

ЖУРНАЛЬ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

ФЕВРАЛЬ 1892, № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

III.

ПРИМѢНЕНІЕ АСЕПТИКИ ВЪ ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ И ТАЗОВОЙ ПОЛОСТЕЙ.

Приватъ-доцента Д. М. Кирѣева.

Широкое примѣненіе антисептическаго или противугнилостнаго способа въ послѣднія 20 лѣтъ, давшее блестящіе результаты какъ вообще въ хирургіи, такъ въ особенности при лѣченіи оперативнымъ путемъ заболѣваний органовъ живота и таза, имѣетъ также и свои невыгодныя стороны, главною изъ которыхъ безспорно надо считать отравленія при примѣненіи различныхъ противугнилостныхъ лѣкарственныхъ средствъ. Въ литературѣ имѣется уже богатый казуистическій матеріалъ смертельныхъ отравленій при примѣненіи, въ качествѣ обезпчивающихъ, іодоформа, карболовой кислоты, сулемы и пр. и пр. Зародившаяся во Франціи въ теоріи, въ лабораторіи *Pasteur'a*, практически примѣненная и разработанная въ Англии *Lister'омъ*, антисептика или противугнилостный методъ лѣченія, не смотря на быстрые и блестящіе успѣхи, все-таки-же оставляла желать еще многаго и заставляла во весь этотъ 20-ти лѣтній періодъ какъ въ лабо-

раторіяхъ, такъ и у постели больного, искать средствъ, обеззараживающихъ рану, съ одной стороны, и не вліяющихъ вредно на больныхъ и ихъ окружающихъ, съ другой. Карболовая кислота смѣнялась препаратами іода, іодъ препаратами сулемы, сулема борной кислотой, мѣднымъ купоросомъ, креолиномъ, лизолемъ и множествомъ другихъ частью уже оставленныхъ, частью-же испытываемыхъ и по настоящее время. Измѣнялись степени концентрацій растворовъ, ограничивалось время соприкосновения ихъ съ раной и тѣмъ не менѣе случаи отравленія ставшіе, правда, рѣже, все же бывали.

Въ этотъ же промежутокъ времени, путемъ чисто эмпирическимъ, опять въ Англіи, нѣкоторые выдающіеся хирурги и гинекологи пришли къ выводамъ прямо противоположнымъ только что сказанному, а именно не примѣнять никакихъ противугнильныхъ средствъ. *Lawson-Tait*, напримѣръ, при сотняхъ своихъ чревосѣченій употреблялъ и употребляетъ только простую, иногда прокипяченную воду, и статистика его даетъ довольно хорошіе результаты. Дальнѣйшія бактериологическія изслѣдованія какъ въ лабораторіяхъ, такъ и клиническія, указали, что болѣзненные измѣненія въ тканяхъ, какъ послѣ оперативнаго вмѣшательства, такъ и при различнаго рода поврежденіяхъ, зависятъ главнымъ образомъ отъ внесенія въ рану извѣстн. различныхъ болѣзнетворныхъ микробовъ; если, слѣдовательно, устранить таковыхъ отъ соприкосновения съ тканями посредствомъ рукъ оператора, инструментовъ, губокъ, повязокъ и пр. и пр., иначе говоря, если не загрязнить раны, то она заживаетъ первымъ натяженіемъ, безо всякой общей реакціи. Изслѣдованіями въ другомъ направленіи было доказано, что помимо различныхъ, такъ называемыхъ обеззараживающихъ средствъ, т. е. средствъ, въ извѣстной концентраціи которыхъ погибаютъ болѣзнетворные микроорганизмы и ихъ споры, — высокая температура въ свою очередь также ихъ убиваетъ. Изъ совокупности этихъ изслѣдованій и возникаетъ въ дальнѣйшемъ ученіе объ асептикѣ, т. е. о безгнлостномъ лѣченіи поврежденій. Антисептика стремилась главнымъ образомъ уничтожить или уменьшить вредное вліяніе микробовъ, поступающихъ или уже имѣющихся въ тканяхъ и предотвратить ихъ поступленіе туда, асептика

