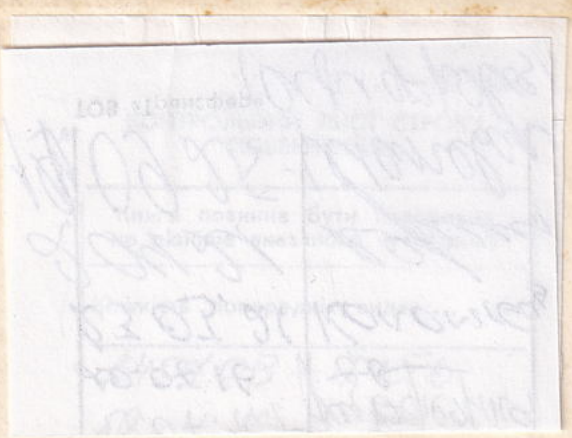
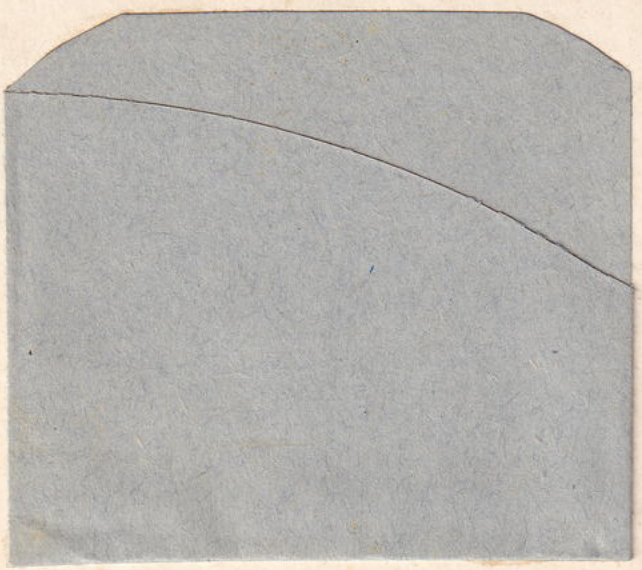
617
С-435
Ф
Д
Х







2

617
С-435

Н. В. СКЛИФОСОВСКИЙ

ИЗБРАННЫЕ ТРУДЫ

ПЕРЕОБЛІК 1954 р.

ВВОДНАЯ СТАТЬЯ И ПРИМЕЧАНИЯ
ПРОФ. В. В. КОВАНОВА

ІНВ. № 70606

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека

1954 р.

МЕДГИЗ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1953 — МОСКВА

ПЕРЕИЗДАЕТСЯ ПО ПУБЛИКАЦИЯМ
В РАЗЛИЧНЫХ ЖУРНАЛАХ
И ТРУДАХ

Текст подготовил
проф. *В. В. Кованов*



Николай Васильевич
СКЛИФОСОВСКИЙ
(1836—1904)

Н. В. СКЛИФОСОВСКИЙ *

Николай Васильевич Склифосовский после Н. И. Пирогова и С. П. Боткина во второй половине XIX века был одним из популярнейших врачей. Нет такой области хирургии и общественной медицины, в которой не проявился бы яркий и многогранный талант этого замечательного ученого, клинициста и общественного деятеля.

Склифосовскому принадлежит ведущая роль в организации Пироговского общества русских врачей, он был одним из основоположников русских журналов по хирургии и активным деятелем съездов русских хирургов.

Склифосовский руководил строительством клинического городка на Девичьем поле (ныне клиники I Московского ордена Ленина медицинского института) и реорганизовал Институт усовершенствования врачей в Петербурге — это самобытное русское учреждение.

Н. В. Склифосовский, последователь Н. И. Пирогова, к гордости русского народа много сделал для увековечения заслуг Пирогова.

Склифосовский принадлежал к блестящей плеяде прогрессивных ученых дореволюционной России. Его имя можно смело поставить в один ряд с крупнейшими учеными XIX века (Е. О. Мухин, И. В. Буяльский, Н. И. Пирогов, И. М. Сеченов, С. П. Боткин и др.), труды которых высоко подняли знамя отечественной науки.

Крупный ученый, Склифосовский широко известен и за пределами России. Многочисленные научные общества в России и за границей избрали его своим членом.

Научные и общественные взгляды Склифосовского формировались под влиянием философии А. И. Герцена, Н. Г. Чернышевского, Н. А. Добролюбова и Д. И. Писарева. Вооруженный идеями русской классической материалистической фило-

* Подробнее историю жизни и разносторонней творческой деятельности Н. В. Склифосовского см. в книге В. В. Кованова «Н. В. Склифосовский», М., 1952.

софии, Склифосовский развил свою творческую деятельность главным образом в области хирургии.

Подлинный новатор, прогрессивный деятель науки, Н. В. Склифосовский в числе первых применил антисептику, а затем асептику и горячо пропагандировал антисептику в ученых обществах и на съездах. Так, будучи почетным председателем 1-го пироговского съезда в 1885 г., он посвятил свою речь антисептике. «Этот момент,—пишет Разумовский,—представлял как бы поворотный пункт в России от старой хирургии к новой»*.

Строго проводя в хирургии новые принципы, Склифосовский как истинный последователь Пирогова постоянно работал над совершенствованием хирургической техники, уделяя особое внимание изучению топографической анатомии. Еще в самом начале своей врачебной деятельности в Одессе он часто посещал секционную и подолгу препарировал трупы. Позднее, став знаменитым хирургом и профессором, Николай Васильевич продолжает посещать анатомический театр, «чтобы проштудировать анатомически какую-нибудь область или определить более верный и целесообразный путь в глубину тела»**.

Николай Васильевич никогда не советовал оперировать втемную: «Режь только то, что видишь»***, — говорил он своим ученикам. «В основу оперативной техники, — читаем в одном из отчетов, — проф. Склифосовский кладет главным образом два положения — рассекать только то, что видишь или можешь осязать вполне ясно, и затем всякое сечение делать на основании знания анатомии»****.

Владея в совершенстве оперативной техникой и серьезными познаниями в анатомии, Николай Васильевич смело проникал с помощью ножа в малоизвестные области человеческого тела, прокладывая дорогу ряду новых разделов хирургии.

Еще в доантисептическое время он один из первых в России начал производить лапаротомию — вскрытие брюшной полости. В 1864 г. в Одессе, задолго до антисептического периода, он произвел свои первые овариотомии, после которых последовало выздоровление. Эти операции, как известно, положили начало развитию в России полостной хирургии.

Один из основоположников отечественной гинекологии, проф. В. Ф. Снегирев пишет: «Нисколько не будет преувеличением сказать, что отдел чревосечений в гинекологии послужил основой всей полостной хирургии и всему ее антисептическому и асептическому направлению»*****.

---

* В. И. Разумовский, Врачебное дело, № 2, 1927, стр. 82.
** Юбилейный сборник в честь Н. В. Склифосовского, 1900, стр. 27.
*** Отчет хирургической клиники за 1890—1893 гг., 1894, стр. 13.
**** Отчет хирургической клиники за 1884—1890 гг., М., 1891, стр. 5.
***** В. Ф. Снегирев, Из пережитого, Речь при открытии I акушерского и гинекологического съезда, 1910, стр. 3.

Гинекология в то время была частью хирургии, и Склифосовский продолжал успешно делать операции в этой области. Николай Васильевич опубликовал в разное время 14 научных работ по вопросам гинекологии. Наиболее ценными из них являются диссертация, статьи об овариотомиях и опухолях матки. В этих работах он касается оперативной техники и дает оценку результатов хирургического вмешательства; подробно останавливается также на анатомо-физиологических особенностях брюшины, ее защитных свойствах и подробно анализирует условия, при которых происходит раздражение брюшины.

Особый интерес представляет высказывание Николая Васильевича о вредном влиянии охлаждения обнаженной поверхности брюшины и грубых манипуляций во время операций. «Эти раздражения, — говорит он, — суммируясь, должны произвести сильный эффек в виде рефлекса на сосудодвигательные нервы брюшной полости (подчеркнуто нами. — *В. К.*). Это явление рефлекса объективно выражается охлаждением конечностей и всей поверхности тела (после иссечения опухолей яичников, после вскрытия больших грыжевых мешков и пр.), синевою слизистых оболочек, малым нитевидным пульсом и др.»*. И далее: «Случается, что оперированные не выходят из этого состояния и умирают в течение первых суток»**.

Причину смерти в этих случаях Склифосовский объясняет «суммированием раздражений на поверхности брюшины и явлениями рефлекса»*** (подчеркнуто нами. — *В. К.*). Здесь мы впервые встречаем весьма ценные указания на ведущую роль нервной системы в возникновении и развитии операционного шока.

Представление о природе операционного или травматического шока, изложенное в работе «О ранении брюшины», имеет много общего с современным понятием о травматическом шоке, которое приводится в классических руководствах.

Наиболее правильное определение шока дается в трудах акад. Н. Н. Бурденко, который рассматривает шок как «угнетение витальных функций организма», происходящее вследствие «сложных рефлекторных процессов, которые ведут в суммарном своем эффекте к параличу центров продолговатого мозга».

Как мы видим, Склифосовский подчеркивает большое значение нервной системы в развитии шока. Он не располагал научными данными по физиологии нервной системы, какие

---

* Военно-медицинский журнал, кн. 7, 1877, стр. 108.
** Там же.
*** Там же.

позднее были известны Н. Н. Бурденко. Поэтому он и не смог объяснить действие механизмов, приводящих к развитию шокового состояния. Работы по физиологии высшей нервной деятельности, принадлежавшие корифею отечественной науки И. М. Сеченову, появились в печати в 1863 г., и понятно, что Склифосовский не мог их быстро применить в своей области. Большое влияние на него оказали труды Ф. И. Иноземцева, в которых ясно устанавливается зависимость клеток живого организма от нервной системы.

