

III.

Объ осложненіяхъ при заживленіи брюшной раны послѣ чревосѣченій.

Прив.-доц. А. Н. Соловьева.

(Читано въ засѣданіи хирургическаго общества въ Москвѣ, 10 октября 1895 г.)

Въ № 21 «Мед. Обзор.» 1892 г. и въ № 1 «Журн. Акуш. и Женск. болѣзн.», помѣщены описанія случаевъ лапаротомій, произведенныхъ въ *нашей частной лечебницѣ* со дня ея открытія. Всѣхъ случаевъ было девять. Затѣмъ въ № 11 «Мед. Обзор.» за 1894 г., описанъ десятый случай, представлявшій интересъ въ смыслѣ затрудненія діагностики и осложненный пупочной грыжей.

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ былъ наложенъ этажный шовъ при закрытіи брюшной раны, при чемъ брюшина была закрыта непрерывнымъ обвивнымъ швомъ. Прежде я накладывалъ обыкновенно два ряда швовъ для соединенія брюшной раны, т. е. нѣсколько металлическихъ глубокихъ захватывающихъ брюшину и соответственное количество узловатыхъ соединяющихъ кожу, подкожный жирный слой, а иногда и прямыя мышцы живота. Никогда я не наблюдалъ при этомъ нагноеній при заживленіи раны.

Поводомъ къ наложенію этажнаго шва у вышеупомянутой больной, къ которой мы снова скоро вернемся, послужилъ предшествующій ей случай лапаротоміи, которую мы вкратцѣ здѣсь и опишемъ.

Случай 11-й ¹⁾ *Ataxia. Cystomae ovariorum intraligamentosae. Ovariectomy duplex. Расхождение брюшной раны вслѣдствіе лопнувшей при рвотѣ проволоки. Наложеніе шелкового шва. Выздоровленіе.*

Г-жа М. Н. Щ. 30 лѣтъ, жена купца изъ Нижняго-Новгорода. Первыя регулы 16 лѣтъ безъ болей, четырехъ недѣльный типъ, продолжительность 3 дня, не сильна. Замужемъ 18 лѣтъ; бездѣтна.

Вскорѣ послѣ замужества было воспаленіе внизу живота, по причинѣ тряской ѣзды, сопровождавшееся лихорадкой; пролежала тогда 4 недѣли. Съ тѣхъ поръ регулы съ болями, доводившими больную до истерики. Приступы схватокъ разныхъ болей продолжались иногда по 7 часовъ. Во время регулъ выдѣлялись кровавые сгустки. Больная такимъ образомъ страдала втеченіе 8 лѣтъ до тѣхъ поръ пока ей не было сдѣлано разсѣченіе шейки послѣ чего dysmenorrhœa исчезла. Регулы стали ходить по 3—4 дня, не сильно. Бѣли нѣсколько лѣтъ.

Лѣтъ десять какъ больная начала страдать болями въ нижнихъ конечностяхъ, которыя въ началѣ были острыми, ланцинирующими, а затѣмъ болѣе слабыми; онѣ стали рѣже и тише втеченіе послѣднихъ двухъ лѣтъ. Года 1½ тому назадъ явленія атаксіи весьма рѣзко выражены и больная стала ходить неувѣренно съ посторонней помощью, много падала или удерживалась за какой либо предметъ. По временамъ больная затрудняется выговаривать слова и не разъ рассказываетъ одно и то же. Питаніе удовлетворительно, пульсъ небольшой, ускоренный. Аппетитъ и сонъ плохіе. Запоры.

Осмотръ половыхъ органовъ: матка увеличена въ объемѣ и лежитъ вправо отъ средней линіи. Съ лѣвой стороны uteri просматривается опухоль, верхняя граница которой находится между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, но ближе къ первому. Правая граница заходитъ за *lin. alba* вправо, лѣвая идетъ по линіи, проведенной перпендикулярно кверху отъ *spina anter. superior sinistri*. Опухоль круглой формы, довольно эластична, подвижна съ ясною флюктуаціей.

