоро портится. Можно для этой цѣли брать эластическую резину или тонкій мессинговый листъ. Отъ дна къ шейкѣ своей бутылка становится уже; длина ея въ 5 или 6 дюймовъ; ширина большаго діаметра отъ $3\frac{1}{2}$ до 4 дюймовъ. Шейка должна имѣть винтъ, посредствомъ котораго соединяется съ пелотомъ, лежащимъ непосредственно на кишечномъ отверстіи. Эту самую шейку слѣдуетъ покрыть костянымъ мунштукомъ, на которомъ должно сдѣлать костяные надрѣзы; ибо жестью покрывать неудобно, потому что она подвержена ржавчинѣ. Въ шейку надобно вдѣлать небольшую лейку, чтобы кишечныя нечистоты, при движеніяхъ больного, не поднимались вверхъ. Бутылку можно покрыть кожею, если она сдѣлана изъ мѣди или

жести. Пелоть, лежащій на кишечномъ отверстіи, долженъ быть болѣе его на двѣ или на четыре линіи во всей окружности и имѣть круглую фигуру и плоскія поверхности. Щитикъ пелота дѣлается изъ желѣза, съ отверстіемъ на срединѣ. Внутренняя поверхность должна быть легко подбита шерстью и выложена зеленою клеенкою, исключая среднюю дыру. Къ этому отверстию приспособляется костяной цилиндръ съ винтовымъ ходомъ, для соединенія съ мунштукомъ шейки. Всѣ эти части должны плотно приставать другъ къ другу. Подъ пелотомъ кладется кольцо изъ губки, чтобы болѣе препятствовать выходу кишечныхъ нечистотъ въ стороны. Пелоть прикрѣпляется къ тѣлу посредствомъ грыжевой пружины. Въ случаѣ нужды, больной снимаетъ бандажъ, или же вмѣсто этого отвинчиваетъ бутылку, вынимаетъ лейку, очищаетъ все и вновь накладываетъ. Этотъ бандажъ заслуживаетъ преимущество предъ прочими бандажами; однако же онъ гораздо дороже Жювилева бандажа.

Подробности, въ которыя мы вошли при описаніи неестественнаго каловаго отверстія, показываютъ: а) что болѣзнь эта иногда излечивается самопроизвольно, какъ это доказалъ въ особенности Скарпа. б) Когда потеря существа значительна и простѣнокъ великъ, то произвольное излеченіе невозможно, и въ этомъ случаѣ операція, по способу Дюпюитрена, будетъ весьма умѣстна. Эта операція очень важна и можетъ повлечь за собою большія опасности: воспаленіе брюшины, изліяніе въ полость живота, ущемленіе кишекъ и проч.; поэтому, хирургъ, производя ее, долженъ быть очень остороженъ. в) Когда нельзя произвести операціи, для радикальнаго излеченія болѣзни, или если она и произведена, но осталась безъ успѣха, то слѣдуетъ употреблять вышеописанныя палліативныя средства.

ГЛАВА ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ.

ГРЫЖИ ЛЕГКИХЪ (HERNIA PULMONUM, PNEUMOSELE).

Грыжи легкихъ встрѣчаются чрезвычайно рѣдко; въ лѣтописяхъ науки извѣстно лишь нѣсколько примѣровъ этой болѣзни. Вотъ какъ объясняютъ образованіе этихъ грыжъ: въ слѣдствіе раны груди, болѣе или менѣе значительная часть легкихъ выходитъ въ разъединенное мѣсто грудной стѣнки и показывается снаружи. Такое состояніе замѣчается только въ первое время по нанесеніи раны. Въ другихъ случаяхъ грыжа образуется спустя уже болѣе или менѣе долгое время послѣ раненія (нѣсколько мѣсяцовъ или даже лѣтъ), когда проникающая рана груди зажила и внутренности, давя на ослабленное раню мѣсто грудной стѣнки, побѣждаютъ наконецъ препятствіе противопоставленное рубцомъ, который внутренностями приподнимается и образуется настоящая послѣдовательная грыжа. Итакъ намъ предстоитъ рассмотреть:

- 1) Простое выпаденіе легкихъ чрезъ рану грудной стѣнки.
- 2) Собственно послѣдовательную грыжу легкихъ.

I. Выпаденіе легкаго черезъ рану. — *Патологическая анатомія и припадки.* Необходимое условіе для выходѣнія легкаго наружу есть присутствіе проникающей и довольно обширной раны грудной кѣтки. Грыжи легкихъ, при своемъ образованіи, находятся подъ другими условіями, нежели грыжи живота. Грыжи живота образуются очень легко отъ перемѣщенія кишекъ или сальника, ибо внутренности эти очень подвижны и напоръ извнутри на нихъ можетъ быть довольно значителенъ; напротивъ грыжа легкаго, при своемъ происхожденіи, встрѣчаетъ противудѣйствіе въ

нормальной сократительности легкаго, влекущей этотъ органъ къ позвоночному столбу.

Почти всегда грыжи легкаго встрѣчались на передней части грудной кѣтки, на уровнѣ грудей (mammas); это можно объяснить тѣмъ, что въ этомъ мѣстѣ раны груди встрѣчаются чаще и легкое болѣе подвижно и рѣже встрѣчается приросшимъ.

Легкое представляется снаружи въ видѣ болѣе или менѣе значительной массы или опухоли; оно бываетъ ущемлено при своемъ основаніи краемъ раны, доставившей возможность выхода этому органу. Выдающаяся наружу часть легкаго бываетъ величиною отъ орѣха до яйца; въ нѣкоторыхъ однакожъ случаяхъ видѣли, что она въ окружности имѣла до трехъ и болѣе вершковъ. Обыкновенно наружу выстоитъ край доли легкаго.

Вышедшее наружу легкое, черезъ рану грудной кѣтки, представляется въ конгестивномъ состояніи, подобномъ тому, какимъ находимъ его въ первой степени воспаления (pneumonia). Это состояніе происходитъ отъ затрудненія кровообращенія въ вышедшей долѣ легкаго краемъ грудной раны. Скоро легочная ткань становится темно-багровою и почти черною, что заставляетъ хирурга думать о присутствіи гангрены. Однакожъ настоящей гангрены въ это время еще нѣтъ; гангрена въ выпавшей части легкаго обнаруживается не только ея чернымъ цвѣтомъ, но спаденіемъ и безчувственностію ея, что настаётъ нѣсколько позже. По отдѣленіи помертвѣвшей части легкаго, рана, вѣроятно, покрывается мясными сосочками и рубцомъ, какъ и въ другихъ частяхъ тѣла. Говорю — вѣроятно, ибо наблюденій надъ этимъ, кажется, еще не было.

