

мѣняютъ тампоны изъ асептической марли, которые въ моментъ операціи кладутся въ $1/2^{\circ}/_{\infty}$ растворъ сулемы. Операторъ и его четыре помощника надѣваютъ обеззараженные каучуковые передники; рукава засучиваются выше локтей; руки моются зеленымъ мыломъ со щеткою, затѣмъ абсолютнымъ алкоголемъ и растворомъ сулемы. Больной наканунѣ операціи дѣлается общая ванна и дается слабительное; затѣмъ, когда она уже захлороформирована, волосы на mons Veneris сбиваются, брюшная стѣнка тщательно моется зеленымъ мыломъ со щеткою, сѣрнымъ эфиромъ и $1^{\circ}/_{\infty}$ растворомъ сулемы. Послѣ этого, во время самой операціи, никакихъ дезинфицирующихъ жидкостей авторъ не употребляетъ; брюшная полость, въ случаѣ надобности, промывается кипяченою водою. Послѣ операціи края брюшной раны обмываются сулемою и пульверизируются іодоформомъ; затѣмъ накладываются швы, 3—4 глубокихъ, захватывающихъ всю толщу брюшныхъ стѣнокъ, и много поверхностныхъ.

Перевязка заключается въ слѣдующемъ: зашитая рана присыпается порошкомъ салолоа или іодоформа, затѣмъ кладется нѣсколько слоевъ салоловой марли и, наконецъ, сулемовая вата; все это удерживается бинтомъ изъ бумажной ткани.

Послѣоперационный уходъ ничего особеннаго не представляетъ.

Произведенныя авторомъ 50 чревосѣченій распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

6 чревосѣченій при фиброміомахъ матки (3 гистеректоміи, 2 міотоміи и 1 кастрація),

2 чревосѣченія при бугорчаткѣ брюшины и внутрен. половыхъ органовъ,

21 » при воспаленіяхъ трубъ и яичниковъ,

7 » пробныхъ (laparotomia explorativa),

7 » при кистахъ яичника и широкой связки,

6 » при заднихъ смѣщеніяхъ и выпаденіи матки (hysteropexia abdominalis anterior),

1 чревосѣченіе при раковой опухоли нисходящей ободочной кишки.

Изъ нихъ умерли 3 (т. е. $6^{\circ}/_{\infty}$): двѣ послѣ salpingectomy (на 2-й и 3-й день послѣ операціи) и одна послѣ вырѣзыванія рака colonis съ резекціей части кишки (на 2-й день).

Приводятся болѣе или менѣе подробныя исторіи болѣзни всѣхъ случаевъ.

А. Фишеръ.

115. Thomson. Experimentelle Untersuchungen ueber die Entstehung von Adhäsionen in der Bauchhöhle nach Laparotomien. (Centbl. f. Gyn., 1891, № 5). Экспериментальныя изслѣдованія о происхожденіи сращеній въ брюшной полости послѣ чревосѣченій.

Сращенія кишекъ и сальника послѣ чревосѣченій, главнымъ образомъ, съ брюшной раной—явленіе частое, доказываемое цѣлымъ рядомъ клиническихъ наблюденій при повторныхъ чревосѣченіяхъ у однихъ и тѣхъ-же субъектовъ. Между тѣмъ вопросъ о причинахъ подобнаго явленія, не смотря даже на

попытки экспериментального его разрѣшенія (*Sänger, Dembowski, Kelterborn*), остается до сихъ поръ открытымъ. По мнѣнiю послѣдняго изъ названныхъ авторовъ, главной причиной сращенiй въ брюшной полости послѣ чревосѣченiя является инфекцiя, приращенiя-же сальника къ средней линiи обусловливаются выходомъ воздуха и мѣстнымъ воспалительнымъ процессомъ; далѣе—слущиванiе эпителия и рубцы брюшины въ неосложненныхъ случаяхъ не даютъ сращенiй, лигатуры въ брюшной полости большею частью тоже не служатъ причиной сращенiй, а выказываютъ наклонность инкапсулироваться.