Чтобы устранить отрицательное влияние возникающих при операциях на органах брюшной полости «суммированных раздражений»*, Склифосовский дает ряд практических советов, не потерявших своего значения и в настоящее время. Он указывает, что вскрытие обширной серозной полости брюшины сопровождается охлаждением. «Охлаждение достигает тем большей степени, чем долее будет продолжаться операция. Повышение температуры комнаты, в которой происходит операция со вскрытием брюшной полости, по крайней мере до 16° или 17°Р имеет веское основание, которым не должно пренебрегать»**.

При операциях в брюшной полости неизбежно остается некоторое количество «крови и серозной жидкости»***, которые чаще всего всасываются без последствий. Но бывают случаи, когда «оставшаяся в брюшной полости кровь и серозная жидкость подверглись разложению; продукты гнилостного разложения, всосавшись в массу крови, произвели быстрое отравление, которое может убить организм в течение первых 24 часов после операции»****. Для того чтобы предотвратить развитие токсемии, Склифосовский рекомендует во время операции «тщательно удалять остатки крови и серозной жидкости из брюшной полости»*****.

Большое значение в развитии послеоперационных осложнений он придает травме брюшины «от соприкосновения ее с губками, хирургическими инструментами, употребляемыми при самой операции»******. В связи с этим он рекомендует бережно обращаться с тканями и не допускать их травмирования во время операции. «Есть положения,—пишет Николай Васильевич, — при которых слишком активное вмешательство со стороны хирурга вредит больному»*******. И далее: «...благо, если хирург умеет ценить надлежащим образом эти положения»********.

---

* Военно-медицинский журнал, кн. 7, 1877, стр. 106.
** Там же.
*** Там же.
**** Там же.
***** Там же.
****** Там же.
******* Там же, стр. 108.
******** Там же, стр. 109.

Первые операции на органах малого таза Склифосовский, как известно, делал еще в доантисептический период, но и тогда он проводил их, строго соблюдая чистоту и опрятность. «При всех операциях, сопровождаемых вскрытием брюшной полости, должна быть соблюдена самая строгая чистота и опрятность, как и при всех операциях вообще»*, — писал он.

Рассматривая полостные операции как наиболее серьезные вмешательства, требующие для их проведения особых условий, Склифосовский подчеркивает, что «вскрытие брюшной полости не есть операция университетских амфитеатров»**. Для этой цели следует иметь отдельное, специально предназначенное помещение, которое он в дальнейшем и выделил под названием «лапаротомная».

Особенно строго относился Николай Васильевич к операциям, проводимым на дому. Видные сановники и крупные купцы при заболеваниях, требующих хирургического лечения, нередко приглашали хирургов оперировать на дому. В таких случаях в квартире больного, не желавшего ложиться в городскую больницу для «чернорабочих», приходилось устраивать импровизированную операционную; комната освобождалась от мебели, в воздухе распылялись пары карболовой кислоты. На такие отступления от существующих правил Склифосовский вынужден был итти, так как начавшееся на благотворительных началах строительство больниц и клиник требовало привлечения значительных денежных средств.

Хирургическая активность и творческая инициатива Склифосовского особенно проявились в московский период его деятельности. Под его непосредственным руководством в Москве завершается переход на новый антисептический метод лечения, затем — асептический.

Склифосовский в числе первых произвел гастростомию. Экспериментальное обоснование этой операции впервые в мире было сделано русским ученым, предшественником Склифосовского, проф. В. А. Басовым. Последний в ноябре 1842 г. представил Московскому обществу испытателей природы доклад под названием «Замечания об искусственном пути в желудок животных». В заключительной части доклада он сделал вывод, что «эти опыты указывают на возможность делать подобное искусственное отверстие у человека, когда естественный путь для принятия пищи закрыт или загорожен наростами, опухолями и пр.». Бессмертные работы Басова открыли новую эру в хирургии желудка и пищевода и создали необходимую предпосылку для гениальных творений великого Павлова по физиологии желудочной секреции. Эксперименты Басова на

---

* Военно-медицинский журнал, кн. 7, 1877, стр. 108.

** Там же.

четыре года опередили аналогичные опыты Седилло (Sedillot) и на шесть лет — Уаттсона (Wattson).

Первая гастростомия была произведена Склифосовским 8 марта 1879 г. при сужении пищевода на почве рака, вторая гастростомия при тех же условиях была им сделана в декабре 1879 г. В опубликованных по этому вопросу статьях Склифосовский подробно разбирает показания и противопоказания к этой операции. Он указывает ряд факторов, которые приводят к сужению пищевода и обусловливают необходимость гастростомии. Среди причин, вызывающих сужение пищевода, на первое место следует поставить новообразования. «Раковое новообразование, — пишет Склифосовский, — составляя одну из самых обыкновенных причин сужения пищевода, развивается обыкновенно в нижней части его ...несколько реже поражается средняя часть пищевода ...на верхнюю часть пищевода выпадает сравнительно небольшое число заболеваний. Это необходимо иметь в виду при обсуждении вопроса о лечении сужений пищевода вообще и раковых сужений в особенности»*.

При сужениях пищевода обычно ограничивались зондированием, преследуя цель добиться постепенного расширения просвета. При сужении пищевода после ожога зондированием можно восстановить проходимость пищевода. «Несравненно более трудную задачу представляют случаи ракового сужения пищевода»**, — пишет Склифосовский. В связи с этим он задает вопрос: «Если в огромном большинстве случаев иссечение ракового новообразования пищевода невозможно, не представляются ли возможности открыть новый, особый путь для питания больного. Речь может итти об образовании нового пути в пищеводе (oesophagotomia) или прямо в желудке (gastrotomia»)***. Николай Васильевич дает ответ: «...при раковых сужениях пищевода... чаще найдет применение вскрытие желудка — gastrotomia»****. Под гастротомией в данных случаях понимается не простое вскрытие желудка с последующим наложением шва, а наложение желудочного свища (гастростомия); благодаря ей на длительное время создаются условия для непосредственного введения пищи в полость желудка.

Склифосовский подробно останавливается на отдельных деталях операции «в интересах судьбы самой операции гастростомии». Он указывает, что при вскрытии брюшной полости не всегда легко бывает найти желудок, который у истощенных больных оттягивается кверху и влево. «В таком случае приходится руководиться анатомическими свойствами желудка и особенно расположением art. gastroepiploicae;

---

* Медицинский вестник, № 21, 1879, стр. 165.
** Там же.
*** Там же.
**** Там же, стр. 166.

открывши эту артерию, мы можем ориентироваться быстро относительно всех частей желудка и прилегающих органов»*.

Чтобы удержать вскрытый желудок в соединении с передней брюшной стенкой, необходимо применять двойной шов: «глубокий из струнной нити, поверхностный — из шелковой»**. Операцию следует производить в один прием. При гастростомии в один прием «можем рассчитывать на достаточную прочность соединения желудка с брюшной стенкой»***. Такой точки зрения придерживаются в настоящее время все хирурги. Но в то время иностранные авторы предлагали таких больных оперировать в два приема. Склифосовский возражал против этого: «Gastrotomia **** предпринимается над больным, который не может глотать пищи, не может питаться; нужно вскрыть желудок для введения пищи. А тут предлагается два таких вскрытия и между обоими приемами пройдет несколько дней, в течение которых больной может умереть или истощиться еще в большей мере»*****.

Большой интерес представляет вопрос о сроках начала кормления больных после операции. Вопрос этот решался по-разному. Одни авторы предлагали кормить больного тотчас после операции, другие советовали выжидать, пока не последует полного сращения желудка с передней брюшной стенкой. На основании личного опыта Склифосовский советовал: «Если нет оснований опасаться, что швы разойдутся преждевременно, то можно приступить к кормлению непосредственно после операции. При том способе сшивания раны (двойной шов), которым мы пользуемся, можно вводить пищу в желудок тотчас после операции»******.

Анализируя отрицательные результаты, полученные от гастростомии при сужениях пищевода на почве новообразования, Склифосовский отмечает, что больные умирают не от операции, а от того, что гастростомия обычно предпринимается при крайней степени истощения. На гастростомию при раке пищевода он смотрел как на паллиативную операцию, полагая, что «операцией мы достигаем временного продления жизни и устранения ужасной картины голодной смерти»*******. И далее: «При рубцовых сужениях пищевода вопрос об операции решается иначе: здесь достигается абсолютное выздоровление»********.

Вопрос о хирургическом лечении опухолей пищевода тогда только начинал разрабатываться. Склифосовский еще не

---

* Медицинский вестник, № 22, 1879, стр. 173.
** Там же, № 21, 1879, стр. 174.
*** Там же, № 22, 1879, стр. 174.
**** Следует понимать gastrostomia.
***** Медицинский вестник, № 22, 1879, стр. 173.
****** Там же.
******* Там же, № 21, 1879, стр. 166.
** ***** Там же.

располагал необходимыми анатомическими и клиническими данными, чтобы перейти к резекции пищевода. Анатомическое обоснование хирургическому лечению пищевода позднее дал его ассистент — проф. Н. И. Насилов, в 1888 г. первый в мире разработавший вопрос об экстраплевральном доступе к грудному отделу пищевода. После успешных гастростомий, произведенных при ожогах пищевода, оперативное вмешательство на желудке начинает быстро расширяться.

В начале 80-х годов зарождается желудочная хирургия. В 1881 г. заведующий женским хирургическим отделением Петропавловской больницы в Петербурге М. К. Китаевский первый в России произвел резекцию желудка по поводу рака; подробное описание хода этой операции им дано в Медицинском обозрении за 1881 г.

Петербургский врач К. В. Экк в 1882 г. сообщил о двух случаях резекции привратника, давших впервые благоприятный исход. Он предложил метод резекции желудка без соустья с двенадцатиперстной кишкой, как в свое время предлагал Вельфлер, и этим самым предвосхитил идею метода Бильрот II еще в 1882 г., за три года до того, как она была впервые осуществлена в Вене (15/I 1885).