Другіе припадки легочной грыжи суть тѣ же самыя, какіе замѣчаются при проникающихъ ранахъ грудной кѣтки безъ поврежденія легкаго. Осложненія этой грыжи суть воспаленія подреберной плевы и легкаго.

Леченіе.—Если существуетъ въ выпавшей долѣ легкаго настоящая гангрена, то слѣдуетъ отдѣлить эту часть или ножомъ, или каленымъ желѣзомъ, а лучше первымъ, и потомъ ввести въ грудную кѣтку остающуюся въ ранѣ часть легкаго.

Но если омертвѣнія нѣтъ, то должно приступить къ исправленію легкаго. Для этого или нужно расширить рану груди ножемъ и ввести легкое, или еще лучше раздвинуть края ея помощію клина

или особеннаго для этой цѣли придуманнаго инструмента, могущаго раздвинуть ребра. Послѣ вправленія легкаго, больной подвергается тому же самому леченію, какое назначается при леченіи проникающихъ ранъ груди. Здѣсь главная забота хирурга должна состоять въ способствованіи зарощенію раны грудной кѣтки; хирургъ, убѣдившись, что нѣтъ кровотеченія въ полость плевры, долженъ сблизить края раны и покрыть ее линкимъ пластыремъ, назначить больному покой и совѣтовать ему избѣгать всякаго усилія. Діета при этомъ и внутреннія средства—противувоспалительныя.

Если, не смотря на эти предосторожности, разовьются признаки травматическаго воспаленія подреберной ткани или легкихъ, то слѣдуетъ дѣйствовать общимъ и мѣстнымъ кровепусканіемъ, отвлекающими средствами и проч. — такъ точно, какъ лечатся *pleuritis et pneumonia non traumatica*.

II. Послѣдовательная грыжа легкихъ. — Послѣдовательная грыжа отличается отъ предыдущей или выпаденія легкихъ главное тѣмъ, что здѣсь вышедшая часть легкаго бываетъ покрыта мягкими частями груди. Въ послѣдовательной грыжѣ перемѣщеніе легкаго совершается постепенно и медленно чрезъ ослабѣвшее, разстроенное мѣсто грудной кѣтки. Поэтому и припадки здѣсь отличны отъ тѣхъ, которыми обнаруживается выпаденіе легкаго черезъ рану.

Симптомы. — На груди представляется опухоль мягкая, болѣе или менѣе ограниченная, упругая и не болящая, безъ измѣненія цвѣта кожи, увеличивающаяся нѣсколько во время выдыханія и спадающая при вдыханіи. При кашлѣ объемъ ея также нѣсколько увеличивается.

Если больной задерживаетъ на нѣсколько мгновеній свое дыханіе, то опухоль при этомъ иногда становится едва замѣтною для глазъ. Прижимая опухоль пальцами, можно замѣтить какъ бы углубленіе или отверстіе въ грудной стѣнкѣ, находящееся на основаніи опухоли. Въ то же время, при прижатіи пальцами, можно ощущать легкую кренитацию; ухомъ открывается въ опухоли дыхательный шумъ. Кренитация эта происходитъ отъ вхожденія воздуха въ легочные пузырьки. Во время усиленнаго выдыханія и въ особенности во время кашля, также можно замѣтить въ опухоли легкую кренитацию; при чемъ опухоль, какъ мы выше сказали,

нѣсколько увеличивается. Перкуссією ничего особеннаго не открывается ¹⁾).

Послѣдовательныя грыжи обыкновенно образуются медленно и безъ боли. Позже больной испытываетъ при дыханіи нѣкоторую боль, иногда довольно сильную, которая происходитъ отъ натяженія и отъ прижатія выпавшаго легкаго; въ другихъ случаяхъ боль бываетъ тупая, сопутствуемая кашлемъ и тѣсненіемъ въ груди; наконецъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ существуетъ тяжесть въ груди и тоска, отъ которыхъ пациентъ облегчается, прижимая довольно сильно рукою опухоль. Иногда замѣчается одышка. Вообще всѣ эти припадки усиливаются послѣ кашля.

Этого рода грыжи представляютъ нѣкоторыя особенности, смотря по степени вправимости легкаго. Если грыжа входитъ легко сама, то опухоль, ею образуемая, имѣетъ вышеописанные признаки; дыхательный шумъ и крепитация въ ней бываютъ слабо замѣтны.

Если грыжа вправляется только искусственно, то дыхательный шумъ и крепитация въ ней бываютъ замѣтнѣе; эти послѣднія явленія замѣчаются при прижатіи и въ покойномъ состояніи опухоли. Но вправленіи такой грыжи, она вскорѣ, наподобіе пробки дѣйствующей изнутри, выпихиваетъ палецъ.

Наконецъ, если грыжа вправляется только отчасти, то также замѣчаются подобныя явленія крепитации и дыхательнаго шума.

Почти во всѣхъ этихъ грыжахъ, на вершинѣ опухоли можно замѣтить рубецъ давно зажившей раны. Внутренняя поверхность этихъ грыжъ бываетъ выстлана серозною оболочкою, составляющею настоящій грыжевой мѣшокъ. Эта серозная оболочка можетъ быть или новаго образованія, или же она есть натянутая и выпятившаяся подреберная плева.

Діагностика. — Послѣдовательную грыжу легкихъ узнать легко. Опухоли, которыя похожи на *pneumosele*, суть: холодные нарывы и липома; но способъ развитія каждой изъ этихъ болѣзней и предшествовавшее состояніе всегда будутъ достаточны для отличія ихъ отъ грыжи.

Леченіе. — При этого рода грыжахъ, сперва слѣдуетъ произвести вправленіе вышедшаго легкаго, потомъ наложить повязку,

¹⁾ *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. 73; art. *Hernies du poulmon*, par Morel-Lavallée.