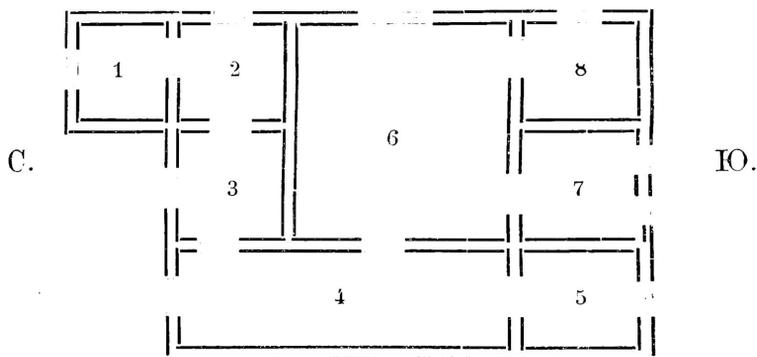
стремится не допустить въ ткани микроорганизмовъ путемъ заноса, съ одной стороны, и устранить вредное, ядовитое вліяніе противугниlostныхъ средствъ на организмъ, съ другой.

Проводя параллель между обоими способами, я этимъ нисколько не хочу умалять значеніе антисептики, которая несомнѣнно имѣетъ и будетъ всегда имѣть свое почетное мѣсто въ лѣченіи хирургическихъ заболѣваній, осложненныхъ присутствіемъ микробовъ въ тканяхъ, что въ большинствѣ этихъ заболѣваній и встрѣчается, тогда какъ асептика будетъ имѣть всегда ограниченное примѣненіе въ ранахъ, наносимыхъ самимъ операторомъ. Располагая повидимому значительными преимуществами, безгниlostный способъ примѣняется сравнительно еще очень рѣдко въ клиникахъ и лѣчебныхъ заведеніяхъ. За границей асептическія операціонныя имѣются, на сколько мнѣ извѣстно изъ отчетовъ, у проф. *Rocher'a* въ Бернѣ, у *Rüdiger'a* въ Краковѣ, у *Fritsch'a* въ Бреславлѣ, у *Audry* въ Лионѣ, у *Schöde* въ Гамбургѣ, у *Bantock'a* въ Лондонѣ и у *Kelly* въ Johns Hopkins Hospital въ Балтиморѣ въ Америкѣ. У насъ въ Россіи первая попытка примѣненія асептики принадлежитъ проф. *Феноменову* въ Казани. Затѣмъ примѣненіемъ этого метода занимаются проф. *Рейнзъ* въ Кіевѣ и проф. *Субботинъ* въ Петербургѣ.

Находя примѣненіе асептики полезнымъ и своевременнымъ, директоръ Мариинской больницы для бѣдныхъ *В. Г. Альшевскій* устроилъ прошлымъ лѣтомъ 1891 г. всѣ необходимыя приспособленія для лѣченія ранъ этимъ методомъ. Асептическое отдѣленіе помѣщается во второмъ этажѣ зданія хирургическаго отдѣленія; подъ него отведены корридоръ и семь комнатъ, которыя всѣ приспособлены для производства операцій по безгниlostному способу. Послѣопераціонный періодъ проводится больными въ общихъ палатахъ отдѣленія. Для большей наглядности я позволяю себѣ представить планъ помѣщенія. Планъ этотъ уже вкратцѣ описанъ д-ромъ *Матхинымъ* въ «Больничной газетѣ Боткина», я-же останавливаюсь на немъ нѣсколько подробнѣе для того, чтобы показать, какими путями достигается обезлюживаніе предметовъ и лицъ, входящихъ въ соприкосновеніе съ боль-

ною при производствѣ операций, а также и потому, что за послѣднее время нѣсколько видоизмѣнены приготовления къ операци. Въ комнатѣ № 1 помѣщаются шкафы съ инструментами и аппараты, въ № 2 шкафы съ перевязочными веществами, которыя въ ней-же рѣжутся и скатываются въ бинты, въ № 3 поставлено 3 печи—одна стерилизуетъ воду, другая перевязочныя вещества и бѣлье и третья нагреваетъ воду для мытья рукъ. Въ первую печь вдѣланъ котель на 30 ведеръ, который герметически закрытъ; въ крышкѣ его имѣется предохранительный клапанъ, а изъ котла идетъ отводящая труба, открывающаяся краномъ въ операционной комнатѣ № 6. Вторая печь то-

В.



3.