Исслѣдованiя *Thomson'a* проливаютъ нѣсколько иной свѣтъ въ область этого вопроса. Авторъ вполне основательно задался прежде всего мыслью исключить при своихъ опытахъ возможность всякой инфекцiи, чтобы такимъ образомъ выяснитъ ея значенiе. Съ этой цѣлью онъ произвелъ двѣ серiи опытовъ—при строгой антисептической и асептической обстановкахъ. Опытными животными служили главнымъ образомъ кошки и кролики. Постановка опытовъ первой серiи состояла въ слѣдующемъ: операционное поле на довольно большомъ пространствѣ освобождалось отъ волосъ, тщательно вымывалось ватой съ мыломъ и затѣмъ обеззараживалось эфиромъ и растворомъ сулемы 1 : 1000, равно какъ и руки оператора. Инструменты каждый разъ подвергались кипяченiю въ водѣ, а шелкъ въ теченiе часа въ растворѣ сулемы 1 : 1000 или въ 4% растворѣ карболовой кислоты. Въ результатѣ достигалось полное обезпложиванiе, что удостовѣрялось контрольными прививками на питательной желатинѣ. Послѣ операции животныя помѣщались въ чистыхъ клѣткахъ. Вначалѣ авторъ употреблялъ закупоривающую повязку, отъ которой, впрочемъ, скоро отказался, такъ какъ заживленiе и безъ нея протекало совершенно гладко даже при примѣненiи простого узловатаго шва, если только швы завязывались крѣпко и накладывались на разстоянiи менѣе 1 см. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣнялся непрерывный шовъ. На 8—14 день послѣ операции производилось вскрытiе животнаго. Методъ операций отчасти варіировался: въ однихъ случаяхъ производилось только простое вскрытiе брюшной полости по бѣлой линiи, а въ другихъ къ этому еще прибавлялись боковые, параллельные брюшной ранѣ, разрѣзы передней стѣнки внутри, проникающiе только брюшину и мышцы и при томъ то соединяемые, то не соединяемые швами. Не представляя протоколовъ всѣхъ операций и вскрытiй, авторъ приводитъ только отдѣльные примѣры, изъ которыхъ видно, что даже при совершенно гладкомъ заживленiи всегда почти получаютъ приращенiя отдѣльныхъ кишечныхъ петель или сальника то по средней линiи къ брюшной ранѣ, то къ параллельнымъ ей боковымъ разрѣзамъ. Достоинно вниманiя то обстоятельство, что сращенiя происходятъ только въ промежуткахъ между швами, на мѣстѣ же послѣднихъ ихъ не оказывается. Точно такiе-же результаты получены авторомъ и во второй серiи опытовъ, гдѣ онъ оперировалъ при совершенно асептической обстановкѣ съ растворомъ поваренной соли по *Fritsch'y*. И здѣсь, не смотря на правильное заживленiе ранъ, происходили сращенiя кишекъ и сальника какъ съ брюшной раной, такъ и съ

боковыми разрѣзами. При этомъ авторъ обращаетъ вниманіе на слѣдующее: никогда почти не получалось сращеній по всему протяженію раны—во-первыхъ, а во-вторыхъ на мѣстѣ большихъ или меньшихъ поверхностныхъ изсѣченій брюшины, какъ изъ паріэталнаго, такъ и висцеральнаго ея листка, сращеній не происходило вовсе. Желая обставить свои изслѣдованія еще точнѣе, авторъ пошелъ дальше и провелъ асептически два опыта, въ которыхъ былъ исключенъ также и воздухъ, какъ возможный носитель инфекціи. Для этой цѣли операционнымъ помѣщеніемъ служило небольшое герметически закрытое пространство, стѣны котораго въ верхней части состояли изъ стеклянныхъ, вставленныхъ въ рамы, кружковъ, а въ нижней, равно какъ и полъ, изъ выкрашенныхъ досокъ. Внутри помѣщенія вела герметически закрывающаяся дверь. Послѣ того какъ стѣны и маленькій столъ этого помѣщенія тщательно вымывались растворомъ сулемы, стерилизація воздуха достигалась вполне дѣйствіемъ простого водяного sprays въ теченіе $\frac{1}{4}$ часа; стерилизованнымъ воздухъ оставался и во все время операціи, продолжавшейся тоже около $\frac{1}{4}$ часа, какъ показывали желатинныя пластинки. Во всемъ остальномъ проводилась самая строгая асептика. Не смотря, однако, и на такую постановку опытовъ, въ обоихъ случаяхъ на вскрытіи были констатированы сращенія съ передней брюшной стѣнкой, какъ по средней линіи, такъ и на мѣстѣ боковыхъ разрѣзовъ; шелковыя лигатуры найдены большею частью инкапсулированными. Во 2-мъ опытѣ авторъ кромѣ того произвелъ изсѣченіе куска брюшины влѣво отъ брюшной раны въ размѣрѣ 2-хъ кв. см., но никакого сращенія, однако, на этомъ мѣстѣ не оказалось. Такимъ образомъ изъ этихъ опытовъ явствуетъ, что, даже при исключеніи всякой возможной инфекціи, послѣ чревосѣченій образуются сращенія съ передней брюшной стѣнкой. Происхожденіе ихъ, по мнѣнію автора, надо объяснять тѣмъ, что на мѣстѣ раненныхъ поверхностей, гдѣ происходитъ усиленная экссудація, лежащая другъ противъ друга двѣ серозныя поверхности могутъ спаиваться. Подобное осложненіе, являясь послѣдствіемъ даже самаго простого чревосѣченія, составляетъ зло, въ отношеніи котораго мы въ настоящее время безсильны и которое, при всѣхъ блестящихъ результатахъ современныхъ чревосѣченій, все же сказывается иногда весьма опасными явленіями. Во избѣжаніе ихъ авторъ находитъ цѣлесообразнымъ съ своей стороны рекомендовать слѣдующее: во-первыхъ—расположеніе сальника позади брюшной раны, благодаря чему могутъ быть предотвращены представляющіяся болѣе опасными приращенія кишекъ, а во-вторыхъ—тщательный шовъ, такъ какъ по наблюденіямъ автора въ мѣстахъ, гдѣ не оказывалось никакихъ сращеній, рана большею частью представляла совершенно ливейный рубецъ. Въ отношеніи обезпложенныхъ инородныхъ тѣлъ въ брюшной полости, авторъ нашелъ слѣдующее: шелковыя лигатуры всегда почти инкапсулируются, не давая никакихъ сращеній, на что уже раньше указалъ *Kelterborn*, имѣющія-же большую величину, какъ напримѣръ кусокъ марли, фиксированный на передней брюшной стѣнкѣ снаружи, подають поводъ къ сращеніямъ, другими словами—инородныя тѣла должны обладать извѣстной величиной, чтобы, благодаря