состоящую из циркулярнаго бинта или пояса вокругъ груди, снабженнаго пелотомъ, болѣе или менѣе выпуклымъ и соответствующимъ величинѣ отверстія, пропустившаго легкія.

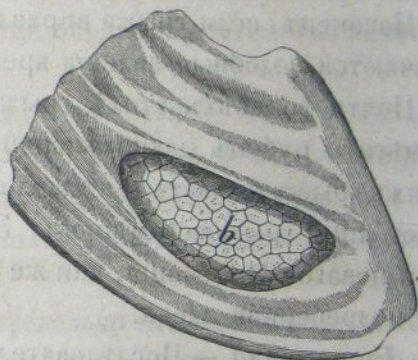
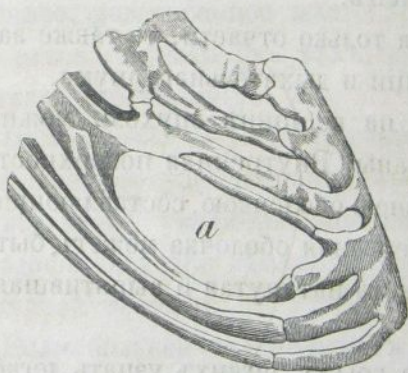
Не излишнимъ считаю помѣстить здѣсь одно наблюденіе и рисунки послѣдовательной грыжи легкихъ, заимствуемые нами у Крювелье ¹⁾. Подобныя наблюденія чрезвычайно рѣдки и потому драгоцѣнны.

«Профессоръ Тилей показывалъ человѣка, одержимаго особеннаго рода грыжею легкихъ. Этотъ человѣкъ получилъ сильный ушибъ дышломъ кареты въ сторонѣ 3-го и 4-го реберъ подлѣ грудной кости, на правой сторонѣ. Въ слѣдствіе чего образовалось на груди отверстіе, черезъ большую грудную мышцу, покрытое впрочемъ кожею и пропускавшее легкое; дыханіе совершалось удобно; во время усиленнаго выдыханія и въ особенности при кашлѣ, часть легкаго выходила черезъ отверстіе, находившееся между ребрами. Эта болѣзнь не разстроивала здоровья и не мѣшала заниматься обыкновенными работами человѣку, имѣвшему эту грыжу».

«Субъектъ этотъ, будучи уже 77 лѣтъ отъ роду, въ 1832 году

Фиг. 52.

Фиг. 53.



Фиг. 52 представляетъ, *a*, то отверстіе между третьимъ и четвертымъ ребрами, черезъ которое выходило легкое. Въ длину это отверстіе имѣло около четырехъ дюймовъ, а въ ширину около двухъ съ половиною. Четвертое ребро, составляющее нижній край отверстія, истончено. Вверху отверстія, подлѣ третьяго ребра, проходитъ узкая костяная полоска отъ хряща четвертаго ребра къ нижнему краю третьяго.

Фиг. 53 представляетъ вышедшую часть легкаго *b*, помѣстившуюся между третьимъ и четвертымъ ребрами, по сосѣдству грудной кости.

¹⁾ *Anatomie pathologique*, livr. XXI.

поступилъ въ одинъ изъ парижскихъ госпиталей съ припадками холеры, гдѣ отъ этой болѣзни и умеръ. О предшествовавшемъ состояніи его здоровья могли только узнать, что онъ еще въ молодости своей получилъ ушибъ въ грудь, какъ мы сказали выше, дышломъ кареты».

«При аутопсіи открыли: опухоль находилась между третьимъ и четвертымъ ребрами правой стороны, но сосѣдству грудной кости; ее можно было вправлять и по вправленіи можно было ощущать довольно значительное отверстіе (фиг. 52, *a*), пропускавшее вышедшую часть легкаго. Подъ кожею найдены: жирный слой, подъ нимъ серозная оболочка, съ внутренней поверхности гладкая, составлявшая настоящій грыжевой мѣшокъ, въ которомъ заключалась довольно значительная часть легкаго (фиг. 53, *b*). Большой и малой грудной мышцы на уровнѣ опухоли не находилось. Легкое, вышедшее въ опухоль, не было измѣнено въ своемъ строеніи; оно было только спавшееся, но отъ вдунанія воздуха принимало большій объемъ».

ГЛАВА ПЯТНАДЦАТАЯ.

МОЗГОВЫЯ ГРЫЖИ (*HERNIA CEREBRI, ENCEPHALOCЕLE*).

Подъ именемъ мозговой грыжи разумѣется опухоль, образуемая на головѣ частію мозга или мозжечка, вышедшею изъ полости черепа.

Мозговую грыжу раздѣляютъ: на *врожденную* (*hernia congenita*) и на *приобретенную* (*hernia acquisita s. traumatica*). Эта послѣдняя образуется иногда при ранахъ черепа, сопряженныхъ съ потерей существа его.

А. Врожденная мозговая грыжа. — *Патологическая анатомія.* — Мозговая врожденная грыжа чаще всего встрѣчается на затылочной части; тутъ она выходитъ или черезъ ненормальное отверстіе затылочной кости, или черезъ отверстіе находящееся in sutura lambdoidea. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ находили, что грыжа эта выходила черезъ затылочную дыру, сильно развитую. Иногда находили эту грыжу на лбу — на средней его линіи, на переносѣ, во внутреннемъ углу глаза, иногда на мѣстѣ передняго родничка, и наконецъ разъ она была найдена на височной части.

Нивѣ ¹⁾, въ тридцати наблюденіяхъ, имѣ собранныхъ, нашелъ слѣдующія распредѣленія по мѣсту этой болѣзни:

на затылкѣ	16 разъ,
» лбу	6 »
» переднемъ родничкѣ	2 раза,
» заднемъ родничкѣ	2 »
» sutura lambdoidea	2 »
во внутреннемъ углу глаза	1 разъ,
на височной части	1 »

Мозговую грыжу почти всегда находятъ одиночною. Объемъ опухоли, ею образуемой, можетъ быть отъ величины каштана до величны куриного яйца; чрезвычайно рѣдко ее встрѣчали болѣе этого. Сансонъ ²⁾ описываетъ одну такую опухоль, имѣвшую почти величину дѣтской головки; грыжа эта вышла у дитяти черезъ задній родничекъ. Дитя жило пять часовъ; отправленія его были нормальны. Подобной же величины мозговую грыжу видѣли Дальманъ и Бафосъ; этотъ случай описанъ Бойе въ его сочиненіяхъ. Вельпо, въ 1845 году, видѣлъ также грыжу съ головку дитяти, о чемъ упоминаетъ Видалъ въ своей хирургіи. Наконецъ профессоръ Московскаго университета Соколовъ представилъ описаніе рѣдкой мозговой грыжи большого объема ³⁾.