После опубликования в печати М. К. Китаевским и К. В. Экк результатов первых случаев резекции желудка эту операцию в московской клинике успешно начал производить Склифосовский. Он много способствовал распространению и популяризации новой операции среди русских хирургов. Из его клиники в то время вышел ряд научных работ, касающихся хирургического лечения рака желудка; в них подробно описывается и техника операции.

Почти одновременно с резекцией желудка стали применять гастроэнтеростомию — наложение желудочно-кишечного анастомоза. Эти два различных метода операции язв желудка и двенадцатиперстной кишки в дальнейшем, на протяжении многих лет, конкурировали друг с другом.

Первый в России наложил гастроэнтеростомоз проф. Н. Д. Монастырский. В 1882 г. он произвел гастроэнтеростомию у больного, страдавшего рубцовым сужением выхода желудка после ожога серной кислотой; вторая гастроэнтеростомия была сделана Н. Д. Монастырским в 1885 г. по поводу тяжелого рака желудка.

В 1885 г. две гастроэнтеростомии были произведены ординатором Матвеевым в клинике Склифосовского: при далеко зашедшем раке желудка, спаявшемся с поперечноободочной кишкой, и при рубцовом сужении привратника вследствие ожога серной кислотой. Обе операции имели летальный исход: в первом случае смерть наступила на 8-й день после операции при явлениях перитонита, во втором — на 4-й день от коллапса и истощения вследствие продолжительного голодания.

Первые неблагоприятные исходы гастроэнтеростомий, выполненных в клиниках Н. Д. Монастырского и Н. В. Склифосовского, объясняются отчасти случайным подбором больных, крайне истощенных, почти умиравших голодной смертью, отчасти несовершенной техникой операции, производившейся к тому же в удушливых парах карболовой кислоты, отравлявшей и без того крайне ослабленных больных.

Однако неудачные исходы первых больших операций на желудке не остановили развития желудочной хирургии. В конце XIX и начале XX века в отечественной печати часто стали появляться сообщения о благоприятных результатах, полученных как при наложении гастроэнтеростомоза, так и при резекции желудка. Большая заслуга в разработке этих операций и внедрении их в хирургическую практику принадлежит русским ученым: Н. В. Склифосовскому, Н. Д. Монастырскому, Н. М. Волковичу, А. И. Добротворскому, С. И. Спасокукоцкому, Э. Г. Салищеву, В. И. Разумовскому.

Склифосовский не только оказал большое влияние на развитие желудочной хирургии, но при его деятельном участии зародилась в России хирургия печени и желчных путей. В числе первых он стал оперировать на желчном пузыре.

В статье «Идеальная холецистостомия», опубликованной в газете «Врач» за 1890 г., Склифосовский подробно описывает показания и противопоказания к оперативным вмешательствам при заболеваниях желчного пузыря и протоков. Показаниями к операциям на желчных путях являются: «1) травматические повреждения желчного пузыря, ранения его и разрывы; 2) камни в желчном пузыре; 3) водянка и нагноение желчного пузыря и 4) непроходимость общего желчного протока (инородные тела, новообразования, органические сужения и пр.)»*. Вряд ли что-либо можно добавить в настоящее время к тем показаниям к оперативному вмешательству на желчных путях, какие разработаны были в свое время Склифосовским.

Приводится также описание методов хирургического лечения, применяемых при заболеваниях желчного пузыря, причем отмечаются их положительные и отрицательные стороны. Склифосовский указывает четыре оперативных способа: «прокол, сечение желчного пузыря (Cholecystotomia), иссечение его (Cholecystectomia) и искусственное соединение полости желчного пузыря с полостью кишечника»**. Склифосовский резко осуждает прокол желчного пузыря как прием, совершенно недопустимый и опасный для жизни больного. Прокол желчного пузыря иглой или троакаром через брюшную стенку с диагностической целью неизбежно приводит к распространению патологического процесса вследствие истечения гноя и

---

* «Врач», № 27, 1890, стр. 593.

** Там же.

инфицированной желчи. По этому поводу Склифосовский пишет. «Прокол троакаром при скоплении в желчном пузыре должен быть отвергнут вообще как прием неточный и опасный»*.

Наиболее целесообразной операцией при желчнокаменной болезни Николай Васильевич считал сечение желчного пузыря с последующим наложением шва. Это мнение по тому времени являлось новым и передовым. Позднее «идеальная холецистотомия» была оставлена.

Будучи сторонником холецистотомии, Склифосовский рекомендует зашивать желчный пузырь наглухо только при полной проходимости желчных протоков и при отсутствии выраженных изменений в стенке пузыря. «Если выводные протоки проходимы, — писал Склифосовский, — то наложение шва на рану желчного пузыря обязательно»**. При наложении шва на желчный пузырь слизистая оболочка его не должна быть «проколота иглой». По ходу описания операции дается ряд весьма ценных советов. Николай Васильевич указывает: «Если застрявший камень в желчном протоке не удается обратно вытеснить в полость желчного пузыря, то выгоднее оставить дальнейшие насильственные попытки выдавливания камня или раздавливания его корнцангом снаружи через посредство стенок протока (Lawson Tait) и приступить к извлечению камня через разрез стенки протока»***.

При наличии воспалительных явлений в желчном пузыре наложение глухого шва на его стенку после удаления камней не всегда было оправдано. Поэтому, по предложению Г. И. Турнера (1885), в целях дренирования инфицированного пузыря стали делать холецистостомию — наложение свища на желчный пузырь. Этот метод Склифосовский применил в 2 случаях в 1890 г. Но приверженцам холецистостомии он не стал.

К операции иссечения желчного пузыря Склифосовский советует подходить с осторожностью, полагая, что желчный пузырь выполняет определенную физиологическую функцию. Он ограничивал применение холецистэктомии только исключительными случаями поражения желчных путей, например, раковым новообразованием, а также тяжелыми язвенными процессами стенки пузыря со сморщиванием тканей и эмпиемой желчного пузыря. Не отвергая необходимости этой операции при камнях желчного пузыря, Николай Васильевич, однако, не видел возможностей для широкого ее применения в этих случаях. Он исходил из положения, что желчные камни образуются не в желчном пузыре. «Ядро желчного камня приносится из желчных путей»****, а раз так, то «иссечение желчного

---

* «Врач», № 27, 189, стр. 593.

** Там же.

*** Там же.

**** Там же.

пузыря, хотя и возможное анатомически, не находит себе оправдания с физиологической точки зрения»*.

В этом он оказался не совсем прав. Желчные камни могут образовываться как в желчных протоках, так и в желчном пузыре. Причиной образования их является инфекция. Исследования последнего времени показали, что желчные камни в центральных своих частях содержат пигмент, слои извести и вещества фиброзного характера, т. е. продукты воспаления. Эти данные, указывающие на природу образования желчных камней, тогда не были еще известны, поэтому и не следует ставить Склифосовскому в упрек то, что он не был сторонником операции иссечения желчного пузыря при желчнокаменной болезни.

Эта точка зрения разделялась в то время многими хирургами. Даже такой видный специалист в области хирургии желчных путей, как С. П. Федоров, в 1903 г. в речи, посвященной памяти Н. И. Пирогова, говорил: «Удалять принципиально желчный пузырь при воспалительных изменениях его, при каменной болезни — это значит не быть достаточно знакомым с патологией желчных путей».

Того же мнения придерживался и П. А. Герцен, который в 1903 г. писал: «Нельзя смотреть на желчный пузырь как на ненужный орган, как на шутку природы». Позднее они согласились с тем, что измененный желчный пузырь подлежит удалению.

Более того, С. П. Федоров, став во главе русских хирургов, экспериментально и клинически обосновал необходимость удаления желчного пузыря при ряде его заболеваний.

Итак, вопрос об удалении желчного пузыря в конце XIX века и в самом начале XX века большинством хирургов решался отрицательно. Однако несмотря на это, в России появился ряд работ, в которых авторы убедительно доказывали, что холецистостомия опаснее для жизни больного, нежели удаление желчного пузыря. В 1894 г. в своей интересной книге «Операции на желчных путях» В. Бобров смело высказывается за холесцистэктомию при водянке и эмпиеме желчного пузыря. Его работа намного опередила исследования заграничных ученых и правильно подсказала направление, по которому должна пойти хирургия желчных путей.

Что касается образования соустья между желчным пузырем и кишкой при заболеваниях желчного пузыря и протоков, то эта операция впервые была произведена в России в 1887 г. Н. Д. Монастырским по поводу обтурационной желтухи. В это же время Склифосовский наложил соустье между желчным пузырем и тонкой кишкой, доказав, таким образом, возможность поступления желчи в кишечник, минуя общий выводной

* «Врач», № 27, 1890, стр. 593.

желчный проток. Эта операция стала часто применяться при стойкой непроходимости желчного протока.

Склифосовский успешно оперировал также на печени при различного рода опухолях, особенно паразитарного происхождения. В 1893 г. в журнале «Хирургическая летопись» И. К. Спижарный опубликовал статью, в которой было приведено описание 7 случаев эхинококка печени. Больные были оперированы Склифосовским. Во всех случаях однокамерный эхинококк занимал преимущественно правую долю печени и переднюю поверхность. У 5 больных операция была произведена одновременно. В освобожденную от хитиновых оболочек полость закладывался тампон из иодоформной марли. У 2 больных с диагностической целью был сделан прокол опухоли, повлекший за собой «явления раздражения брюшины»; в дальнейшем этот прием в клинике был оставлен. Из 7 больных умер один; причиной смерти был присоединившийся двусторонний гнойный плеврит.