большему раздраженію, обусловить сращенія съ сосѣдними органами. Ни въ одномъ изъ своихъ опытовъ (антисептика и асептика) авторъ не наблюдалъ сращеній кишекъ между собою за исключеніемъ трехъ случаевъ, гдѣ вслѣдъ за операцией послѣдовала смерть животныхъ отъ септического перитонита и потому при безгвистно протекающихъ чревосѣченіяхъ опасность отъ возможности подобнаго осложненія сводится почти къ нулю.

Въ заключеніе авторъ считаетъ себя въ правѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Сращенія кишекъ и сальника съ передней брюшной стѣнкой послѣ чревосѣченій образуются почти всегда помимо какой-бы то ни было инфекции. Тщательное наложеніе шелкового шва на рану болѣе всего гарантируетъ отъ обширныхъ сращеній.

2) Поверхностные дефекты брюшины заживаютъ безъ всякихъ послѣдствій.

3) Сальникъ по возможности слѣдуетъ всегда предъ закрытіемъ брюшной раны располагать позади послѣдней съ цѣлью предотвращенія сращеній съ кишками.

4) Септический перитонитъ послѣ чревосѣченій возможенъ отъ зараженія черезъ воздухъ.

5) Обезпложенныя инородныя тѣла обуславливаютъ собою образованіе сращеній въ брюшной полости, когда производятъ раздраженіе своей величиной.

Н. Алексенко.

116. R. Cario. Zwei bemerkenswerthe Fälle von Ileus vor und nach der Laparotomie, beide mit Ausgang in Heilung (Archiv f. Gynäk., 1890, Bd. XXXIX, N. 2). Два случая непроходимости кишекъ до чревосѣченія и послѣ такового: выздоровленіе.

1-й случай. Лѣвосторонняя яичниковая опухоль на ножкѣ; послѣ приема ложки кастороваго масла—повторныя послабленія: къ вечеру повышеніе t° до $38,0^{\circ}$ при пульсѣ въ 122 удара; на слѣдующее утро t° — 37° , пульсъ— 76° ; но затѣмъ въ теченіе двухъ дней развилаь обычная картина непроходимости кишекъ. Произведено чревосѣченіе, при чемъ оказалось перекручиваніе ножки кисты и сросшейся съ ножкою петли тонкой кишки до полной непроходимости послѣдней, киста удалена, брюшная рана зашита. Послѣ операциі всѣ явленія Ileus'a прекратились и черезъ 4 недѣли оперированная выписана совершенно здоровою.

Описанный случай является въ литературѣ десятымъ, гдѣ непроходимость кишекъ зависѣла отъ перекручиванія ножки опухоли. По этому поводу авторъ подробно разбираетъ механизмъ, какъ перекручиванія ножки брюшныхъ опухолей, такъ и обуславливаемой такимъ перекручиваніемъ непроходимости кишекъ.

2-й случай. Лѣвосторонній ruosalpinx. Чревосѣченіе; вырѣзываются лѣвая труба и яичникъ; но во время операциі въ глубинѣ малаго таза лопаются абсцессъ, содержащій жидкій, вонючій гной; послѣ тщательнаго туалета брюшная рана зашита. Въ послѣдующіе дни постепенно развилаь картина