21 февраля подъ глубокимъ смѣшаннымъ наркозомъ (бромэтилъ и хлороформъ) была произведена овариотомія. Оказалось, что мы имѣли дѣло съ межсвязочными кистами обоихъ яичниковъ, при чемъ лѣвая была величиною около дѣтской головки, а правая—въ небольшой лимонъ. Лѣвая киста была освобождена отъ небольшихъ сращеній и почти совершенно вылучена изъ окружающей капсулы; затѣмъ проколомъ скальпеля вылучено жидкое содержимое, при чемъ брюшина была защищена стерилизованными салфетками. Очень короткая ножка кисты перевязана *en masse* и затѣмъ нѣсколькими частичными лигатурами подъ первой, почти около края матки. По удаленіи опухоли ножка опущена въ полость таза.

¹⁾ Лапаротомія по порядку съ дня открытія лѣчебницы.

Что касается кисты праваго яичника, то при попыткахъ приблизить ее къ ранѣ брюшныхъ стѣнокъ, она лопнула и содержимое ея излилось въ брюшную полость. Жидкость удалена стерилизоватыми марлевыми салфетками. Послѣ этого ножка ея перевязана вблизи самой матки частичными лигатурами и мѣшокъ удаленъ ножницами. Петли кишекъ, выпячивавшіяся въ разрѣзъ *сильно направившихся* брюшныхъ стѣнокъ, удерживались салфетками. Промываніе брюшной полости физиологическимъ растворомъ поваренной соли и тщательное удаленіе его салфетками.

Брюшная рана закрыта двумя основными металлическими, захватывающими брюшину, швами и нѣсколькими шелковыми кожными швами. Повязка.

До слѣдующаго дня у больной частая тошнота и сначала рѣдкая, а затѣмъ *все учащающаяся рвота*. При нормальной температурѣ пульсъ при 120—130 слабого наполненія. Сильный потъ и жажда.

Эти явленія заставили меня осмотрѣть рану. По снятіи повязки оказалось, что одинъ металлическій шовъ лопнулъ и въ *отверстіе разошедшейся раны вышла часть сальника*. Немедленно онъ былъ вправленъ и съ помощью проф. П. И. Дьяконова вмѣсто металлической проволоки наложенъ глубокой шелковый шовъ, при этомъ пришлось сначала удалить два кожныхъ шва, которые конечно затѣмъ замѣнены другими.

Можетъ быть вслѣдствіе потери чувствительности у больной при наложеніи этихъ швовъ, она не жаловалась на боли. Затѣмъ больная оправилась; тошнота рвота и поты исчезли и пульсъ сталъ нормальнымъ. На десятый день сняты все швы (*prima intentio*), а черезъ мѣсяцъ послѣ операціи вышла изъ лѣчебницы. Хотя больная и теперь жива, но атаксія прогрессируетъ рядомъ съ явленіями душевнаго растройства. Нужно отмѣтить, что послѣ операціи она нѣсколько времени ходила безъ посторонней помощи, хотя и неуверенно.

Возвращаясь теперь къ нашему вышеупомянутому случаю двойной оваріотоміи, я уже сказалъ, что послѣ описанной сейчасъ случайности разрыва проволоки и выхожденія въ образовавшееся отверстіе брюшной стѣнки сальника, мы стали сшивать брюшину отдѣльно.

Больная была старушка 67 лѣтъ. Послѣ операціи, какъ видно изъ описанія ²⁾, она вышла совершенно здоровою, безъ всякихъ признаковъ чего либо ненормальнаго въ зажившей ранѣ, 19 апрѣля 1894 г. Въ половинѣ мая мною получено отъ лѣчившаго ее врача, письмо, въ которомъ онъ проситъ объяснить способъ производства операціи, такъ какъ на рубцѣ замѣчается образованіе свищей. Я объяснилъ это нагноеніемъ въ глубокомъ непрерывномъ швѣ, наложенномъ на брюшину.

²⁾ См. „Мед. Обзор.“, 1894, № 11.

Вслѣдствіе отъѣзда моего за границу я не видалъ больную до 31-го августа, когда она снова поступила въ лѣчебницу. При этомъ оказалось, что въ брюшномъ рубцѣ замѣчаются три свищевыхъ отверстія. Не желая подвергать больную наркозу я попробовалъ расширить ихъ ламинаріями, но вслѣдствіе появившагося у больной зноба черезъ десять минутъ послѣ введенія палочки пришлось отказаться отъ этого способа и мною предложенъ разрѣзъ рубца подъ наркозомъ. 8-го сентября была произведена операція. Разрѣзъ проведенъ почти по всему рубцу; постепенно мы дошли до канала, образованному длинною нитью, при посредствѣ которой былъ наложенъ, во время предшествующей операціи, обвивной шовъ брюшины. Нить была извлечена дѣйкомъ, почти неизмѣнною въ цвѣтѣ ³⁾ и свободно лежавшею въ каналѣ.