В 1885 г. И. К. Спижарный на заседании хирургического общества имени Пирогова сообщил о случае эхинококка печени, вскрывшегося в бронхи правого легкого. В этом случае Склифосовский впервые осуществил чресплевральный подход к опухоли с резекцией ребра и обеспечил после вскрытия широкое дренирование пузыря.

Оперативные вмешательства на печени, как известно, весьма ограничены, они чаще всего осуществляются при ранениях ее, при гнойных процессах и эхинококке. Крайне редко приходится оперировать по поводу злокачественного новообразования печени.

Склифосовский в работе, опубликованной в 1890 г., приводит случай иссечения опухоли печени с благоприятным исходом. Он приходит к выводу, что «область применения их (операций. — *В. К.*) будет расширяться и печень станет доступной, как и всякий другой паренхиматозный орган брюшной полости» *. Главное затруднение при удалении плотных опухолей печени, по мнению Склифосовского, сводится к трудно останавливаемому кровотечению и поступлению желчи в полость брюшины из резецированных поверхностей печени. Эти затруднения, к сожалению, полностью не устранены и в настоящее время.

Склифосовскому принадлежит большая заслуга в разработке техники операций на мочевом пузыре. По этому вопросу он выступил с программным докладом на 2-м съезде русских врачей в 1887 г. В опубликованных трудах съезда сообщение Николая Васильевича под названием «Шов мочевого пузыря при надлобковом сечении» помещено на первом месте.

В этой работе Склифосовский подробно разбирает существующие способы проникновения в мочевой пузырь для

* «Врач», № 27, 1890, стр. 594.

извлечения мочевых камней. Дается критическая оценка каждому оперативному приему, в том числе и распространенному способу дробления мочевых камней через мочеиспускательный канал. Несмотря на кажущуюся простоту этого метода, выполнить его могут лишь опытные и искусные хирурги. Чтобы в совершенстве овладеть этой нелегкой методикой, Буяльский, например, наполнял водой мочевой пузырь, помещал туда мочевые камни и при помощи зонда учился узнавать их размеры, форму и другие признаки.

В мочевой пузырь можно проникнуть оперативным путем со стороны промежности или со стороны надлобковой области. Наиболее удобным путем в анатомо-физиологическом смысле следует считать надлобковое сечение. Впервые применил этот оперативный доступ P. Franco в 1560 г., очутившись в безвыходном положении при иссечении камня мочевого пузыря боковым промежностным способом. Смелая попытка P. Franco увенчалась успехом. Надлобковый способ, однако, не встретил должного сочувствия и поддержки как в момент зарождения его, так и в более поздний период. Противники надлобкового сечения мочевого пузыря не хотели видеть всех преимуществ этого способа и необоснованно указывали на его особую опасность. В качестве возражения приводились два довода: 1) возможность ранения брюшины и 2) возможность затека мочи в тазовую клетчатку. В подкрепление этих доводов делались ссылки на клинические наблюдения и опубликованные статистические данные. Склифосовский советовал критически относиться к доводам противников метода: «Статистические выкладки подчас показывают не то, что следовало им показывать, и это может происходить невольно, смотря по источникам, из которых берутся цифры для выкладок» *, — писал Николай Васильевич. И далее: «Накопившиеся в литературе статистические данные нельзя употреблять в наше время для доказательства того или другого научного положения в хирургии: статистические данные, собранные в долистеровское время, ничего не покажут при решении вопросов, народившихся в послелистеровский период развития хирургии» **.

Н. В. Склифосовский выступил с возражениями против утверждения, что при вскрытии пузыря над лоном можно ранить брюшину. Едва ли стоит приписывать слишком большое значение этому обстоятельству, так как «выработаны уже приемы, при помощи которых можно легко избежать ранения брюшины» ***. Обычно вскрытию мочевого пузыря предпосылается наполнение его жидкостью. Введя в мочевой пузырь 200—300 см³ жидкости, достигают смещения складки брюшины

* Труды 2-го съезда русских врачей, т. I, стр. 3.
** Там же, стр. 4.
*** Там же.

вверх над лоном на 2—4 см. При введении большего количества жидкости можно достигнуть еще большего смещения брюшины и получить достаточное пространство для свободного вскрытия передней стенки пузыря, не поранив брюшины.

Считая надлобковое сечение пузыря «идеальным и наилучшим способом»*, Склифосовский подробно описывает ход операций, обращая внимание на анатомические ориентиры. «По вскрытии общих покровов и после разделения мышц находим тонкую пластинку фасции. Разделивши ее, попадаем из первого подмышечного пространства в клетчаточное предпузырное пространство. На передней части растянутого мочевого пузыря хорошо выявляется заворот брюшины в виде небольшого валика. Если произвести еще большее растяжение мочевого пузыря, продолжая вливание в полость его жидкости, то легко заметить дальнейшее отклонение кверху выше отмеченного валика брюшины»**. При хорошей анестезии напряжение мышц исчезает и в глубине операционной раны отчетливо выявляется передняя стенка мочевого пузыря.

Прежде чем вскрыть мочевой пузырь, Склифосовский рекомендует «набросить на переднюю стенку его две шелковые петли с боков предполагаемого продольного разреза», чтобы «сделать ее вполне доступной для ножа и для последующего накладывания шва»***.

Он выступил также с возражениями против утверждения ряда иностранных авторов, что надлобковое вскрытие пузыря неизбежно приведет к образованию затеков мочи в тазовую клетчатку. «Я не хочу отвергать возможности мочевых затеков, — пишет Склифосовский, — но вредное влияние их устраняется строгим обеззараживанием раны и правильно наложенным швом»****.

Технике наложения шва на мочевой пузырь Склифосовский придает особое значение. В разработку этого вопроса он внес много нового и оригинального. Описание хода операции и техники наложения шва дается им со всеми подробностями.

Надлобковое вскрытие мочевого пузыря с последующим наложением шва по способу Склифосовского долгое время оставалось излюбленной операцией при камнях и опухолях мочевого пузыря. Эта операция положила начало появлению новых способов и оперативных приемов, осуществляемых при заболеваниях мочевого пузыря, требующих хирургического лечения.

Особое развитие хирургия мочевых путей получила в советский период, когда она была выделена в самостоятельную дисциплину. Научная и практическая деятельность таких уро-

---

* Труды 2-го съезда русских врачей, т. I, стр. 4.
** Там же.
*** Там же, стр. 5.
**** Там же.

логов-хирургов, как С. П. Федоров, Р. М. Фронштейн, Н. А. Богораз и др., вышла далеко за пределы своей дисциплины.

Склифосовский известен научными трудами не только в области полостной хирургии, в развитии которой он сыграл большую роль; его творческая хирургическая деятельность получила яркое выражение и в других областях. Он свято хранил традиции своего учителя Н. И. Пирогова и творчески развивал его учение, смело прокладывая новые пути в русской медицинской науке. Он неустанно совершенствовал свои знания и решительно выступал против рутины, косности и застоя.

Значительный научный интерес представляют исследовательские работы Склифосовского, посвященные самым различным вопросам хирургической патологии. Среди них в первую очередь следует выделить статьи, написанные во вторую половину его хирургической деятельности, когда антисептический и асептический метод начал прочно входить в хирургию. Работы эти следующие: «Вырезывание языка после предварительной перевязки язычных артерий», «Вырезывание зоба», «Thyreotomia при новообразованиях в полости гортани», «Резекция обеих челюстей», «Оперативные лечения неподвижности коленного сочленения», «К вопросу о пироговском остеопластическом отнятии голени», «Восстановление седлообразно запавшего носа», «Употребление иодоформа в хирургии» и др. Во всех работах чувствуется стремление автора найти наиболее рациональный способ разрешения поставленного вопроса, чтобы данное решение было понятным и доступным для большинства практических хирургов и чтобы оно отвечало в первую очередь интересам больного.

Операции Склифосовского во многом отличались от операций других хирургов того времени своей простотой, изяществом выполнения, а главное, они были всегда строго обоснованы и целесообразны. Каждый больной, поступивший в клинику Склифосовского на лечение, подвергался тщательному и всестороннему исследованию до операции и после нее, причем особое внимание обращалось на изучение последствий хирургических вмешательств и выяснение влияния операции на состояние и функцию оперированных органов. В этом отношении весьма поучительной и интересной является обстоятельная работа Николая Васильевича, посвященная хирургическому лечению рака языка.

В одной из работ приводится описание 4 случаев тотального удаления языка по поводу рака. Подобная операция прежними хирургами не производилась. Они опасались сильного кровотечения и тех трудностей, которые неизбежно возникали при подходе к корню языка. «Опасаясь кровотечения, — пишет Склифосовский, — хирурги прежнего времени избегали ножа,

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека

а для удаления новообразований языка прибегали к помощи прижигающих средств, петли, гальванокаустики, экразера» *. Он разработал новый хирургический доступ к корню языка через надподъязычную область с предварительной перевязкой язычных артерий в пироговском треугольнике с обеих сторон. Предварительная перевязка язычных артерий делает операцию совершенно бескровной. Склифосовский подробно останавливается и на других вопросах, касающихся техники тотального удаления языка при раке (рассечение покровов шеи, манипуляции на подчелюстной железе, поднадкостничное отделение мышц дна полости рта и пр.).

После операции тщательно изучались функциональные расстройства, связанные с полным удалением языка, выяснялись нарушения в акте жевания и глотания пищи, вкусовые ощущения, расстройства речи. «Жевание пищи, — отмечает Склифосовский, — в двух случаях было невозможно; больные употребляли только жидкую, кашицеобразную, а если плотную, то только размягченную пищу; комок пищи, попав в рот, остается на дне его до тех пор, пока не будет пропущен в зев при помощи запрокидывания головы кзади, или же пока не будет выброшен обратно из полости рта»**. Наиболее тягостные ощущения больные отмечают при накоплении в полости рта слюны и слизи. Заглатывание или выплевывание слюны при отсутствии языка невозможно. Очищение полости рта необходимо производить с помощью струи воды при обязательном наклонении головы вперед.