нитъ выписанный изъ Берлина отъ *Ритчелъ* и *Геннебергъ* паровой дезинфекторъ новой системы; перегрѣтыя пары изъ котла поступаютъ системою трубъ во вдѣланный въ капитальной стѣнѣ чугунный шкафъ, герметически закрывающійся и имѣющій двѣ двери, одну, открывающуюся въ комнату № 3, гдѣ производится тонка дезинфектора и другую, открывающуюся въ большую операционную № 6. Изъ комнаты № 3 ведетъ дверь въ корридоръ № 4, въ концѣ котораго помѣщается комната № 5, гдѣ обмываютъ и хлороформируютъ больныхъ. Изъ того-же корридора № 4 ведетъ дверь въ большую операционную комнату № 6, куда выходитъ, какъ я уже упоминалъ, кранъ отъ

стерилизаціоннаго котла и дверь дезинфектора. Изъ № 6, расположеннаго большимъ окномъ на востокъ, ведетъ одна дверь въ такъ называемую, малую операціонную № 7, двумя окнами выходящую на югъ, гдѣ исключительно и производятся чистыя лапаротоміи, другая-же дверь ведетъ въ комнату № 8, гдѣ изъ стерилизованнаго уже матеріала приготавливаются различныя антисептическія вещества.

Приготовленіе комнатъ къ операціи. Въ обѣихъ операціонныхъ цементные полы наканунѣ операціи вымываются растворомъ сулемы 1:1000, а стѣны и потолокъ, выкрашенные масляною краскою, обильно орошаются раздробленною струею воды изъ крановъ водопровода наканунѣ и въ день операціи. Полъ малой операціонной, передъ самой операціей поливается еще кипяткомъ, пары котораго наполняютъ операціонную; для поддержанія возможно большей влажности воздуха, во все время производства операціи открыты въ умывальникѣ краны съ кипяткомъ, дающія постоянно большое количество теплыхъ паровъ.

Приготовленіе къ операціи воды, перевязочныхъ матеріаловъ и бѣлья. Наполненный, герметически закрытый котель, вечеромъ наканунѣ операціи нагревается до 125—130°С. и кипятится при этой температурѣ въ продолженіи 40 минутъ, а затѣмъ оставляется до утра, когда изъ котла и выпускается вода еще горячею; передъ наполненіемъ стеклянныхъ сосудовъ она проходитъ черезъ систему фильтровъ Chamberlain - Pasteur'a въ 20 свѣчей. Также съ вечера, наканунѣ операціи, наполняются двѣ корзины перевязочными веществами и бѣльемъ, въ центрѣ ихъ вставляется термометръ, установленный на 105°С. и соединенный проволоками съ электрическимъ звонкомъ. Утромъ въ 7½ ч. въ день операціи зажигаютъ печь дезинфектора, а черезъ часъ закипѣвшая вода даетъ пары, которые при темп. 105° впускаются въ дезинфекторъ, а черезъ 2 часа электрическій звонокъ даетъ знать, что температура въ центрѣ перевязочныхъ веществъ равняется 105°С.; достаточно 20 минутъ такой температуры, которая все это время указывается звонкомъ термометра, чтобы обезплодить все находящееся въ дезинфекторѣ. Затѣмъ въ него пропускается струя сухого, перегрѣтаго

воздуха, который въ теченіи 15 минутъ высушиваетъ все находящееся въ немъ. Затѣмъ дверь его, выходящая въ операционную № 6, открывается и перевязочныя вещества перекладываются въ стеклянный ящикъ на колесахъ, который при чрезвѣщеніяхъ и перевозится въ малую операционную № 7, а бѣлье раскладывается на два стола въ операционной № 6. Шелкъ варится наканунѣ операциіи въ продолженіи часа въ обезпложенной водѣ и кладется вмѣстѣ съ перевязочными веществами въ дезинфекторъ съ вечера, а во время операциіи держится въ обезпложенной банкѣ; щетки для мытья рукъ кипятятся въ продолженіи часа въ 1% растворѣ соды. Инструменты, помѣщающіеся въ двухъ стеклянно-металлическихъ шкафахъ въ большой операционной, вытираются наканунѣ операциіи терпентиномъ, затѣмъ эфиромъ, а въ день операциіи кипятятся въ продолженіи 15 минутъ въ 1% растворѣ двууглекислой соды въ стерилизаторѣ *Schimmelbusch'a* и переносятся затѣмъ на все время операциіи въ стерилизованную воду. Что касается больной, то она за нѣсколько дней до операциіи получаетъ мыльные ванны, и діета ея ограничивается жидкою пищею; затѣмъ наканунѣ дается слабительное и послѣ его дѣйствія два десятигранныхъ порошка *Magisterii Bismuthi*, а въ день операциіи ставится клизма. Приготовивъ такимъ образомъ операционныя комнаты, перевязочный матеріалъ и инструменты, приступаютъ къ хлороформированію больной. Всѣ одѣваются въ большой операционной въ обезпложенные халаты и вымываютъ руки по методѣ *Fürbringer'a*, ополаскивая ихъ затѣмъ обезпложенной водою. Для контроля передъ всякой операциею докторомъ *Мачихинымъ* изслѣдуются на питательныхъ средахъ воздухъ операционной, перевязочныя вещества, халаты, полотенна и руки участвующихъ въ операциіи. При наступленіи наркоза больная переносится въ малую операционную совершенно раздѣтая и прикрывается обезпложенными простынями, животъ обмывается обезпложенною водою.