При вырѣзываніи рубцового свищеваго хода, брюшина въ верхней части брюшной раны была случайно вскрыта (окошко величиною въ гривенникъ). Она закрыта глубокимъ металлическимъ швомъ, послѣ чего нѣсколько такихъ же швовъ наложены на брюшныя стѣнки, не затрогивая брюшины и наконецъ рана совершенно закрыта достаточнымъ количествомъ поверхностныхъ шелковыхъ швовъ. Черезъ 8 дней всѣ швы удалены, а на 11-й больная вышла изъ лѣчебницы. По всей ранѣ заживленіе *per primam* и больная по сіе время чувствуетъ себя совершенно здоровою.

Вопросъ о способѣ сшиванія брюшной стѣнки послѣ лапаротоміи представляетъ немалый интересъ. Само собою разумѣется, что при нагноеніи въ ней, на основаніи существующихъ въ наукѣ взглядовъ, всякій долженъ сказать, что причиною его служить недостаточно стерилизованный или дезинфицированный перевязочный матерьялъ ⁴⁾. Такъ ли это въ данномъ случаѣ? Почему же нагноенія не произошли во всѣхъ швахъ, хотя мы шили однимъ и тѣмъ же шелкомъ и при однѣхъ и тѣхъ условіяхъ? Нѣтъ ли возможности объяснить это другимъ путемъ?

Съ тѣхъ поръ какъ я замѣнилъ металлическую проволоку для глубокихъ швовъ шелковою лигатурою, мнѣ уже не разъ приходилось наблюдать *если не нагноеніе то затверденіе въ глубинѣ брюшной раны, при чемъ въ поверхностныхъ или кожныхъ швахъ заживленіе происходило per primam, безъ всякихъ осложнений*. Сюда на примѣръ относится:

³⁾ Почти всѣ операціи производились съ помощью докторовъ: проф. П. И. Дьяконова, С. Е. Сокова, Ф. О. Ратомскаго.

⁴⁾ У насъ шелкъ обрабатывается кипяченіемъ въ теченіе часа въ растворѣ карболовой кислоты, послѣ чего онъ переносится въ растворъ сублимата. Передъ операціей переносился снова въ слабый растворъ *acidі carbolicі*. Иногда онъ хранится въ спирту.

Случай 12-й. Cystosarcoma ovarii. Затруднение диагностики. Ovariotomy. Осложнение въ глубокихъ швахъ, выздоровленіе.

Февраля 2, 1895 года, въ лечебницу поступила больная К. Е. Б., жена прикащика, родившаяся въ Орловской губ., и живущая въ Москѣ. Первые регулы на 15 году, съ болями; типъ менструаціи 25 дневный, по 6—7 дней въ обильномъ количествѣ. Замужъ вышла 17 лѣтъ, бездѣтна.

Первый разъ я видѣлъ больную 2-го мая 1893 г., она жаловалась на бѣли, боли внизу живота, особенно съ лѣвой стороны, на затрудненіе и частые позывы къ мочеиспусканію, запоры, плохой сонъ, отдышку, сердцебіенія и головныя боли. При изслѣдованіи *половой сферы* найдена гладкая круглая опухоль внизу живота, *плотной* консистенціи; верхняя граница ея находится на уровнѣ *cristae ilei*, а нижній сегментъ вдается въ задній сводъ рукава. Опухоль лежитъ нѣсколько вправо отъ матки, отклоненной въ лѣвую сторону; послѣдняя слѣдуетъ за движеніями опухоли. Шейка нормальна по величинѣ, влагалищная часть чиста. Зондированіе встрѣчаетъ препятствіе въ области *orif. intrni* и послѣ нѣкотораго усилія зондъ проскальзываетъ въ прямомъ направленіи кверху въ полость матки, длина которой увеличена на 4 снт. противъ нормы. Флюктуаціи нигдѣ не замѣтно.