В работе приводятся также данные опытов по определению вкусовых ощущений при полном удалении языка. Склифосовский подтвердил известный в физиологии факт, что в слизистой языка содержатся приборы, воспринимающие вкусовые ощущения. Ощущение вкуса соленого, горького, кислого, сладкого и более тонкие вкусовые ощущения, например, вкус табака или вина, отмечали только те больные, у которых была сохранена хотя бы небольшая часть корня языка. Для полноты вкусовых ощущений Склифосовский рекомендует сохранять целой слизистую оболочку мягкого неба.

У оперированных больных заметно нарушается речь; меняется тембр голоса и затруднено произношение язычных согласных звуков. Эти нарушения являются стойкими и необратимыми. Клинические наблюдения над оперированными больными позволили впоследствии хирургам-онкологам правильно решить вопрос об объеме оперативных вмешательств при заболеваниях языка и о послеоперационном ведении таких больных.

Следует отметить весьма интересное сообщение Склифосовского, посвященное описанию операции вырезания зоба. Про-

* «Врач», № 1, 1880, стр. 3.
** Там же, № 2, 1880, стр. 26.

изведенное им в числе первых операций (1874) иссечение зоба кладет начало дальнейшему развитию хирургии щитовидной железы. В связи с тем, что подобные операции производились в то время крайне редко, Николай Васильевич счел нужным подробно разобрать этот случай, обратив особое внимание на описание техники операции.

Для лучшего выделения ткани опухоли щитовидной железы Николай Васильевич рекомендует пересечь поперек грудино-щитовидные и грудино-подъязычные мышцы на середине шеи. Этот прием, как известно, широко используется при операциях на щитовидной железе и в настоящее время. Последовательно иссекая измененные доли щитовидной железы, необходимо, как указывает Николай Васильевич, тщательно лигировать сосуды, чтобы избежать сильного кровотечения. В конце операции на дно раны заводятся дренажные трубки. Края раны в верхней половине соединяются узловатыми швами.

В числе редких операций, выполненных Склифосовским, нужно назвать тиреотомию при новообразованиях в полости гортани, а также резекцию обеих челюстей по поводу рака.

Резекция верхней челюсти впервые была произведена в России Буяльским, операция продолжалась 15 минут и окончилась выздоровлением больной. Эта операция много раз успешно производилась затем Склифосовским. В числе немногих он удачно произвел также резекцию обеих челюстей по поводу рака. В то время в литературе было описано всего 12 подобных операций. Ввиду сложности хлороформирования такого рода больных Склифосовский разработал и предложил специальной конструкции аппарат, позволяющий поддерживать наркоз в продолжение всей операции. Операция закончилась успешно. По заживлении раны больному был вставлен протез.

Оперируя на верхней челюсти при врожденном расщеплении твердого неба, Склифосовский впервые в мире применил местное обезболивание раствором кокаина.

Об этом факте стало известно за границей 3/VII 1885 г. из уст одного русского врача, находившегося в клинике Листера. Присутствуя на операции (уранопластика) у 10-летнего мальчика и видя, как Листер хлороформировал больного, русский врач заявил, что в России эта операция проф. Склифосовским производится под местной анестезией. Факт этот до того показался новым и интересным Листеру, что он встал и обратился к аудитории с речью, в которой передал, что употребление кокаина как местного болеутоляющего средства при данной операции впервые нашло себе применение в руках московского хирурга, профессора Склифосовского, что нововведение это заслуживает подражания, так как хлороформирование подобных больных во время операции крайне затруднительно и всегда несовершенно (Таубер).

Из других выдающихся нововведений Склифосовского в хирургии следует отметить предложенный им оригинальный способ операции на костях при ложных суставах, вошедший во все мировые учебники под названием «замка Склифосовского»,

или «русского замка». Чтобы удержать на месте перелома концы бедренной кости в непосредственном их соприкосновении, производится распил по середине обоих концов кости, затем у окончания первого распила делается второй распил в поперечном к нему направлении. Выпиленные на концах половинки удаляют с тем, чтобы образовавшиеся на обоих концах поверхности пришли в соприкосновение друг с другом; затем их закрепляют 1—2 металлическими швами. Получается форма замка, «который нередко образуют плотники, когда желают соединить два куска дерева в одно при постройке деревянного здания» (Н. И. Насилов). Настоящая операция впервые была выполнена по идее Н. В. Склифосовского и подробно описана его ассистентом Н. И. Насиловым в «Журнале нормальной и патологической гистологии» в 1876 г. под названием «Новый способ резекции при ложном суставе бедра (Pseudoartrosis femoris)».

Склифосовский успешно выполнил ряд других операций на костях и крупных суставах. Им опубликованы следующие работы: «Случай резекции локтевого сустава», «Оперативное лечение неподвижности коленного сустава», «Полный вывих таранной кости. Иссечение ее» и др. Кроме того, на основании своих наблюдений он выступил в печати в защиту костно-пластической операции Пирогова, появление которой было встречено иностранными хирургами недружелюбно. Особую зависть новый способ вызвал у некоторых английских и французских хирургов, которые всячески старались дискредитировать этот способ и умалить его достоинства. «Прежде всех и сильнее всех вооружился против нее Сейм, — пишет Склифосовский, — защищая фиктивные преимущества своей ампутации» *. Отрицательное отношение английских хирургов к новому методу было вызвано тем, что не им, а русскому ученому принадлежит приоритет в открытии весьма ценного и оригинального способа операций. Пирогов правильно оценил отношение иностранцев к его методу. В 1865 г. он писал: «Между французскими и английскими хирургами есть такие, которые не верят даже в возможность остеопластики или же приписывают ей недостатки, никем, кроме них самих, не замеченные; беда, разумеется, вся в том, что моя остеопластика изобретена не ими». Значение операции Пирогова состоит в том, что он первый в мире положил начало остеопластике. «Важен принцип, — пишет Пирогов, — что кусок одной кости, находясь в соединении с мягкими частями, прирастает к другой и служит и к удлинению и к отправлению (действию) члена».

В работе, посвященной описанию пироговской остеопластической ампутации голени, Склифосовский указывает на то,

---

* Военно-медицинский журнал, май 1877, стр. 24

что культя действительно удлиняется настолько, что оперированная конечность бывает короче здоровой всего на 1,5—2 см. Удлинение перепиленных костей голени и образование прочной и привычной точки опоры составляют существенные достоинства ампутации по Пирогову. И далее он отмечает: «Пересаженный кусок пяточной кости срастается с костями голени. Этот факт был установлен Пироговым и послужил началом для всех других остеопластических операций, как-то: Шимановского на локте, Гритти на колене, Лангенбека на верхней челюсти и пр.» *. Остеопластическая операция Пирогова постепенно завоевала всеобщее признание. Она вошла в учебники и руководства всех стран мира под названием «операции Пирогова».

Еще более решительно выступил Н. В. Склифосовский на Международном съезде врачей в Копенгагене в 1884 г. с заявлением о том, что приоритет в изобретении нового остеопластического способа ампутаций стопы, принадлежащий русскому врачу Владимирову, оспаривается немецким хирургом Микуличем, который произвел операцию по этому способу спустя 9 лет после Владимирова и выдал его за свой. Международный конгресс признал претензии Склифосовского правильными и закрепил за Владимировым приоритет в предложении нового способа операции на стопе.

По этому вопросу Склифосовский на основании личного опыта опубликовал статью под названием «Остеопластическая операция на стопе по способу Владимирова», где подробно разбирал все достоинства операции и указывал, что первый предложил новый способ операции казанский хирург Владимиров, а не Микулич. «Miculicz, — пишет Склифосовский, — описывая новый способ остеопластической операции на стопе, говорит, что давно уже занимала его мысль о том, не было ли возможности иногда при названных заболеваниях сохранить переднюю здоровую часть стопы? Но ради исторической точности и правды считаем необходимым восстановить забытый факт. Мысль о возможности удлинения костей голени на счет здоровой части передней половины стопы принадлежит русскому врачу. В 1872 г., если не ошибаюсь, операция эта произведена была доктором Владимировым в Казани при таком же показании и по такому же способу, как описал это Miculicz; а в 1873 г. операция доктора Владимирова, увенчавшаяся полным успехом, была предметом оживленных прений во время IV съезда русских естествоиспытателей и врачей в Казани». Следовательно, только благодаря вмешательству Склифосовского удалось восстановить приоритет, принадлежавший русскому врачу, и отстоять его от посягательства иностранного ученого.

---

* Военно-медицинский журнал, май 1877, стр. 24.

Склифосовский был настоящим патриотом своей родины. Он ревностно отстаивал интересы русского народа в борьбе за процветание отечественной науки. Он высоко ценил престиж своей родины, свидетельством чего являются все его научные труды, которые печатались им только на русском языке.

Научные работы и взгляды Николая Васильевича в различных вопросах хирургии оставили неизгладимый след в отечественной медицинской науке. Его классические труды легли в основу развития многих клинических школ.

Преподавательская деятельность Н. В. Склифосовского началась сравнительно поздно, через 11 лет после окончания медицинского факультета. Как известно, долгое время Николай Васильевич работал ординатором, затем заведующим хирургическим отделением Одесской городской больницы. За эти годы он вырос в крупного хирурга с большой научно-практической подготовкой, глубоко сознающего важное значение широкого естественно-научного образования. Прекрасно образованный, хорошо владеющий несколькими языками, обладающий большой выдержкой и самообладанием, являясь чутким и отзывчивым врачом, он вполне подготовил себя к преподавательской работе. Всего этого он достиг исключительно собственными усилиями, благодаря личным способностям и огромному трудолюбию.