Приступая къ операциіи, производимой мною надъ больной, лежащей всегда на наклонной плоскости, съ приподнятымъ тазомъ и опущенными плечами и головою (столъ *Trendelenburg'a*), что легко достигается при обыкновенномъ столѣ подкладываніемъ подъ одинъ изъ кон-

цовъ его деревяннаго бруска различной толщины подъ ножки, или подушки подъ тазъ, имѣются уже приготовленные инструменты, лежащіе въ обезпложенной водѣ, шелкъ въ обезпложенной банкѣ, а для убранія крови стерилизованная сухая марля, частью нарѣзанная и скомканная въ небольшіе куски и частью сложенная въ правильные квадраты различной величины, къ которымъ прикрѣплены тесемки въ $\frac{1}{2}$ аршина длиною; такіе компрессы, ранѣе сосчитанные, употребляются для вкладыванія въ брюшную полость съ цѣлью изолированія петель кишекъ отъ опухолей, подлежащихъ удаленію. Во все время операціи на раненую поверхность ни вѣтъ, ни внутри — брюшинно не поливается ни капли жидкости. точно такъ же какъ и марля употребляется только въ сухомъ видѣ и только руки оператора и ассистента ополаскиваются отъ времени до времени въ стерилизованной водѣ. Вотъ тѣ приготовленія и тотъ методъ, которые примѣняются до и во время операціи. Теперь я позволяю себѣ перейти къ описанію тѣхъ случаевъ, которые мнѣ пришлось оперировать осенью нынѣшняго года.

I.

Больная О. П., крестьянка. 46 л., поступила въ больницу съ жалобами на кровоточенія атипическаго характера, продолжающіяся въ теченіи года. Средняго сложенія, анемична, лицо отчетно. Начала менструировать на 15 году, черезъ 3 недѣли, по 3 — 4 дня; рожала два раза благополучно. Матка увеличена и приподнята вверхъ, дно прощупывается на два поперечныхъ пальца надъ симфизомъ; въ передне-лѣвомъ сводѣ, непосредственно прилегая къ краю матки, помѣщается эластическая круглая опухоль въ гусиное яйцо величиною; неподвижная, малоболѣзненная; справа въ корнѣ широкой связки другая опухоль, болѣе продолговатаго очертанія, въ куриное яйцо, совершенно неподвижная, эластическая, близко прилежащая къ краю матки, длина полости которой 9 сантиметровъ (*cystomalg. lati bilat-galis*). По вскрытіи полости живота по бѣлой линіи ниже пупка опредѣлена опухоль широкой связки, повсюду сращенная съ салыпкомъ и кишками. Сращения отдѣлены рукою. при чемъ на одно, болѣе сосудистое, наложена лигатура, опухоль выведена въ просвѣтъ раны, листокъ широкой связки надрѣзанъ и приступлено къ вылуценію изъ нея кисты; при этомъ тонкая стѣнка опухоли лопнула и часть серознаго содержимаго излилась въ полость газа. По вылуценіи всей стѣнки кисты, рукою выведена изъ сращеній утолщенная до величины большого пальца труба и кистовидно измѣненный яичникъ, подъ нихъ подведенъ компрессъ и ниже ихъ, у основанія вылущенной