Имѣя въ виду плотность опухоли, отсутствіе въ ней флюктуаціи, тѣсное соприкосновеніе съ удлиненной маткой, я склонился скорѣе въ пользу фиброзной опухоли и потому предложилъ большой электризаціи, которая и производилась въ 2-хъ дневные промежутки до 20-го мая. Сила тока не переходила 100 МА. Результатами этого лѣченія было улучшеніе субъективныхъ ощущеній больной, при чемъ мочеиспусканіе стало свободнымъ. Опухоль однако не только не уменьшилась, но скорѣе нѣсколько увеличилась.

Затѣмъ, больная нѣсколько разъ приходила за совѣтомъ въ лечебницу, при чемъ особыхъ перемѣнъ въ величинѣ опухоли не замѣчалось.

21 мая 1894 г., больная заболѣла периметритомъ (и периоофоритомъ), сопровождавшимся болями въ области матки и опухоли, лихорадочными явленіями, при чемъ было замѣчено, что выпячиваніе опухоли въ задній сводъ значительно увеличилось. Больная при соответственномъ леченіи оставалась въ лечебницѣ до 30 мая.

До 19 сентября г-жа Б. чувствовала себя довольно хорошо. Въ этотъ день она пришла въ лѣчебницу съ жалобами на боль въ поясницѣ, внизу живота и на затрудненіе при мочеотдѣленіи. При осмотрѣ опухоль оказалась значительно выросшею. Снова назначена электризаціи, продолжавшаяся втеченіе сентября и октября мѣсяцевъ.

Во время одного изъ послѣднихъ сеансовъ электризаціи, замѣчено, что опухоль въ верхнемъ отрѣзкѣ сдѣлалась какъ бы мягче. Затѣмъ, оказалось, что въ этомъ же отрѣзкѣ она даетъ слабые признаки флюктуаціи, что и заставило предположить, что опухоль имѣетъ жидкое содержимое. Электризаціи вызвала снова улуч-

шеніе субъективныхъ опущеній болной и мочеиспусканіе сдѣлалось свободнымъ. Больная не являлась до 20 февраля 1895 г., а 26 была принята въ лѣчебницу для операціи.

Такъ какъ діагнозъ былъ для меня все таки сомнителенъ и больная чувствовала себя хорошо, то она находилась подъ наблюденіемъ до 8 апрѣля.

Съ февраля по апрѣль, вслѣдствіе сравнительно быстрого роста опухоли и болѣе и болѣе явственной флюктуаціи въ верхнемъ ея отрѣзкѣ, *диагнозъ* склонился въ сторону *кистомы яичника*.

8 апрѣля произведено чревосѣченіе, при чемъ оказалось, что мы имѣли дѣло съ цистосаркомой праваго яичника, верхняя часть котораго представляла довольно большой отрѣзъ съ жидкимъ содержимымъ, между тѣмъ какъ нижній, большій по величинѣ отрѣзокъ, составлялъ компактную довольно плотную массу. Особенность операціи состояла въ томъ, что толстая мясистая ножка принудила наложить *много лигатуръ* подъ основаніе опухоли, которая удалена была ножницами. Послѣ этого оказалось, что по направленію удлиненной широкой связки и вытянутой кверху до области соесум или правой повздошной впадины, оказалась культя, плотная, мясистая, величиною въ суставъ пальца. Эта ткань была также удалена по предварительной перевязки ея основанія. (Изслѣдованіе проф. *И. О. Клеппа* показало ея саркоматозное строеніе).

Брюшная рана съ очень толстыми, жирными покровами была закрыта трехъ-этажнымъ швомъ въ слѣдующемъ порядкѣ: брюшина сшита рядомъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ, брюшные покровы соединены четырьмя глубокими металлическими, незатронуемыми брюшину металлическими и многими поверхностными шелковыми швами.

На 7 день при снятіи металлическихъ швовъ замѣчена опухоль въ правой повздошной области, распространившаяся по направленію восходящей ободочной кишки и начинавшаяся въ глубинѣ брюшной раны (отъ швовъ). *Уплотнѣнныя ткани замѣчено по тракту всѣхъ глубокихъ швовъ. Наружные же брюшные покровы зажили per primam.* На 10-й день сняты всѣ поверхностные швы.