¹⁾ Arch. gén. de méd., déc. 1838.

²⁾ *Éléments de pathologie.*

³⁾ См. *Московский врачебный журналъ*, 1851 года, книжка 5 и 6. Наблюденіе г. Соколова чрезвычайно любопытно и поучительно; оно описано подробно, вѣрно и пояснено отчетливыми рисунками представившагося случая. На рисункахъ изображено анатомическое устройство грыжевого мѣшка, ненатуральное образованіе мозга и нѣкоторыя другія уродливости новорожденнаго дитяти.

По важности и рѣдкости подобныхъ наблюдений, мы помѣщаемъ его здѣсь въ сокращенномъ видѣ.

«Въ 1849 году 4-го іюля, въ акушерской клиникѣ Императорскаго Московскаго университета, родился уродъ женскаго пола, жившій только одни сутки, который представляетъ рѣдкій экземпляръ мозговой грыжи.

«Вѣсъ этого новорожденного равнялся пяти фунтамъ, 9 драмамъ и одному скрупулу. Замѣчательная уродливость состояла въ порочномъ образованіи: верхней части головы, носа, глазъ, отверстія рта и его полости, небнаго свода, верхнихъ и нижнихъ конечностей.

«Верхняя часть головы представляла возвышеніе конической формы, сзади нѣсколько сплюснутое; оно было покрыто рѣдкими волосами. Передняя поверхность этого возвышенія выпукла и упруга; задняя тверже и плотнее передней. Изъ лѣвой боковой стороны возвышенія выходила сердцеобразная эластическая опухоль (фиг. 54, А), равнявшаяся величинѣ всей головы. Она имѣла двѣ поверхности: переднюю и заднюю, и два края: верхній и нижній. Основаніе опухоли уже средней ея части. Въ мѣстѣ соединенія опухоли съ боковою лѣвою стороною описаннаго возвышенія находилось углубленіе. Общія покровы при основаніи нормальнаго цвѣта, съ рѣдкими волосами; на средней же ея части они были рѣже и сквозь нихъ просвѣчивали мѣстами багровыя пятна, переходившія въ синія, похожія на кровяные подтеки. При давленіи опухоль (А) уменьшалась въ объемъ, между тѣмъ какъ въ то же время головное возвышеніе на передней поверхности увеличивалось и становилось упруге. У основанія этой большой опухоли находилась спереди другая меньшая опухоль, гораздо меньше описанной и доходившая своимъ основаніемъ до лѣваго угла рта. Эта меньшая опухоль была темнокраснаго цвѣта, занимала лѣвую боковую часть лобной кости и имѣла сферическую форму. Основаніе обѣихъ опухолей ограничивалось верхнею и боковою стороною главницы, верхнею частію носа и щекою. По отдѣленіи общихъ покрововъ съ подлежащимъ жирнымъ пластомъ съ верхней и задней части головы, оказалось, что кости черепа развиты неправильно. Треугольная площадка задней поверхности головнаго возвышенія, начиная отъ основанія до середины, представлялась твердою, а отъ середины до верхушки менѣе твердою и упругою; твердая часть соответствовала поло-

женію недоразвившейся затылочной кости, а мягкая — опухоли, выходящей изъ полости черепа. Затылочные мышцы были неправильной формы и слабо развиты. Galea aponeurotica крѣпко срослась съ надчерепною надкостною плевою, переходила на упругую часть возвышенія, покрывала ее и слабо соединялась съ подлежащею фиброзною оболочкою, образуемою твердымъ мозговымъ покровомъ (*dura mater*). Широкое черепное сухожиліе заходило на большую и малую опухоли.

«Затылочная кость въ своей формѣ была измѣнена, преимущественно въ той ея части, которую называютъ тѣломъ. Эта кость частію образовала боковой сегментъ отверстія, черезъ которое изъ черепной полости выдавалось округленное возвышеніе, и съ другой, съ лѣвой стороны, кость эта образовала выемку, черезъ которую выходила большая опухоль. Лобная кость почти совсѣмъ не развита, за исключеніемъ правой ея половины, гдѣ образовался только глазничный край съ бровною дугою. Форма темянныхъ костей была измѣнена: онѣ были мало развиты и облежали у основанія отверстіе, пропустившее мозгъ.

«Твердая мозговая оболочка соответствовала формѣ частей мозга, вышедшихъ изъ черепной полости; цвѣтъ ея былъ нормальный; но плотность въ разныхъ мѣстахъ была различна: въ мѣстахъ, гдѣ она образовала грыжевой мѣшокъ, оболочка эта была толще, нежели въ черепѣ.