кисты наложено на широкую связку пять цѣлочныхъ лигатуръ, послѣ чего яичникъ съ трубою отрѣзаны. Опухоль въ правой широкой связкѣ принадлежала растянутой до ширины двухъ поперечныхъ пальцевъ фаллопиевой трубѣ, сращенной плотными ложными перепонками съ боковою заднею поверхностью матки; ниже ея подведенъ компрессъ и приступлено къ выдѣленію трубы изъ сращеній; при этомъ она лопнула и изъ нея вылилось коричневатое слизистое содержимое (*haematosalpinx*), сейчасъ убранное компрессами марли. Не смотря на продолжительные поиски за правымъ яичникомъ найти его въ ложныхъ связкахъ не удалось. Растянутая труба, послѣ наложенія на ея *mesosalpinx* 6-ти цѣлочныхъ лигатуръ, срѣзана. Довольно значительное паренхиматозное кровотеченіе остановлено наложеніемъ еще 3-хъ обкалывающихъ швовъ, брюшная рана зашита 12-ю шелковыми швами и наложена асептическая повязка. Операция продолжалась 1½ часа. Въ первые сутки послѣ операциі два раза вырвало, со второго-же дня тошноты и рвоты не было, также какъ не было ни коликообразныхъ болей, ни вздутія живота; съ третьяго дня больная начала пить молоко и бульонъ, на 5-й день произвольное послабленіе на низъ и съ этого дня установился довольно правильный стулъ. Пульсъ все время колебался между 70—80 въ минуту; температура въ первую недѣлю послѣ операциі не превышала 37,5, на 2-ой недѣлѣ, послѣ снятія швовъ 37,7, 37,4 и только на 19-й день послѣ операциі при явленіяхъ инфлуэнціи были три лихорадочныхъ вечера, когда t° дала 39,3, 38,5 и 38, 4; все остальное время до выписки больной t° нормальная. На десятый день послѣ операциі сняты швы, рана зажила *per primam*, но въ четырехъ нижнихъ швахъ при удаленіи нитокъ замѣчено незначительное количество гноя въ каналахъ.

II.

Больная Е. М., дворянка, 42 лѣтъ, поступила въ больницу съ жалобами на боли въ животѣ справа, начавшіяся съ полъ года тому назадъ, запоры, лихорадку. Хорошаго сложенія и питанія; начала менструировать на 18-омъ году, черезъ 4 недѣли, по 5 дней; два раза рожала. Последній разъ 8 лѣтъ тому назадъ. Матка въ *retropositio et lateroversio sinistra*, малоподвижна, плохо контурируется вслѣдствіе ожиренія брюшныхъ стѣнокъ; въ правомъ сводѣ опредѣляется флюктуирующая, гладкая, болѣзненная опухоль въ гусиное яйцо, близко прилежащая къ краю матки, неподвижная справа на лѣво, но поднимающаяся вверхъ въ большой тазъ, при этомъ на ней всегда при выстукиваніи получается тимпаническій тень. Длина полости матки 9 сантиметровъ. Зондъ идетъ влѣво и взадъ.

По вскрытіи полости живота по бѣлой линіи ниже пупка, введенною рукою опредѣляется опухоль, по всей поверхности рыхло склеенная съ кишками и сальникомъ. Склейки разъединены рукою, послѣ чего опухоль, оказавшаяся растянутою кровью до величины гусиного яйца фаллопиевою трубою, выведена въ просвѣтъ раны; на длинную ножку наложено 2 лигатуры и опухоль отрѣзана. Рана зашита 15-ю швами и наложена асептическая по-

вязка. Въ послѣоперационномъ теченіи температура и пульсъ все время нормальны; ни вздутія, ни тошноты, ни рвоты не было. На 10-й день сняты швы, рана зажила *per primam*, но въ двухъ швахъ опять найдено незначительное нагноеніе.

III.