Больная долгое время лихорадила; въ опухоли замѣчаются боли. Въ теченіе болѣзни у больной былъ значительный метеоризмъ и запоръ; послѣдній долго не уступалъ ни клизмамъ, ни цѣлому ряду слабительныхъ средствъ, что въ началѣ заставляло предполагать возможность копростазы и перитифлита. Однако это предположеніе оставлено послѣ того, какъ больную на 13-й день послѣ операціи прослабило, при чемъ рядомъ съ каловыми массами выходило большое количество газовъ. Результатомъ этого было значительное облегченіе больной, при чемъ животъ опалъ, но опухоль оставалась почти въ томъ же видѣ и на ощупь была очень плотную, разлитую. Хотя изслѣдованіе удаленной опухоли, какъ выше сказано, и показало ея саркоматозное строеніе, однако трудно было предположить, что имѣющаяся теперь, носила тотъ же

характеръ, на томъ основаніи, что она черезъ-чуръ быстро росла, что сопровождалось лихорадочнымъ состояніемъ. Оставалось предположеніе, что мы имѣли дѣло съ воспалительнымъ инфильтратомъ, начавшимся въ мѣстахъ наложенія швовъ.

4-го мая всѣ явленія стихли, опухоль уменьшилась, а 6-го мая больная вышла изъ лѣчебницы.

Въ половинѣ сентября, т. е. приблизительно черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи я осматривалъ больную, при чемъ ни малѣйшаго слѣда отъ опухоли не осталось и больная совершенно здорова.

Такимъ образомъ и здѣсь мы наблюдали *воспаленіе клѣтчатки въ области глубокихъ швовъ въ то время когда наружная рана зажила per primam*, хотя въ томъ и другомъ случаяхъ примѣнялся одинъ и тотъ же шелкъ.

Все это указываетъ на то, что для брюшинныхъ швовъ изъ шелка существуютъ какія то условія, вызывающія воспаленіе около нихъ клѣтчатки.

Само собою разумѣется, что рѣшеніе вопроса о причинахъ этого явленія возможно путемъ всесторонняго и особенно бактериологическаго изслѣдованія извлекаемыхъ шелковыхъ нитей и т. д. Можетъ быть *сосѣдство ихъ съ кишечными стѣнками* играетъ при этомъ какую либо роль.

Если я и рѣшился затронуть этотъ вопросъ въ высокоуважаемомъ обществѣ, то только съ цѣлью уяснить причины нагноенія околобрюшинныхъ шелковыхъ швовъ, которое, хотя и не ведетъ къ опасности для жизни, но все-таки представляетъ непріятное осложненіе *въ теченіи* послѣоперационнаго періода.

Затѣмъ, я позволю себѣ остановить Ваше вниманіе еще на одномъ случаѣ оваріотоміи, гдѣ наблюдалось другое осложненіе и притомъ послѣ операціи, проведенной *асептически*, а потому и немогущее быть объясненнымъ въ смыслѣ причины своего происхожденія.

Случай 13-й. Cystomae ovariorum bilaterales. Ovariotomia duplex. Осложненіе послѣоперационнаго періода экзамои. Выздоровленіе.

Г-жа С., дѣвица 43 л. Первые регулы 13-ти лѣтъ, безъ болей; типъ менструаціи 25-дневный, продолжительность пять дней. Ни дѣтей, ни выкидышей не было. Поступила въ лѣчебницу 2-го апрѣля 1894 г.

Больная жалуется на неправильность регулъ съ декабря 1893 г. и на появившіяся въ это же время боли внизу живота. Вскорѣ послѣ этого животъ сталъ увеличиваться въ объемѣ, стѣснять

сгибание тѣла, вызывая боли въ животѣ. Съ февраля 1894 г. появились сильныя запоры и головныя боли. Сонъ хорошъ.

При изслѣдованіи больной замѣчено, что животъ сильно растянутъ, особенно въ нижней своей части. Это растяженіе зависитъ отъ находящейся въ полости живота опухоли, въ большей своей части гладкой и только мѣстами бугристой. Опухоль на ощупь неплотна и представляетъ ясную флюктуацію въ правомъ своемъ отдѣлѣ; она лежитъ большею частью вираво. Верхняя граница на 3 поперечныхъ пальца выше пупка. Матка въ состояніи антефлексіи. Дѣвственная плева представляетъ слѣды старыхъ разрывовъ.