Благодаря возросшему научному авторитету и достигнутым успехам в хирургии, в начале 1870 г. Н. В. Склифосовский по рекомендации Н. И. Пирогова был приглашен занять кафедру хирургии в Киевском университете. Когда в Одессе об этом стало известно, городская дума на экстренном заседании вынесла постановление: «За заслуги Н. В. Склифосовского и приносимую им пользу городу и больнице предложить ему профессорское жалование с целью удержать его в Одессе». Этот эпизод служит доказательством признания заслуг молодого ученого, сумевшего завоевать большой авторитет среди городского населения. Склифосовский, однако, в Одессе не остался, так как его не удовлетворяла одна лишь практическая медицина: Николая Васильевича влекло к педагогической деятельности, особенно его интересовали вопросы военно-полевой хирургии.

В сентябре 1871 г. Склифосовский был переведен в Петербург на кафедру хирургии в Медико-хирургическую академию. В академии он преподавал вначале хирургическую патологию и одновременно заведовал хирургическим отделением в военном госпитале, а с 1878 г. ему представилась возможность перейти на кафедру академической хирургической клиники.

В академии преподавательский талант Склифосовского развернулся в полном блеске, и он скоро сделался одним из популярнейших профессоров. Но этого он достиг не сразу. Получить признание среди профессоров академии и располо-

жить в свою пользу студентов было не так легко. Особенно трудно было вначале молодому профессору Склифосовскому, не имевшему достаточного педагогического опыта, вступившему в состав преподавателей академии помимо желания многих ее членов. Плохо встретили его хирурги-клиницисты проф. Е. И. Богдановский, И. О. Корженевский, увидевшие в молодом, растущем хирурге своего конкурента. Сторонники старых традиций вопреки здравому смыслу, идя наперекор новому, прогрессивному веянию в хирургии, они открыто выступали против введения противогнилостного метода лечения ран, который, как мы знаем, успешно в числе первых начал применять Склифосовский.

Выступая против Склифосовского, являвшегося инициатором нового метода в России, они доходили иногда до неприличных выпадов. Так, бывший в то время студентом, а позднее профессором, А. С. Таубер в своих записках, изданных под псевдонимом А. Сталь, приводит случай, как проф. И. О. Корженевский, хирург французской школы, заведовавший академической хирургической клиникой, на лекции студентам IV курса иронически говорил по поводу листеровского метода: «Не смешно ли, что такой крупный человек, как Склифосовский, боится таких мелких творений, как бактерии, которых он не видит!».

Имея за плечами большой жизненный и врачебный опыт, он больше, чем кто-либо другой, видел существующие пробелы в преподавании практических дисциплин и стремился восполнить их личным показом техники не только сложных операций, но и выполнением простых хирургических манипуляций. Студенты восхищались его искусными приемами при исследовании больных или при выполнении весьма сложных операций в трудно доступных областях.

Склифосовский охотно обучал студентов различным техническим приемам исследования и правилам по уходу за хирургическими больными. При этом он всегда подчеркивал необходимость строго оберегать психику больного от излишних волнений, особенно в момент обследования, не в ущерб выяснению характера самого заболевания. Он умел расположить к себе больных, вызывая у них чувство безграничного доверия и веру в медицину.

Скромный и требовательный к себе, всегда чуткий и отзывчивый врач, Н. В. Склифосовский умел воспитывать эти качества у своих учеников. Он не любил грубости или вольности по отношению к больному. В клинике царила строго деловая атмосфера. Он никогда никого не унижал, не третировал, обращался всегда изысканно вежливо, подчеркивая свое уважение к человеку, независимо от занимаемого им положения в обществе. Возросший авторитет Склифосовского как искусного хирурга-клинициста и блестящего лектора

вызвал признание со стороны большинства членов академии. Даже недоброжелательно настроенные профессора были вынуждены признать в нем незаурядного хирурга и педагога.

Особенно тепло и дружелюбно был расположен к Склифосовскому один из ведущих профессоров академии — С. П. Боткин. Товарищескую дружбу и контакт в работе они сохранили в продолжение всей своей жизни. Весьма хорошие отношения у Склифосовского сложились с профессорами теоретических кафедр: патологоанатомом М. М. Рудневым, анатомом В. Л. Грубером, химиком и известным композитором А. П. Бородиным.

30 января 1880 г. Совет факультета Московского университета по предложению проф. Новацкого единогласно избрал на вакантную должность заведующего факультетской хирургической клиникой профессора Медико-хирургической академии, доктора медицины Н. В. Склифосовского. В журнале заседания медицинского факультета за № 198 по этому вопросу записано следующее: «Члены факультета, имея в виду всеобщую известность проф. Склифосовского как опытного хирурга и преподавателя, единогласно постановили приступить в этом же заседании... к баллотированию Склифосовского в звание ординарного профессора для занятия вакантной кафедры». Произведенной затем закрытой баллотировкой Склифосовский избран единогласно.

В Московском университете научная и педагогическая деятельность Склифосовского началась в содружестве с известными профессорами, видными учеными. В то время терапевтические клиники возглавлялись профессорами Г. А. Захарьиным и А. А. Остроумовым, нервную клинику возглавлял известный невропатолог Кожевников, педиатрию — Н. Ф. Филатов. На кафедре анатомии был видный анатом проф. Д. Н. Зернов.

10 сентября 1880 г. Склифосовский блестяще прочитал в Московском университете вступительную лекцию. На лекцию собралось много студентов старших курсов, пришли послушать преподаватели и профессора медицинского факультета.

В лекции Николай Васильевич говорил о большой роли, какую играет Московский университет в развитии отечественной медицинской науки, в частности, хирургии.

Им были приведены имена воспитанников университета, оказавших большое влияние на развитие отечественной хирургии. Он особо подчеркнул значение в науке Н. И. Пирогова, Ф. И. Иноземцева, В. А. Басова.

С приходом Склифосовского изменилось преподавание клинической хирургии (стало более наглядным). Студенты начали чаще посещать клинику, подолгу находясь у постели больных, в перевязочной и операционной. Они с захватывающим интересом слушали блестящие по форме и богатые по содержанию

лекции Склифосовского по частной хирургии; восторженно отзывались об его искусных операциях на органах брюшной полости; восхищались изяществом техники выполнения различных врачебных манипуляций и особенно техникой наложения гипсовых повязок при переломах трубчатых костей.

Н. В. Склифосовский не только читал лекции: он много уделял внимания практической работе со студентами. Так, например, в дни, свободные от лекций, или по воскресеньям он делал с ними обходы больных. При этом присутствующие на обходе кураторы обязаны были докладывать о своих больных.

Благодаря кураторству студенты приобретают необходимые навыки и приобщаются к клинике. «В смысле непосредственного участия в клинической жизни, — говорит Спижарный, — наши студенты находятся в гораздо лучших условиях, чем студенты во многих германских да и некоторых других заграничных университетах... где студенты обыкновенно видят больного в первый раз только на лекции..., там не принято, чтобы студенты посещали палаты для больных, как это делается у нас, где перед студентами проходит вся клиническая жизнь. Следовательно, теоретическая и практическая подготовка наших студентов значительно выше, чем студентов за границей. У нас студенты являются более подготовленными к самостоятельной врачебной деятельности, так как по окончании курса они непосредственно держат государственный экзамен и получают диплом на право практики...». «Русскому можно порадоваться, — пишет в отчете вернувшийся из-за границы профессор, — что распределение теоретических и клинических занятий у нас ведется много систематичнее и выгоднее для учащихся» *.

Клиника Склифосовского стала излюбленным местом для занятий студентов. Здесь к ним относились со вниманием и доверием: они могли самостоятельно произвести перевязку своему больному, записать дневник и принять участие в проводимых операциях. Ни одна более или менее крупная операция не обходилась без их участия.

Студенты не только охотно ассистировали на операциях, но и несли трудные ночные дежурства у оперированных больных, следя за их состоянием, и в случае необходимости быстро приходили на помощь.

По окончании медицинского факультета много студентов изъявляли желание в дальнейшем работать в области хирургии. Наиболее способные из них обычно оставались при клинике для прохождения ординатуры.

В ординатуре формировались научно-педагогические кадры и готовились квалифицированные специалисты на должности заведующих хирургическими отделениями крупных больниц.

---

* Отчет факультетской хирургической клиники, 1909, стр. 7.

Из окончивших ординатуру в клинике Склифосовского вышло немало видных научных и практических деятелей в области хирургии.

Из ближайших учеников Склифосовского, пользующихся известностью в России, следует назвать проф. И. К. Спижарного, возглавившего позднее факультетскую хирургическую клинику, а также ряд таких крупных научных и практических хирургов, успешно развивавших хирургию в стране, как И. Д. Сарычев, М. П. Яковлев, В. И. Добротворский, И. М. Чупров, А. Н. Сахаров, Г. И. Вилга, П. А. Резвяков, В. И. Кормилов, З. В. Янновский, В. А. Красинцев, но этим не ограничивается список последователей Склифосовского. Многие врачи считали себя его учениками и с гордостью об этом заявляли.

* *
*

Н. В. Склифосовский был одним из ведущих военно-полевых хирургов второй половины XIX века, достойным продолжателем дела великого русского хирурга Пирогова. Его научные труды по военно-полевой хирургии являются ценным вкладом в мировую науку.

Склифосовский участвовал в четырех крупных войнах в Европе в качестве рядового хирурга и консультанта госпиталей. Так, во время Австро-прусской войны 1866 г., будучи еще молодым врачом, он с разрешения русского правительства вступил в ряды действующей русской армии, чтобы на практике изучить военно-полевую хирургию. Здесь он работал на перевязочных пунктах и в военном лазарете до окончания кампании. Приобретенный опыт по военно-полевой хирургии и свои впечатления, вынесенные из наблюдений за работой перевязочных пунктов и лазаретов Германии, он изложил в обстоятельной статье, опубликованной в журнале «Медицинский вестник» за 1867 г. под названием «Заметка по поводу наблюдений во время последней германской войны 1866 г.».