Больная М. П., учительница, пріѣхавшая изъ Вильно съ цѣлю оперироваться, 44 лѣтъ; малаго роста, средняго питанія, кости скелета съ значительными рахическими измѣненіями; поступила въ больницу съ жалобами на присутствіе опухоли въ животѣ, которая существуетъ уже 10 лѣтъ; послѣдній годъ опухоль стала быстрее роста, появились боли и затрудненное дыханіе. Начала менструировать на 13-мъ году, черезъ 4 недѣли, по 5 дней, не рожала. Въ полости живота опредѣляется плотная опухоль, занимающая всю его переднюю поверхность; верхняя граница опухоли не доходитъ на три поперечныхъ пальца до *scrobiculum cordis*. Большая часть поверхности опухоли гладкая, плотная, только въ лѣвой сторонѣ на опухоли имѣется придатокъ въ кулакъ величиною, бугристый. Опухоль, выполняя всю брюшную полость, неподвижна въ боковыхъ направленіяхъ и не много двигается снизу вверхъ. *Portio vaginalis* приподнята вверхъ, непосредственно переходитъ въ опухоль и слѣдитъ за ея движеніями. Длина полости матки 22 сантиметра. *Fibromyoma uteri interstitialis*. Полость живота вскрыта по бѣлой линіи, начиная на поперечную ладонь отъ *scrobiculum cordis* и кончая у симфиза; черезъ разрѣзъ съ значительными трудностями, вслѣдствіе величины и забрюшиннаго расположенія правой доли, опухоль выведена наружу; петли кишекъ изолированы компрессами. При ближайшемъ изслѣдованіи оказалось, что большая часть опухоли, располагаясь частью въ правой широкой связкѣ, частью заходитъ забрюшинно подъ *mesenterium coeci*. Слѣва отношенія нормальны, т. е. отъ матки къ стѣнкамъ таза отходитъ *lig. latum*. При изслѣдованіи лѣваго яичника, увеличеннаго до куриного яйца и кистовидно перерожденнаго, одна изъ кистъ лопнула и появилось паренхиматозное кровотеченіе, подъ яичникъ подведено двѣ лигатуры, надъ которыми онъ и сръзанъ. Затѣмъ приступлено къ отдѣленію опухоли отъ *mesenterii coeci* съ *processus vermicularis*. Тупою иглою подведена подъ серозно-мышечный покровъ опухоли лигатура, затянута и участокъ обколотою ткани перерѣзанъ; затѣмъ такой-же участокъ снова обколотъ и перерѣзанъ; такихъ лигатуръ *en masse* наложено 16, причѣмъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ткани перерѣзались между двухъ лигатуръ, вслѣдствіе кровотеченія изъ большихъ венъ въ гусиное перо толщиной. Послѣ перевязки и вылущенія большей части опухоли справа, приступлено къ наложенію трехъ двойныхъ лигатуръ на лѣвую *lig. latum*, которая между лигатуръ и перерѣзана. Спереди опухоль не могла быть тупо отсепанованной отъ маточной ткани, такъ какъ непосредственно въ нее переходила, и при попыткахъ энуклеированія обнажались толстыя вены, давшія довольно значительное кровотеченіе. Поэтому, подъ ставшую довольно подвижную опухоль, подведена эластическая лигатура, затянута и вся опухоль сръзана. Расщепленная брюшина и широкая связка сшиты 10 узловатыми швами, поверхъ