Опредѣливши кистому яичника, мы приступили 4-го апрѣля къ операціи при смѣшанномъ наркозѣ (бром. этиль и хлороформъ). По вскрытіи брюшины вытекло довольно значительное количество асцитической жидкости. Пораженными оказались оба яичника. Лѣвая киста была снабжена довольно длинной ножкой, правая болѣе широкой и короткой. Послѣ опороженія кистъ, онѣ были послѣдовательно одна за другой извлечены и ножки перевязаны общими, круговыми и частичными лигатурами и опущены въ брюшную полость, которая промыта растворомъ поваренной соли и закрыта этажнымъ швомъ: брюшина соединена непрерывнымъ швомъ, а остальные ткани двумя глубокими металлическими захватывавшими брюшины и нѣсколькими узловатыми шелковыми кожными швами. *Стерилизованная* повязка.

Послѣоперационный періодъ, за исключеніемъ экземы, о которой скажу ниже, протекъ нормально. На 7-й день сняты металлическіе швы, при чемъ изъ отверстия одного изъ нихъ (нижняго) вытекла капля гноевидной жидкости. На слѣдующій день сняты и остальные швы. Заживленіе рег ргітамъ. Въ глубинѣ замѣчается небольшая инфильтрація ткани вдоль всей раны.

На пятый день послѣ операціи появилась припухлость лѣвой околоушной железы, безъ повышенія температуры тѣла и въ тоже время зудящая мелкая экдематозная сыпь на предплечьяхъ и нижнихъ конечностяхъ.

При снятіи поверхностныхъ швовъ на 8 день, замѣчена такая же сыпь на боковыхъ стѣнкахъ живота (далеко отъ краевъ раны). На конечностяхъ экзема усиливается. Постепенно эта сыпь обошла все тѣло, за исключеніемъ головы, подсыхая въ одномъ и вновь высыпая въ другомъ.

Приглашенный на консультацію *П. А. Ширяевъ* высказалъ мнѣніе о сходствѣ этой сыпи съ лѣкарственной экземой. Она держалась въ теченіе 3-хъ недѣль и 2 го мая больная вышла изъ лѣчебницы здоровою. Опухоль околоушной железы держалась два дня и исчезла безъ всякаго лѣченія. Небольшое затвердѣніе въ глубинѣ около брюшной раны оставалось. Нѣсколько мѣсяцевъ спустя я получилъ извѣстіе, что больная чувствуетъ себя хорошо.

Случай этотъ указываетъ на то, что объясненіе происхожденія экземы при данныхъ обстоятельствахъ остается темнымъ такъ какъ операція произведена была *асептически*.

Если бы мы прикрыли рану йодоформенной марлюю, то объясненіе появленія экземы было бы готово. Въ данномъ случаѣ однако рана была закрыта стерилизованною марлюю и сыпь началась съ конечностей.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ и здѣсь замѣчено уплотненіе въ подбрюшинной клѣтчаткѣ. При извлеченіи металлическаго шва вышла однако только капля гноевидной жидкости и затвердѣніе разрѣшилось безъ послѣдующаго нагноенія.

Не смотря на высказанное мною предположеніе о причинахъ нагноенія отдѣльно наложенныхъ на брюшину швовъ изъ шелка, мы наблюдали также и случаи совершенно чистые. Такъ сюда относится.

Случай 14-й. Cystoma ovarii dextra. Ovariectomy. Выздоровленіе.

Г-жа С. изъ Бѣлгорода, Курской губ., 56 л., жена купца, поступила въ лечебницу 28 мая 1894 г. Первые регулы получила на 14-мъ году безъ болей; типъ менструаціи 25—дневный, продолжительностью по 3—4 дня. Менопауза около 50 лѣтъ. Замужъ вышла 17 лѣтъ, имѣла трое срочныхъ родовъ и одинъ выкидышъ. Первые роды на 19-мъ годѣ, послѣднія 34 г., тому назадъ (абортъ).

Больная страдаетъ бѣлями, запорами и головными болями. Годъ тому назадъ стала замѣчать увеличеніе живота и ощущать въ немъ тяжесть. Съ тѣхъ поръ животъ сталъ замѣтно увеличиваться въ объемѣ, что объяснилось растущею въ немъ опухолью. Верхняя граница послѣдней лежитъ почти подъ *strobilum cordis* и только въ заднихъ боковыхъ частяхъ тупой звукъ, спереди и съ боковъ переходитъ въ тимпаническій. Повсюду въ опухоли ясная флюктуація, но неравномѣрно въ разныхъ частяхъ, что послужило основаніемъ для постановки діагноза *кистомъ яичника*.