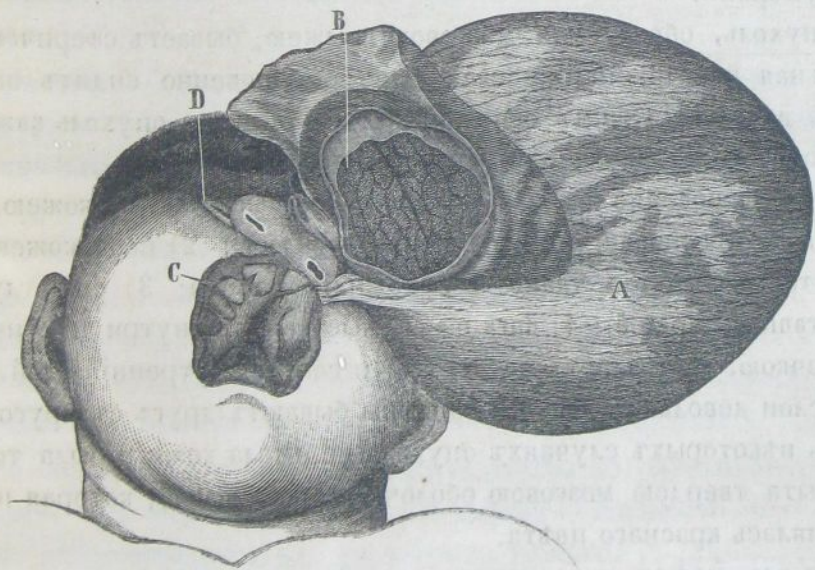
«Мозгъ представлялся измѣненнымъ въ строеніи, формѣ и положеніи. Онъ, по причинѣ растяженія боковыхъ желудочковъ, не могъ помѣститься въ черепной полости. Правое его полушаріе удерживало коническую форму, а верхняя часть его, вышедшая изъ полости черепа, образовала правую половину грыжи, которая выше описана подъ названіемъ черепнаго возвышенія. Лѣвое полушаріе большого мозга помѣщено было совершенно внѣ черепа и представлялось раздѣленнымъ на нѣсколько долей. Одна изъ этихъ долей (В), помѣщенная около надпереносья, составляла переднюю опухоль, которая въ описаніи названа меньшею или переднею опухолью, а остальные доли всѣ составляли боковую опухоль (А). Кромѣ того, мозгъ вездѣ снаружи былъ покрытъ сгустившимся экстравазатомъ, который просвѣчивалъ сквозь покровы опухолей въ видѣ красныхъ и багровыхъ пятенъ. Безобразіе лица состояло въ порочномъ образованіи носа, глазъ, отверстія рта и

его полости. Носъ представлялся сплюснутымъ. Носовая верхушка (арех nasi) также не была развита; на мѣстѣ ея находилось небольшое полулунное углубленіе; носовая перегородка не развилась, ноздри были развиты чрезвычайно неправильно.

«На мѣстѣ глазныхъ впадинъ (orbita) находились два углубленія: правое углубленіе, соотвѣтствовавшее положенію праваго глаза, имѣло вѣки почти сросшимися; лѣвая глазница находилась нѣсколько выше правой и почти на носовой спинкѣ. Отверстіе рта представлялось почти четырехугольнымъ; нижняя губа существовала, верхней почти вовсе не находилось. Небный сводъ представлялъ трещину.

«Правая ручная кисть, вмѣсто большаго пальца, имѣла только рудиментъ его; всѣ прочіе четыре пальца были одинаковой дли-

Фиг. 34.



Фиг. 34. Мозговая грыжа у ребенка женскаго пола, жившаго одни сутки; случай описанный профессоромъ Соколовымъ. — А Большая боковая опухоль съ лѣвой стороны головки, образованная вышедшимъ мозгомъ. — В. Малая передняя опухоль, образованная также мозгомъ. Эта опухоль вскрыта, дабы можно было видѣть мозгъ и части, его покрывающія: твердую мозговую оболочку, *galea aroneurotica capitis* и кожу. — С. Ротъ, чрезвычайно неправильно образованный, обширный и въ которомъ видна трещина неба. — D. Мѣсто праваго глаза и подлѣ него обезображенный носъ.

ны. Левая ручная кисть имѣла неправильно развитые три послѣдніе пальца.

«Нижнія конечности были также неправильно образованы. Стопы обѣихъ ногъ были обращены внутрь (*vagus*).

«Этотъ ребенокъ, жившій одни сутки, какъ мы выше сказали, былъ женскаго пола и рожденъ отъ женщины крѣпкаго тѣлосложенія, красивой наружности, имѣвшей 29 лѣтъ отъ роду и послѣ третьей беременности. Младенецъ родился въ первомъ черепномъ положеніи. Новорожденная издавала крикъ, какъ здоровый и правильно сформированный ребенокъ; дыханіе же ея сопровождалось сапѣніемъ и было неравномѣрно—прерывисто, такъ что черезъ каждыя пять или шесть дыханій былъ судорожный припадокъ. Ребенокъ этотъ, какъ мы сказали, жилъ сутки и питался коровьимъ молокомъ. Кромѣ того, извѣстно, что первыя двое дѣтей этой женщины родились здоровыми, но по прошествіи двухъ мѣсяцовъ оба умерли».

Опухоль, образуемая мозговою грыжею, бываетъ сферическая, овальная или цилиндрическая. Она обыкновенно сидитъ на черепѣ довольно узкимъ основаніемъ. Иногда эта опухоль кажется состоящею изъ двухъ или трехъ долей.

а) Обыкновенно опухоль эта *покрыта* бываетъ: 1) кожею, которая при основаніи опухоли имѣетъ волосы; 2) подъ кожею находится клѣтчатая ткань и сухожиліе черепа; 3) еще глубже *pericranium* (Брешѣ); 4) *dura mater*, выстланная снутри паутиною оболочкою, составляетъ четвертый и самый внутренній слой. Всѣ эти слои довольно крѣпко соединены бываютъ другъ съ другомъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль не имѣла кожи и была только покрыта твердою мозговою оболочкою (*dura mater*), которая представлялась краснаго цвѣта.

Иногда между различными слоями, составляющими покровы грыжи, находили кисты съ серозною жидкостію.

Наконецъ Бланденъ и нѣкоторые другіе встрѣчали твердую мозговую оболочку разъединенною или какъ бы разорванною и опухоль покрыта была только кожею и *pericranio*.

б) *Части содержимыя*.— Въ мѣшкѣ, который мы сейчасъ описали, содержится обыкновенно часть мозга, болѣе или менѣе обширная, смотря по величинѣ опухоли, иногда часть мозжечка. Часть мозга, выходящая въ грыжу, соединяется какъ бы ножкою

съ остальною частію мозга, заключенною въ черепъ. Часто въ грыжевомъ мѣшкѣ заключается поверхъ мозга серозная жидкость: такое состояніе нѣкоторые называютъ *hydrocephalocoele*. Иногда ее находили въ значительномъ количествѣ.

Мозговая грыжа иногда существуетъ вмѣстѣ съ другими врожденными неправильностями образованія и въ особенности съ расколомъ позвоночника (*spina bifida*), заячьей губою (*labium leporinum*), недостаткомъ носа, но всего чаще съ головою водянкою.