которых наложено еще непрерывный лембертовский шовъ; такимъ образомъ бывшее ложе опухоли совершенно изолировано отъ полости брюшины. Оставшаяся надъ жгутомъ довольно объемистая культя еще сръзана и черезъ нее проведено двѣ толстыхъ шелковыя лигатуры, которыя и затянуты по обѣ стороны, послѣ чего жгутъ снятъ, а для полного обезпеченія отъ кровотечения культя прошита еще 8 швами по *Schröder's*у. Затѣмъ каждая изъ нитокъ двухъ лигатуръ, стягивающихъ культю продѣта въ иглу и игла проведена черезъ брюшную стѣнку и этимъ способомъ, затянувъ лигатуры, культя фиксирована въ брюшной ранѣ снизу. Послѣ этого приступлено къ зашиванію брюшной стѣнки сверху, наложено 12 глубокихъ швовъ, не доходящихъ выше на нѣсколько сантиметровъ до фиксированной культи, справа и слева она сшита еще двумя глубокими лигатурами съ брюшной стѣнкою, послѣ чего наложено еще по нѣсколько швовъ съ боковъ такимъ образомъ, чтобы брюшина культя прилежала къ брюшинѣ брюшной стѣнки и этимъ культя окончательно укрѣплена въ брюшной ранѣ, затѣмъ наложены еще послѣдніе три шва на брюшныя стѣнки, которыми и закрыта окончательно брюшная рана. Наложена асептическая повязка. Не будучи сторонникомъ одного какого-бы то ни было оперативнаго метода, при мѣотоміяхъ, мнѣ кажется болѣе цѣлесообразнымъ примѣняться къ обстоятельствамъ каждаго даннаго случая, выбирая тотъ или иной методъ иногда даже въ самый моментъ операциі, въ зависимости отъ топографическаго расположенія опухоли, общаго состоянія больной, кровотечения и т. д. Разумѣется этимъ не исключается составленіе себѣ заранѣе плана операциі при данныхъ изслѣдованія больной. Въ настоящемъ случаѣ я заключилъ операцию по вѣдъ брюшинному методу, т. е. укрѣпилъ культю въ нижнемъ углу раны, вслѣдствіе того, что операция продолжалась 3¹/₂ часа, больная потеряла довольно значительное количество крови и я не хотѣлъ рисковать лишнимъ получасомъ времени, который необходимо было бы употребить для тщательнаго наложенія кровоостанавливающихъ и серозерозныхъ швовъ на опускаемую въ полость брюшины ножку. Въ послѣоперационномъ теченіи не было ни метеоризма, ни тошноты, ни рвоты; первые шесть дней послѣ операциі пульсъ между 78 и 96 въ минуту, t° между 37,2 и 37,9; съ 7-го дня, впродолженіи четырехъ дней вечернія температуры въ 38,5; 38,7; 38,2; 38,4; при пульсѣ въ 102—108. Въ дальнѣйшемъ періодѣ t° все время нормальна, около 37. Съ 5 дня появился аппетитъ; при смѣнѣ повязки на 7 день, около омертвѣвающей культя въ верхнемъ углу раны нагноеніе, причѣмъ выдѣлилось около столовой ложки хорошаго гноя; часть швовъ снята, брюшная рана срослась первымъ натяженіемъ. Культя омыта обезпложенной водой и наложена асептическая повязка. Въ дальнѣйшемъ теченіи перевязка черезъ каждые три дня, причѣмъ сняты остальные швы, рана промывалась стерилизованной водой и накладывалась асептическая повязка.

На 16-й день послѣ операциі, при легкомъ потягиваніи, омертвѣвшая культя отдѣлилась, рана стала быстро выполняться хорошими грануляціями, рубцующимися по краю. Въ настоящее время остается еще не зарубцевавшаяся поверхность въ серебряный гривенникъ.

V.

А. З., чиновница 32-хъ лѣтъ, поступила въ больницу съ жалобами на боль въ животѣ и крестцѣ. тошноту и рвоту, продолжающіяся съ небольшими перерывами послѣдніи восемь лѣтъ; хорошаго сложенія и питанія. Начала менструировать на 16-мъ году черезъ три недѣли по три дня, никогда не рожала. Матка наклонена впередъ, увеличена, болѣзненная, плотна, малоподвижна; въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется флюктуирующая, болѣзненная опухоль, неподвижная, въ величину кулака, непосредственно прилегающая къ краю матки. Справа, въ области широкой связки, болѣе разлитая, чувствительная опухоль въ величину куриного яйца. За время пребыванія въ больницу до операціи наблюдались иногда поносы и рвоты по утрамъ.—*Cystoma lig. lati sinistr., salpingo-boophoritis dextr.*

По вскрытіи полости живота по бѣлой линіи ниже пупка, введенною рукою опухоль отдѣлена отъ сплюснутыхъ сращеній съ сальникомъ, маткой и кишками, которыя отдѣлены введенными компрессами; съ большимъ трудомъ она выведена изъ брюшной раны, причеиъ часть широкой связки надорвалась; на *lig. latum* наложено 8 швовъ, послѣ чего опухоль срубана. Значительныя затрудненія представила надорванная широкая связка, давшая довольно значительное кровотеченіе, потребовавшее наложенія еще 7 швовъ въ полости малаго таза. Послѣ остановки кровотеченія, высвобождены изъ сращеній правый, увеличенный до голубиного яйца, кистовидно-перерожденный яичникъ и сращенная съ нимъ труба; подъ нихъ подведено двѣ лигатуры, надъ которыми они срубаны, а культя обшита непрерывнымъ швомъ. Чрезвычайно длинный сальникъ расправленъ надъ кишечными петлями, брюшная рана сшита 15 ш. швами и наложена асептическая повязка. Продолжительность операціи 1 часъ 35 минутъ. Въ послѣопераціонномъ теченіи первые два дня тошнота, 4 раза вырвало; съ третьяго дня самочувствіе удовлетворительно, съ четвертаго появился аппетитъ; вздутія совсѣмъ не наблюдалось. Температура первыи три недѣли нормальная, высшая 37,5 въ день снятія швовъ. На четвертой недѣли, безъ какой либо явной локализаци, появились лихорадочныя движенія, продолжавшіяся въ теченіи недѣли и дававшія вечеромъ повышенія отъ 38 до 39,3 (одинъ вечеръ). Затѣмъ t° все время нормальна. На десятый день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ, въ двухъ швахъ незначительное нагноеніе.