29 мая 1894 г. произведено чревосѣченіе, при чемъ опухоль праваго яичника удалена безъ всякихъ осложненій. Въ этомъ случаѣ брюшная рана была также закрыта этажнымъ швомъ, при чемъ на брюшину наложенъ непрерывный, обвивной шовъ изъ шелка, а остальная рана зашита тремя глубокими металлическими, непроникающими брюшину, швами и кожа соотвѣтственнымъ количествомъ поверхностныхъ шелковыхъ швовъ.

Заживленіе *per primam*. Всѣ швы сняты на 7-й день послѣ операціи. Послѣопераціонный періодъ безъ лихорадки и больная вышла изъ лечебницы на 14-й день послѣ операціи.

Въ слѣдующихъ затѣмъ операціяхъ я снова вернулся къ прежнимъ швамъ для соединенія краевъ брюшной раны т. е. къ *глубокимъ*, захватывающимъ брюшину, металлическимъ и *поверхностнымъ* шелковымъ швамъ.

Случай 15-й. Cystoma ovarii. Ovariotomia. Выздоровление.

Г-жа А. А. Ф., 30-ти лѣтъ, поступила въ лечебницу 24 августа 1894 г.; жена купца, родомъ изъ Петербурга, живетъ въ Москвѣ. Появившіяся на 15-мъ году регулы, стали приходиться черезъ 3½ недѣли и продолжались не сильно по 3--4 дня. Замужъ вышла 22 лѣтъ, родила одного доношеннаго ребенка и кромѣ того имѣла два выкидыша. Порвья роды произошли на 23-мъ году, послѣдній абортъ—четыре года тому назадъ.

Больная жалуется на боли въ поясницѣ и во всей правой ногѣ. Вскорѣ послѣ первыхъ родовъ стала замѣчать увеличеніе живота. Съ апрѣля мѣсяца сего года это увеличеніе живота сильно ускорилося, къ этому присоединились общая слабость и одышка. Менструація все время правильна. Съ апрѣля появились бѣли. Желудокъ исправенъ.

Въ нижней части живота замѣчается гладкая, неплотная опухоль, верхняя граница которой находится на 3—4 пальца выше пупка. Повсюду въ опухоли замѣчается ясная флюктуація. Диагнозъ: *cystoma ovarii*.

26 августа сдѣлана операція подъ смѣшаннымъ наркозомъ, (хлор. этиль и хлороформъ). Послѣ прокола и удаленія опухоли *per laparotomiam*, перевязанная ножка опущена въ полость таза. Полость живота промыта нормальнымъ растворомъ поваренной соли и брюшная рана закрыта тремя глубокими, захватывающими брюшину и соответственнымъ количествомъ кожныхъ шелковыхъ швовъ. Асептическая повязка.

На 6-й день сняты всѣ швы. Заживленіе *per primam*. На 15-й день больная вышла изъ лѣчебницы здоровою.

Случай 16-й. Cystoma ovarii sinist. intraligamentosa. Ovariotomia. Сильная и продолжительная рвота послѣ операціи. Выздоровление.

Г-жа Н. К. В., 22 лѣтъ, жена офицера, уроженка Владимірской губ., поступила въ лѣчебницу 21 сентября. Первая менструація 16-ти лѣтъ, установилась въ 4-хъ недѣльные промежутки и продолжалась по три дня, несильно.

Замужъ вышла 18-ти лѣтъ; на 20-мъ году родила одного ребенка. Черезъ 4 недѣли послѣ родовъ простудилась и лежала въ теченіе трехъ дней, страдая болями внизу живота. Съ тѣхъ поръ крови появлялись неправильно, часто, сильно, сопровождаясь дисменорреей. Съ того же времени появились постоянныя бѣли.

Больной два раза дѣлались выскабливанія, послѣ которыхъ она замѣчала нѣкоторое, непродолжительное улучшеніе. Спустя два, три мѣсяца послѣ этихъ операцій всѣ прежніе болѣзненные симптомы возвращались.