Полученный опыт и знания по военно-полевой хирургии Склифосовский успешно применил в следующих войнах, в которых ему пришлось участвовать в качестве профессора-консультанта. Во время Франко-прусской войны 1870 г. он был командирован на место военных действий для ознакомления с деятельностью военных госпиталей.

В 1876 г. Николай Васильевич был назначен консультантом по хирургии в один из лазаретов Красного Креста в Черногории, где пробыл 4 месяца.

Свои воспоминания о хирургической деятельности во время Славянской войны в Черногории он изложил в большой работе, опубликованной в «Военно-медицинском журнале» за 1876 г. под названием «Из наблюдений во время Славянской

войны 1876 г.». Работа состоит из трех частей: I — Транспорт раненых, II — Лечение огнестрельных повреждений, III — Частная помощь на войне.

В первой части говорится об оказании помощи раненым на поле боя и способах доставки их в лазарет. Военные действия происходили в горах, что крайне осложняло своевременную доставку пострадавших в госпиталь. Раненый попадал в лазарет на 3-й или 4-й день после ранения. Доставляли его на носилках, изготовленных тут же на месте ранения. Они оказались весьма удобными для передвижения по трудно проходимым тропам Черногории.

Во второй части говорится, что лечение раненых в Черногории было консервативное. Листеровская повязка ввиду ее сложности и трудности выполнения в тех условиях не применялась. Рану обычно покрывали гигроскопической ватой или корпией, смоченной слабым раствором карболовой кислоты или камфорным спиртом. Отмечая преимущества гигроскопической ваты перед другими перевязочными средствами, Склифосовский вынужден был признать, что в силу существующей традиции большинство огнестрельных ран покрывалось корпией.

Большой интерес представляют наблюдения Склифосовского за течением огнестрельных ранений органов грудной и брюшной полости. Он всесторонне изучил развитие осложнений, встречающихся после проникающих ранений грудной клетки. Им отмечен важный факт, что не все огнестрельные повреждения груди опасны для жизни раненых. Сквозные пулевые ранения с точечными входными отверстиями без выраженного кровотечения в полость плевры могут не осложняться инфекцией. «Опасны ранения грудной клетки навылет в тех случаях, — пишет Склифосовский, — когда во входном отверстии раздробляется кость и осколки ее увлекаются в пулевой канал»*. В этих случаях осколки ребер с силой внедряются в легочную ткань, разрушают ее и обусловливают в дальнейшем развитие нагноения — эмпиемы. Наличие в плевральной полости излившейся крови осложняет течение раневого процесса и ускоряет формирование воспалительных явлений. Николай Васильевич в своей работе так описывает появление пиоторакса: «Непосредственно за ранением грудной клетки навылет обнаруживается кровохарканье и наступает картина излияния крови в грудную полость. Спустя несколько дней показывается лихорадочное состояние и развивается картина гнойного скопления в грудной клетке (Pyothorax)»**.

Описывая картину развития пиоторакса, Склифосовский указывает, что иногда гнойное скопление в плевральной

---

* Военно-медицинский журнал, ноябрь 1876, стр. 269.
** Там же, стр. 270.

полости развивается и без предшествующих явлений излияния крови. Следовательно, появление гноя в плевральной полости связывается здесь с характером огнестрельной травмы и теми осложнениями, которые обусловливают развитие инфекции (внедрение в ткань легкого инородных тел, кровоизлияние).

Нагноившийся гемоторакс рекомендуется освобождать хирургическим путем: «Широкие разрезы в грудной стенке,— пишет Склифосовский, — и свободное излияние гноя очень помогали благоприятному исходу» *.

Большое значение для благоприятного исхода ранений груди Склифосовский придавал созданию покоя раненым. Это мнение сложилось у него еще во время Франко-прусской войны 1870—1871 гг. Он отмечает, что проникающие ранения грудной клетки протекали хорошо тогда, «когда раненые или вовсе не транспортировались, или переносили только небольшой транспорт»**. И далее: «При строго выжидательном лечении самое существенное требование должно состоять в том, чтобы эти раненые не транспортировались» ***.

Едва ли нужно доказывать всю важность и исключительную ценность высказанных Склифосовским замечаний, относящихся к лечению ранений грудной клетки. Многие из них не потеряли своего значения и в настоящее время. Но в то время он находился только у истоков развития грудной хирургии и не знал тех возможностей для успешного лечения раненых, какие открылись хирургам XX века в связи с введением асептического метода, переливания крови, блокады нервных стволов и др. Большинство хирургов того времени считало правильным консервативный метод лечения ранений грудной клетки. Ушивать открытый пневмоторакс в первые часы после ранения хирурги стали много позднее.

Существующая ныне система этапного лечения ранений грудной клетки разработана хирургами в советский период. Она была успешно применена на практике в годы Великой Отечественной войны. Большая заслуга в этом деле принадлежит Н. Н. Бурденко, А. В. Вишневскому, Н. Н. Петрову, Б. Э. Линбергу, Ю. Ю. Джанелидзе, М. Н. Ахутину, Н. Н. Еланскому, П. А. Куприянову, А. А. Вишневскому и др.

Выжидательный способ лечения рекомендовался также при проникающих ранениях брюшной полости. В своей работе Склифосовский прямо указывает, что «выжидательный способ лечения и наивозможно меньшее активное вмешательство со стороны врача в первые дни после ранения больше всего могут способствовать благоприятному исходу» *. Такой тактики при проникающих ранениях живота придерживалось большин-

---

* Военно-медицинский журнал, ноябрь 1876, стр. 270.

** Там же.

*** Там же.

**** Там же, стр. 271.

ство хирургов. Консервативный метод лечения ранений живота продержался в хирургии вплоть до второй половины империалистической войны 1914—1917 гг.

Основы хирургического вмешательства на органах брюшной полости в военных условиях были заложены еще Пироговым. Придерживаясь в основном выжидательной тактики при проникающих ранениях живота, он высказывался за оперативное вмешательство на кишечнике в случаях выпадения его. Пироговым описана техника операции на кишечнике: «Если рана кишки найдена, то, какая бы она ни была, я тотчас же ее зашиваю»*, и далее: «Когда же выпавшая петля прострелена насквозь в четырех и более местах... я предлагаю вырезать простреленную петлю и сшить верхний конец кишки с нижним». Более обширные вмешательства при ранениях органов брюшной полости тогда не производились.

В третьем разделе своего труда «Частная помощь на войне» Склифосовский останавливается на организационных вопросах санитарного дела. Здесь он говорит о большой пользе частной помощи раненым в военное время и отмечает несовершенство организации и управления общества Красного Креста.

Принимая близко все, что касается помощи раненым, Склифосовский высказывал негодование по поводу существовавших непорядков в организации санитарного дела, особенно в Сербии. Недостатки в организации санитарной службы в Черногории и Сербии он связывает исключительно с плохой работой уполномоченных Общества Красного Креста, которые подбирались царским правительством из лиц, совершенно некомпетентных в вопросах военной медицины. «Я глубоко убежден, — пишет Склифосовский, — что все недоразумения, пререкания и неурядицы легко могли бы быть избегнуты, если бы в качестве уполномоченного от Общества Красного Креста стояло компетентное лицо»**. Таким лицом, говорит Склифосовский, может быть только высокообразованный врач, обладающий большими административными и организаторскими способностями. «Не представительность,—говорит Склифосовский, — не высокий чин и не видное общественное положение нужны, а знание дела»***.

Здесь же говорится о большой роли на войне профессора-хирурга, который должен быть использован непосредственно по своей специальности. Он принесет гораздо больше пользы там, где ему будет дана возможность применить свои знания. «Возложить на профессора-хирурга обязанности консультанта, отдать в непосредственное его заведывание военный госпиталь,

---

* Н. Пирогов, Начала общей военно-полевой хирургии, ч. II, изд. 1944, стр. 25—27.

** Военно-медицинский журнал, ноябрь 1876, стр. 285.

*** Там же.

лазарет. Здесь, руководя врачами, помогая и словом, и делом менее опытным врачам и хирургам, он принесет пользу несравненно высшую, чем та польза, которой ожидают от него, как от администратора». Мысль, высказанная Николаем Васильевичем о правильном использовании специалистов на войне, получила признание и свое претворение только в более поздние годы, когда при санитарных отделах и управлениях были выделены соответствующие консультанты-специалисты.

После окончания военных действий в Черногории Склифосовский, совершив кратковременную поездку по госпиталям Сербии, вернулся снова в Петербург. Здесь он начал активно выступать с докладами перед врачами и знакомить их с особенностями огнестрельных повреждений. Его выступления были насыщены богатым материалом из опыта войны в Черногории, Сербии и содержали весьма ценные указания как по вопросам военно-полевой хирургии, так и по организации всего санитарного дела на войне.

Богатые знания Склифосовского и приобретенный им опыт по военно-полевой хирургии нашли широкое применение в Русско-турецкой войне 1877 г., в которой ему пришлось принимать участие. В этой войне с особой силой и блеском развернулись его способности как крупного ученого-хирурга и талантливого организатора военно-санитарного дела.

В самом начале войны Склифосовский со своими двумя ассистентами добровольно отправился на театр военных действий в Дунайскую армию. Одновременно получили назначение консультантами в Дунайскую армию профессор Дерптского университета Бергман, профессор Медико-хирургической академии Корженевский и доцент Насилов «для распределения их, по соглашению с полевым военно-медицинским инспектором и с разрешения главнокомандующего армией, по военно-временным госпиталям, ближайшими к театру военных действий, по одному на госпиталь, где и должно быть вверено им заведывание хирургическою деятельностью госпитальных врачей, направление их занятий и производство наиболее трудных операций» *. По многочисленным отзывам врачей, работавших под руководством указанных профессоров-хирургов, «это была такая школа, в которой при желании можно было запастись массой практических и теоретических сведений для будущей хирургической деятельности» **.