с) Отверстіе, пропустившее грыжу въ черепъ, бываетъ или костяное, или фиброзное, смотря по тому, гдѣ образовалась грыжа: на продолженіи кости, или въ родничкѣ.

Отверстіе это иногда бываетъ широко или, напротивъ, узкое, въ видѣ трещины. Субъекты, одержимые этою грыжею, или рождаются мертвыми — если грыжа значительно развита, или живутъ разное время, смотря по величинѣ грыжи и по другимъ обстоятельствамъ.

Причины. — Мы не лучше знаемъ причины грыжи мозга, какъ и другихъ врожденныхъ неправильностей тѣлеснаго образованія. Должно здѣсь, какъ и для другихъ уродливостей, допустить скрытую причину, отъ которой первоначальное образованіе мозга и черепа неправильно совершается.

Припадки и ходъ. — Мозговая грыжа представляется въ видѣ опухоли на черепѣ, довольно округленной, безъ измѣненія покрововъ кожи и сидящей на болѣе или менѣе узкомъ основаніи. Великою она бываетъ съ орѣхъ, съ яйцо, рѣдко больше.

Эта опухоль мягка и отъ прижатія нѣсколько уменьшается, что зависитъ отъ вхожденія въ черепъ серозной жидкости. Флюктуация въ ней замѣчается или ясною, или темною.

Опухоль эта часто просвѣчиваетъ, что зависитъ отъ присутствія серозной влаги сверху мозга. Одинъ изъ характеристическихъ признаковъ этой болѣзни есть бѣненіе, представляемое опухолью, одновременное съ пульсомъ и увеличивающееся иногда отъ крика и усилій дитяти; однакожъ этотъ признакъ непостояненъ.

Опухоль эта, обыкновенно гладкая, въ другихъ случаяхъ бываетъ неровна и какъ бы бугристая. При основаніи опухоли можно чувствовать костяной край отверстія черепа, черезъ которое вышелъ мозгъ.

Обыкновенно умственные способности не измѣняются. Но если опухоль будетъ прижата, то отправленіе ихъ нарушается, или же больной въ такомъ случаѣ остается безчувственнымъ, засыпаетъ; иногда онъ испытываетъ временной параличъ, конвульсіи, рвоту и проч.

Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ опухоль эта бываетъ безчувственна, неправима и безъ всякаго движенія.

Болезнь эта или остается въ одинаковомъ состояніи, или же, что чаще случается, опухоль постепенно увеличивается, такъ что черезъ два или три года она принимаетъ объемъ вдвое большій противъ того, какой она имѣла при рожденіи.

По мѣрѣ увеличенія опухоли, отправленія болѣе и болѣе затрудняются. Часть мозга, заключенная въ черепъ, постоянно натягивается тою частію, которая составляетъ опухоль; отсюда образуются частыя головныя боли, тяжесть головы, неполное развитіе умственныхъ способностей. Кроме того, опухоль можетъ подвергаться холоду, ушибамъ и наружнымъ треніямъ; отъ чего легко можетъ образоваться воспаленіе мозга и его оболочекъ.

Эти же самыя послѣдствія могутъ произойти отъ произвольнаго разрыва опухоли, вслѣдствіе ея быстраго развитія.

Изъ всего предыдущаго явствуетъ, почему люди одержимые мозговою грыжею обыкновенно не живутъ долго. Лальманъ однако же представилъ наблюденіе одного больного, дожившаго до 33 лѣтъ съ этою болѣзнію. Но такіе случаи должны быть чрезвычайно исключительны. Обыкновенно же люди съ этою грыжею умираютъ въ дѣтствѣ.

Распознаваніе. — 1) Во первыхъ эта болѣзнь иногда можетъ быть смѣшана съ мѣшечатою опухолью; но мѣшечатая опухоль почти никогда не бываютъ у дѣтей, не уменьшаются отъ давленія, не имѣютъ движенія совпадающаго съ движеніемъ пульса; при прижатіи ихъ не происходитъ нервныхъ припадковъ и проч. 2) Серозныя кисты, развивающіяся на черепѣ, тоже имѣютъ нѣкоторое сходство съ грыжею мозга; но отличаются опять отсутствіемъ біенія и отъ прижатія не уменьшаются. При нихъ нѣтъ ненормальнаго отверстія въ костяхъ черепа и проч. 3) Кровяная опухоль (*cephalaematoma*) можетъ быть принята легко за грыжу. Обѣ эти болѣзни встрѣчаются въ первое время жизни и обѣ онѣ могутъ представлять біеніе. Но кровяная опухоль не имѣетъ просвѣчи-

ваемости. Грыжа отчасти выправляется, между тѣмъ какъ cephalo-
matoma не выправляется. Кровяная опухоль находится обыкновенно
на тѣмныхъ костяхъ. Кромѣ того, она черезъ нѣсколько недѣль
уменьшается и исчезаетъ, между тѣмъ какъ грыжа не только не
уменьшается, но даже увеличивается. 4) Подкожная кровяная
или дѣтская опухоль (caput succedaneum) отличается отъ болѣзни
насть занимающей тѣмъ, что чаще бываетъ на задней части пра-
вой стороны черепа и не представляетъ рѣзко ограниченной опу-
холи; общіе покровы на ней измѣняются въ цвѣтъ (синебагровый);
при давленіи на опухоль остается ямка; въ опухоли не замѣ-
чается флюктуации; образованіе ея начинается при родахъ. Опу-
холь такая проходитъ чрезъ нѣсколько дней. 5) Грибовидная опу-
холь твердой мозговой оболочки (fungus durae matris) болѣе другихъ
болѣзней похожа на мозговую грыжу: однакожъ, при вниматель-
номъ и нѣсколько разъ произведенномъ изслѣдованіи, можно отли-
чить и эту болѣзнь. При грыжѣ мозга почти нѣтъ боли, между
тѣмъ какъ при грибовидной опухоли, особенно въ началѣ ея, бы-
ваютъ рвущія или колющія боли. Грыжа существуетъ съ самаго
рожденія, а грибовидная опухоль развивается обыкновенно позже
и проч.