V.

М. X., крестьянка, 32-хъ лѣтъ, поступила въ больницу съ жалобами на присутствіе въ животѣ, за послѣдніе два года, опухоли и причиняемая ею боли. Средняго сложенія и питанія. Начала менструировать на 15-мъ году, черезъ три недѣли по 3—4 дня; 4 раза благополучно рожала.

Въ полости живота опредѣляется опухоль верхнею границею достигающая до пупка, величиною въ голову взрослого человѣка, съ гладкою поверхностью, плотная, подвижная; справа на ней опредѣляется шнунокъ, на концѣ котораго неподвижный придатокъ въ голубиное яйцо. *Port. vaginalis* непосредственно

переходить въ опухоль и слѣдить за ея движеніями. Длина полости матки 7 сантиметровъ, зондъ идетъ впередъ. Fibro-myomauteri interstitiale parietis posterioris. Послѣ вскрытія полости живота по бѣлой линіи ниже пупка опухоль выведена наружу, петли кишекъ изолированы компрессами. На шейку матки наложенъ эластическій жгутъ, послѣ чего капсула опухоли, сидѣвшей въ задней стѣнкѣ и днѣ матки, надрѣзана и опухоль въ величину двухъ кулаковъ энуклеирована. Поверхность ложа опухоли сглажена ножницами и наложенъ 1-й мышечный этажъ швовъ числомъ 10; затѣмъ 2-й этажъ серозно-мышечный въ 15 швовъ и наконецъ 3-й этажъ серо-серозный сшитъ непрерывнымъ швомъ. Подъ правый яичникъ, кистовидно перерожденный до величины голубиного яйца и окутанный ложными перепонками, и трубу, утолщенную до величины пальца, подведено 2 лигатуры и они отрѣзаны, культя обшита непрерывнымъ швомъ. Левый яичникъ и фаллопиева труба, не представлявшіе видимыхъ патологическихъ измѣненій, оставлены; брюшная рана зашита 14-ю швами, наложена асептическая повязка. Продолжительность операціи 1 часъ 25 мин. Въ послѣопераціонномъ теченіи первые два дня тошнота; два раза вырвало. Съ третьяго дня хорошее самочувствіе, вздутія нѣтъ, t° все время нормальна; пульсъ между 84 и 102 въ минуту. На десятый день съ брюшной стѣнки сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ и послѣдующее теченіе прошло все время при нормальной температурѣ и вполне удовлетворительномъ самочувствіи.

Если обратиться къ только что описаннымъ случаямъ, то мы увидимъ, что въ четырехъ изъ нихъ представлялись при производствѣ операцій довольно значительныя техническія трудности, затягивавшія производство операціи отъ 1 часа 25 мин. до 3½ часовъ времени, что въ полость живота и таза было наложено въ одномъ случаѣ 14, во второмъ 31, въ третьемъ 18 и въ четвертомъ 28 шелковыхъ лигатуръ; что существованіе обильныхъ сращеній дало во время операціи паренхиматозныя кровотеченія, и тѣмъ не менѣе всѣ больныя быстро поправились, причемъ послѣопераціонное теченіе протекало при почти, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и совершенно нормальной температурѣ и пульсѣ, безъ какихъ либо бурныхъ явленій раздраженія брюшины; наоборотъ, отсутствіе длительной рвоты, вздутія, коликообразныхъ болей и произвольный стулъ и мочеиспусканіе на 4—5-й день, скорѣе указываетъ на полное отсутствіе таковыхъ. Все вышесказанное, мнѣ кажется, указываетъ на необходимость и цѣлесообразность примѣненія въ настоящее время асептического метода въ хирургическомъ лѣченіи, какъ большей части заболѣваній органовъ полости живота и таза, такъ и разнообразныхъ другихъ заболѣваній, требующихъ хирургическаго вмѣшательства.