При изслѣдованіи матка и влагалищная часть, особенно передняя губа, представлялись увеличенными, съ лѣвой ея стороны замѣчается тѣсно прилегающая къ ея боковой сторонѣ опухоль, величиною около дѣтской головки. Опухоль мягка, кругла и гладка. Верхняя граница поднимается до середины между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, нижняя занимаетъ задній и лѣвый своды.

На основаніи положенія опухоли, мы опредѣлили *межсвязочную кистому лѣваго яичника*.

24-го сентября произведена операція подъ смѣшаннымъ же наркозомъ. При попыткахъ къ извлеченію опухоли, черезъ сдѣланный разрѣзъ брюшной стѣнки, она лопнула и содержимое излилось въ брюшную полость. Киста оказалась лежащею между листками широкой связки и на широкомъ основаніи. По разсказу больной, когда ее хлороформировали въ предшествовавшія операціи, то пульсъ исчезалъ. Тоже случилось и теперь, при чемъ былъ моментъ, когда онъ не прощупывался ни въ лучевой, ни въ плечевой артеріяхъ. Вслѣдствіе этого вмѣсто начатаго выдѣщиванія опухоли наложенъ рядъ лигатуръ подъ ея основаніе и затѣмъ опухоль удалена ножницами. Послѣ промыванія полости таза растворомъ поваренной соли (при чемъ пульсъ больной сейчасъ же поднялся), она тщательно осушена стерилизованными салфетками. Брюшная рана закрыта двумя глубокими, металлическими, захватывающими брюшину, швами и соотвѣтственнымъ количествомъ поверхностныхъ шелковыхъ швовъ. Стерилизованная повязка.

Послѣопераціонный періодъ безъ повышенія температуры. Осложненіе состояло только въ сильной и часто повторявшейся рвотѣ въ теченіе почти трехъ сутокъ. Помимо дѣйствія хлороформа эта рвота могла быть объяснена *ипереміей къ тазовымъ органамъ*, вслѣдствіе того, что операція была сдѣлана незадолго до срока появленія менструаціи. *Рвота дѣйствительно прекратилась одновременно съ появленіемъ регулъ*. По снятіи швовъ на 7-й день повсюду *prima intentio*. На 10-й день больная встала съ постели, а на 20-й вышла изъ лѣчебницы.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ нужно отмѣтить, что на 4-й день больная *повернулась на бокъ* въ чемъ я ей не препятствовалъ, заботясь только о томъ, чтобы она повертывалась на тотъ или другой бокъ съ постороннею помощію.

Намъ кажется, что лежаніе въ теченіе нѣсколькихъ дней, послѣ чревосѣченій, на спинѣ *безполезно* утомляетъ больную и есть не болѣе, какъ обычай, переданный намъ послѣ того времени, когда лапаротоміи считались опасными операціями.

Цѣль моего доклада такимъ образомъ состоитъ въ томъ, чтобы еще разъ обратить вниманіе хирурговъ на нерѣдкое осложненіе послѣ чревосѣченій, состоящее въ нагноеніи раны брюшныхъ стѣнокъ. Слова *Olshausen'a* (*die Krankheit. d. Ovarien*), что «предохранить больныхъ отъ этого осложненія до сихъ поръ навѣрное еще не удалось никому», справедливы и по сіе время.

Гдѣ лежитъ причина этого явленія представляетъ задачу, которая можетъ быть рѣшена совокупными усиліями хирурговъ. Мнѣ кажется, на примѣръ, по крайней мѣрѣ, для нашихъ

случаевъ, что причиною *нагноенія представляется сосѣдство со швами кишечника*, такъ какъ иначе не могу объяснить: почему нагноеніе происходило: во 1-хъ) только въ глубокихъ *шелковыхъ* швахъ и во 2-хъ), что мы его ни разу не наблюдали при глубокихъ *металлическихъ* швахъ.

Если уже приходится накладывать шелковые глубокіе швы, то лучше накладывать ихъ въ видѣ узловатыхъ, а не непрерывныхъ швовъ, потому что въ случаѣ нагноенія приходится вскрывать весь рубецъ для того, чтобъ извлечь нить, какъ это было въ нашемъ десятомъ случаѣ.

Вообще, если нѣтъ особыхъ показаній для глубокихъ шелковыхъ швовъ, то я предпочитаю накладывать глубокіе металлические швы, какъ это описано выше.