Предсказаніе. — Оно всегда неблагопріятно. Дѣти съ мозговою
грыжею, какъ мы видѣли, или родятся метрвыми, или же живутъ
недолго и умираютъ въ первые годы дѣтства. Какъ исключеніе,
встрѣчаются случаи, когда человѣкъ доживаетъ до тридцати и бо-
лѣе лѣтъ. Мы выше упомянули о такомъ примѣрѣ, встрѣченномъ
Лальманомъ.

Большая мозговая грыжа опаснѣе малой; первая скорѣе подвер-
гается внѣшнимъ насиліямъ.

Грыжи не покрытыя кожею гораздо скорѣе влекутъ за собою
смерть, нежели грыжи покрытыя кожею; ибо въ первомъ случаѣ
мозгъ и его оболочки очень мало защищены отъ внѣшнихъ влія-
ній воздуха, холода, прижатій, ушибовъ и проч., и слѣдовательно
но здѣсь гораздо легче можетъ произойти опасное воспаленіе.

Леченіе. — Леченіе этой болѣзни очень трудно, что также дѣ-
лаетъ дурнымъ предсказаніе. Совѣтовали различныя средства, и
въ особенности прижатіе, лигатуру, разрѣзъ, вырѣзываніе и про-
коль.

1) *Прижатіе*. — Прижатіе здѣсь не производитъ тѣхъ полезныхъ результатовъ, которые отъ него могутъ произойти при грыжахъ брюшныхъ; ибо для того, чтобы прижатіе радикально излечило грыжу, нужно опухоль предварительно вправить; здѣсь же возможно вправить только нѣкоторую часть опухоли, если въ ней заключается жидкость; мозгъ же вправить въ черепъ невозможно безъ причиненія тяжелыхъ припадковъ. Однако жъ прижатіе должно быть употребляемо, но только какъ средство палліативное или помогающее другимъ способамъ.

Прижатіе должно дѣлать умѣренно, легко и исподоволь. Его можно производить простымъ бинтомъ. Другіе предлагали это дѣлать помощью вогнутаго пелота, принаровленного къ величинѣ и формѣ опухоли, сдѣланнаго изъ рога, кожи или картона и надлежащимъ образомъ подложеннаго.

Прижатіе, какъ средство палліативное, имѣетъ неоспоримыя выгоды: оно поддерживаетъ опухоль, не позволяетъ ей увеличиваться, потомъ защищаетъ ее отъ внѣшнихъ насилій и такимъ образомъ не позволяетъ развиваться воспаленію, отъ котораго обыкновенно больные умираютъ.

Прижатіе должно быть предпочитаемо почти всѣмъ средствамъ, особенно если опухоль невелика и кожа цѣла и не измѣнена.

2) *Лигатура*. — Она накладывалась на основаніе грыжевой опухоли и стягивалась съ цѣлью отдѣлить опухоль вмѣстѣ съ содержимымъ. Нѣсколько разъ дѣлали такую операцію и всегда безъ успѣха, ибо больные умирали: мозга лигатурою безнаказанно нельзя отдѣлить, и поэтому нынѣ этотъ способъ отвергается.

3) *Разрѣзъ*. — Способъ этотъ похожъ на операцію обыкновеннаго грыжестѣченія. При мозговой грыжѣ разрѣзается грыжевая опухоль и обнажается помѣщенная въ ней часть мозга, которая послѣ того вправляется въ черепную полость, безъ расширенія впрочемъ грыжеваго отверстія въ черепъ. Хотя въ защиту этого способа и приводятся нѣкоторые удачные будто бы случаи, но нужно замѣтить, что мозгъ, обнаженный во время операціи, подвергается вліянію воздуха и вмѣстѣ съ тѣмъ терпитъ давленіе при вправленіи, вслѣдствіе чего легко развиваются воспаленіе самаго мозга и другія явленія, весьма неблагопріятныя для больного. Поэтому разрѣзъ есть такое средство, котораго нельзя одобрить.

4) *Вырѣзываніе*. — Хотя и приводятся случаи, будто бы эту операцію производили съ успѣхомъ, но, вѣроятно, это была не настоящая грыжа, а другого рода опухоль. Теперь едва ли кто рѣшится на вырѣзываніе настоящей мозговой грыжевой опухоли.

5) *Проколъ*. — Операція эта болѣе рациональна и менѣе опасна, нежели три предыдущія. Она можетъ быть назначена въ томъ случаѣ, когда мозговая грыжа осложнена головною водянкою (*hydrocephalose*). Адамсъ ¹⁾ представляетъ примѣры, увѣнчавшіеся счастливымъ успѣхомъ. Впрочемъ, при этомъ случаѣ, едва ли можно вѣрно достигнуть радикальнаго излеченія болѣзни, потому что операція эта помогаетъ только болѣе удобному вправленію мозга въ черепную полость, но не уничтожаетъ причины образованія жидкости. Невыгода этого способа между прочимъ состоитъ въ томъ, что, при всей осторожности, инструментомъ (ланцетомъ или труакаромъ) легко можно поранить и самый мозгъ, особенно въ томъ случаѣ, какъ весьма справедливо замѣчаетъ профессоръ Соколовъ ²⁾, если боковые мозговые желудочки растягиваются до такой степени, что вымѣщаются въ грыжевую опухоль и плотно прилегаютъ къ внутренней поверхности грыжеваго мѣшка.

Окончательно скажемъ, что врожденная мозговая грыжа есть такая болѣзнь, на радикальное излеченіе которой рассчитывать нельзя. Вправление въ большей части случаевъ невозможно. Лигатура, разрѣзъ и вырѣзываніе суть операціи очень опасныя. Поэтому-то въ настоящее время, при врожденной мозговой грыжѣ, ограничиваются обыкновенно леченіемъ палліативнымъ — прижатіемъ. Иногда, если опухоль велика и содержитъ кромѣ мозга серозную жидкость, то съ осторожностію можно употребить проколъ и потомъ прижатіе.

Помѣщаемъ здѣсь одно наблюденіе мозговой грыжи на задней части головы и рисунокъ (фиг. 55), дабы видѣть вкратцѣ ходъ и леченіе этой болѣзни. — Родился мальчикъ, хорошо сложенный, но съ опухолью, величиною въ гусиное яйцо, на задней части головы. Эта опухоль не оказывала повидимому никакого вреднаго вліянія, за исключеніемъ того, что мальчикъ почти постоянно лежалъ и всегда на одной сторонѣ. Опухоль

¹⁾ *Gazette médicale*, 1833.

²⁾ *Московский Врачебный Журналъ*, 1851, кн. 5 и 6.



эта постоянно увеличивалась, такъ что на девятомъ мѣсяцѣ достигла 15 дюймовъ въ окружности и 10 въ длину. Опухоль эта вдольнымъ углубленіемъ раздѣлялась на двѣ неровныя половины. Кожа только при основаніи опухоли была нормальнаго качества и покрыта волосами, на остальной же части представлялась весьма истонченною. Опухоль на ощупь представлялась довольно плотною и съ ясною флюктуаціею; у основанія ея можно было пальцомъ ощупать круглый край кости; отъ прижатія опухоли появлялась только боль, но не обнаруживалось мозговыхъ припадковъ; отъ чего казалось, что ребенокъ былъ довольно здоровъ. 16-го іюня, посредствомъ труакара, выпущено изъ опухоли отъ 9 до 10 унцій свѣтлой желтоватой жидкости. Послѣ этого, не смотря на ослабленіе покрововъ, отверстія въ костяхъ нельзя было ощупать, а только чрезъ покровы опухоли можно было замѣтить жестковатую массу. На слѣдующій день опухоль опять наполнилась жидкостью; почему, 22-го іюня, сдѣлано было нѣсколько проколовъ иглою, чрезъ что вышло лишь нѣсколько капель жидкости. 4-го іюля вставлены были три маленькія труакарныя трубочки, отъ чего на другой день опухоль значительно сморщилась. Въ это время появились у ребенка лихорадка, нерасположенность въ тѣлѣ и проч.; поэтому трубочки труакара были вынуты. 10-го іюля опять были сдѣланы два прокола труакаромъ, ибо опухоль увеличивалась и угрожала лопнуть. Послѣ этого, не смотря на уменьшеніе опухоли, послѣдовали судороги и спячка; при чемъ опухоль все-таки продолжала наполняться. 14-го іюля ребенокъ умеръ.

Аутопсія. — Лѣвая половина большаго мозга представлялась замѣтно больше правой; но объ онѣ были одинакаго цвѣта и плотности; боковые желудочки были сильно растянуты водою; *plexus choroideus* обратился въ плотную, желѣзъ подобную массу. *Pons Varollii*, *eminentiae quadrigeminae*, четвертый желудочекъ и вся лѣвая половина мозжечка чрезъ ненормальное отверстіе въ затылкѣ выходили изъ черепа наружу въ опухоль, внутренняя поверхность которой была выстлана твердою мозговою оболочкою. Толщина стѣнокъ опухоли была въ 5 или 6 линій. Кости черепа были въ нормальномъ состояніи, за исключеніемъ затылочной кости, въ которой находилось неестественное овальное отверстіе, имѣвшее въ большомъ діаметрѣ около двухъ дюймовъ и сообщавшееся непосредственно съ большою затылочною дырою ¹⁾).

В. Случайная или травматическая мозговая грыжа. — Эта грыжа можетъ представляться хирургу при двухъ различныхъ условіяхъ: или она образуется тотчасъ по нанесеніи травматическаго поврежденія, при которомъ разрушена цѣлость не только черепа, но и оболочекъ мозга, и произошелъ выходъ части мозговаго существа; или же грыжа эта образуется на мѣстѣ поврежденія головы, которое зажило рубцомъ, но этотъ послѣдній не имѣетъ надлежащей крѣпости и мозгъ выдается въ этомъ мѣстѣ нѣкоторою своею частію наружу.

Если разсматривать наблюденія мозговой травматической грыжи, описываемыя различными авторами, то видимъ между прочимъ одинъ замѣчательный фактъ: иногда больные переживали потерю нѣкоторой части мозга, вышедшую въ грыжу чрезъ рану. Травматическія грыжи образуются въ слѣдствіе потери части костей черепа: отъ раны, отъ трепанаціи или наконецъ омертвѣнія какой либо части кости. Большею частію эта потеря случается на верхней части черепа.

Послѣдствія случайной мозговой грыжи, не удерживаемой надлежащею повязкою, различны и иногда очень опасны. Первое послѣдствіе состоитъ въ постепенномъ увеличеніи опухоли; второе—въ появленіи сильныхъ болей, отъ скорой ходьбы по неровно-

¹⁾ См. *Handbuch der practischen Chirurgie*, von Dr. Victor Bruns. Tübingen, 1884, pag. 718. — Büttner, *Dissertatio sistens hydrencephales casum singularem, cum tabul.* Berolini, 1832, pag. 14.

му мѣсту, или отъ ѣзды въ тряскомъ экипажѣ; потомъ весьма важное послѣдствіе такой грыжи есть періодическое появленіе конвульсій, что зависитъ, кажется, отъ временнаго выходненія мозга чрезъ отверстіе черепа.

Наконецъ одинъ изъ опаснѣйшихъ припадковъ есть разрывъ рубца, покрывающаго грыжу, слѣдствіемъ чего замѣчали парализъ всѣхъ членовъ, непроизвольное изверженіе мочи и скорую смерть ¹⁾).

Леченіе. — Всѣмъ людямъ, имѣющимъ потерю существа костей черепа, должно совѣтовать носить на мѣстѣ отверстія пластинку изъ свинца или другаго плотнаго вещества, удерживаемую на головѣ надлежащею повязкою. Пластинка такая должна покрывать не только отверстіе въ черепѣ, но нѣкоторую часть и здоровыхъ костей. Для предотвращенія разрыва рубца, также слѣдуетъ употреблять подобную повязку.

Прибавимъ здѣсь замѣчаніе Крювелье о случайныхъ грыжахъ. Этотъ ученый дѣлалъ опыты трепанации надъ собаками, и покуда, въ продолженіе нѣсколькихъ дней они были живы, грыжи у нихъ не образовывались; поэтому Крювелье думаетъ, что травматическая мозговая грыжа у человека если и случается, то чрезвычайно рѣдко.

¹⁾ Sabatier, *Médecine opératoire*, t. II, p. 81.

11425



30496