В Русско-турецкую войну Н. В. Склифосовский не только оказывал хирургическую помощь раненым, но проводил огромную работу по обучению и воспитанию медицинского персонала в духе беззаветной преданности своему делу. При лечении раненых. Николай Васильевич всегда советовал иметь в виду

---

* Архив Московского университета, дело № 7530 от 5/V 1877 г.
** Военно-исторический архив, дело № 8585, стр. 168.

весь организм человека, а не одну только рану и операционное поле. Таубер, работавший под его руководством на войне, пишет: «Кто проникся основными принципами этого учителя-хирурга и сохранил их в своей памяти путеводными идеями на операционном поприще, тот спасал многих раненых от угрожающей смерти...»*.

Склифосовский заражал всех окружающих беспримерным трудолюбием, вселял в них бодрость и силу духа, заставлял безропотно переносить все тяжести и лишения фронтовой жизни. Очевидцы рассказывают, как этот по наружному виду элегантный и выхоленный статский генерал в безупречно чистом кителе способен был оставаться по нескольку суток без пищи и без сна, находясь беспрерывно за операционным столом в перевязочной или в сортировочных отделениях головного госпиталя. Трогательны были заботы о нем врачей и медицинских сестер, подносивших ему во время работы то глоток вина, то кусок хлеба для поддержания сил. Большую помощь в работе оказывала ему жена, Софья Александровна, которая была вместе с ним в продолжение всей кампании и мужественно переносила все невзгоды походной жизни. Она была незаменима по уходу за ранеными.

Склифосовский высоко отзывался о мужестве и бесстрашии русских женщин, самоотверженно работавших на перевязочных пунктах, нередко под огнем противника, оказывая неотложную помощь и ухаживая за ранеными. Он пишет: «...женщины принесли много пользы на главном перевязочном пункте, и несмотря на то, что пришлось им пережить самые тяжелые испытания... они вынесли все невзгоды мужественно и работали неустрашимо до конца»**.

В 1877 г. на театр военных действий добровольно прибыли первые женщины-врачи, выпускники Женских врачебных курсов. О том, как высоко зарекомендовали себя в боевой обстановке женщины-врачи, говорит докладная записка начальнику штаба действующей армии от полевого военно-медицинского инспектора, ходатайствовавшего о награждении бывших слушательниц Женских врачебных курсов, отличившихся на войне. «Самоотверженная работа женских ординаторов, — гласит записка, — среди опасностей и лишений, среди тифозной болезненности, жертвой которой была не одна из них, обратили на себя общее внимание и, как первый пример применения женского труда в военном деле, заслуживает отличия и поощрения».

Женщины-врачи не только самоотверженно оказывали помощь раненым, но принимали близкое участие в наведении надлежащего порядка в госпиталях.

---

* Военно-медицинский журнал, апрель 1905, т. I, стр. 213.
** Там же, 1878, № 7, стр. 163.

Строгий гигиенический режим, выработанный в клинике, Склифосовский старался перенести в организацию госпитального дела на войне. В этом отношении он предъявлял подчас невыполнимые требования к окружающему медицинскому персоналу. Тем не менее повышенная требовательность давала хорошие результаты: рожа, дизентерия, тиф и другие инфекции в его отделениях встречались в единичных случаях, в то время как в других госпиталях Болгарии было много раненых с газовой гангреной, рожей и пр. Николай Васильевич в то время не мог избежать лишь гнойных осложнений ран. Не могли помочь ни строгий санитарный режим, ни новый антисептический метод. Причины нагноения зависели от характера огнестрельной травмы и от консервативного метода лечения ран. Активная хирургическая обработка вошла в хирургию сравнительно недавно. Основные положения ее наиболее полно разработаны только в период Великой Отечественной войны.

Н. В. Склифосовский пробыл на войне с первых и до последних дней; через его руки прошло более 10 000 раненых. Наибольшее число операций, выпавших на долю каждого из участников кампании, как свидетельствует главный хирург Дунайской армии Н. М. Кадацкий, произведено лично Н. В. Склифосовским. Его деятельность как военно-полевого хирурга высоко оценивалась Н. И. Пироговым, который инспектировал состояние госпиталей в Русско-турецкую войну и написал в связи с этим непревзойденный труд по вопросам военно-полевой хирургии и организации санитарного дела на войне.

Пирогов считал Склифосовского самым искусным хирургом того времени. Анализируя отчет Склифосовского о хирургической работе трех госпиталей в период скопления в них большого числа раненых, он отмечает неблагоприятные условия для оказания хирургической помощи раненым, что не могло не отразиться на результатах лечения. Описывая высокий процент летальности после больших битв, Пирогов пишет: «Так, мы находим в следующем отчете, сообщенном одним из самых искусных наших хирургов — проф. Склифосовским, действовавшим в трех госпиталях в первые дни после больших битв под Плевной и на Шипке, процент смертности от ампутаций и резекций, который нельзя не назвать невысоким» *.

В отчете о деятельности военных госпиталей в 1877—1878 гг. Пирогов писал: «Медицинский персонал, по предложению проф. Склифосовского, разделялся на три группы: а) сортировочную, б) операционную, в) гипсовую... Госпиталь довольно хорошо справлялся со своей медицинской

* Н. И. Пирогов. Военно-врачебное дело и частная помощь в 1877—1878 гг., стр. 363, 1879.

работой, рассортировав в несколько дней до 9 000 раненых. Главный врач его, Аменитский, с консультантом проф. Склифосовским со всеми врачами... с примерной энергией и с необыкновенным напряжением сил несли свои тяжелые обязанности, заслуживают общей признательности... всех друзей человечества».

После окончания кампании Склифосовский выступил в печати с рядом интересных работ, освещающих организационную и хирургическую деятельность во время Русско-турецкой войны. Наиболее ценными из них являются: «В госпиталях и на перевязочных пунктах во время Турецкой войны»; «Наше госпитальное дело на войне»; «Перевозка раненых и больных по железным дорогам»; «Тарантасный станок в вагоне для перевозки раненых».

В Русско-турецкую войну Склифосовский настойчиво и последовательно проводил в жизнь основные положения военно-полевой хирургии, разработанные гением русской науки Н. И. Пироговым. Указание Пирогова о том, что на войне от администрации, а не от медицины зависит, чтобы всем раненым, «без изъятия и как можно скорее была подана первая помощь, не терпящая отлагательства», явилось для Склифосовского отправным пунктом в его организацоионной деятельности на войне.

Н. В. Склифосовский и С. П. Боткин выступали горячими сторонниками приближения медицинской помощи к раненым, что нашло свое отражение в деятельности передовых и главных перевязочных пунктов.

Н. И. Пирогов, инспектируя лечебные учреждения в Русско-турецкую войну, весьма положительно отозвался о хирургах, работавших на передовых и главных перевязочных пунктах. «В нынешнюю войну, — писал Пирогов, — на перевязочные пункты явились опытные, весьма дельные хирурги и учителя хирургии...».

Говоря об учителях хирургии, находящихся на войне, Пирогов в первую очередь имел в виду Склифосовского, который был в это время самым выдающимся военно-полевым хирургом.

Н. В. Склифосовский оставил неизгладимый след в развитии военно-полевой хирургии. Его научные труды по вопросам военно-полевой хирургии являются ценным вкладом в сокровищницу мировой науки.

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека

I. РЕЧИ НИКОЛАЯ ВАСИЛЬЕВИЧА СКЛИФОСОВСКОГО

ВСТУПИТЕЛЬНАЯ ЛЕКЦИЯ [1]

Мм. Гг.! В этом году мы праздновали торжество открытия памятника народному нашему поэту, гением которого русская литература поднята до уровня литератур остальных культурных народов Европы. Торжество имело место в сердце России, в Москве, где находится alma mater всех русских университетов; и это обстоятельство придает торжеству особенно глубокий смысл. В самом деле, не только правом первенства и старейшества может гордиться Московский университет, — за ним остается и право того преимущества, что он дал родине немало выдающихся людей на поприще всех знаний. Русская литература и поэзия обязаны возрождением своим Пушкину: но силою гения своего Пушкин обнимал все стороны духа своего народа, и проникнутый глубокой к нему любовью, он предчувствовал и разгадывал действительные и насущные его нужды.

«На поприще ума нельзя нам отступать», — сказал поэт. Так думал поэт, так думала и плеяда пушкинских деятелей, принадлежавших одной из лучших пор научного движения в Московском университете. Но не о культурном значении Московского университета вообще предполагаю я говорить; я ограничусь более скромной рамкой и коснусь вкратце того значения, какое имел Московский университет в истории развития у нас медицинских знаний, собственно отечественной хирургии.

Хирургия русская имеет свою историю, традиции и образцы для подражания, а колыбелью ее был Московский университет преимущественно. В Московском университете получил свое медицинское образование великий современный хирург Н. И. Пирогов. Хотя профессорская деятельность Николая Ивановича и не принадлежит Московскому университету, тем не менее последний имеет право считать его своим, так как Николай Иванович его воспитанник. Значение Н. И. Пирогова как ученого принадлежит всему цивилизованному миру; а литературные произведения его останутся

классическими. Не пришло еще время произнести полную критическую оценку значения маститого нашего хирурга; полагаем, однакоже, что народ, в среде которого родился Пирогов, имеет право сказать: да, мы имеем своего знаменитого учителя хирургии, мы имеем Пирогова.

Вспомним, что в стенах Московского университета учил незабвенный Ф. И. Иноземцев. Это был учитель в высоком, идеальном значении этого слова. Как ученый он был верен своему призванию и убеждениям; как профессор «он обладал даром энергического слова и владел тайною пользоваться юностью, восприимчивостью и никогда незакрытыми для таланта симпатиями своих слушателей».

У некоторых народов есть обычай — разумею главным образом французов — говорить похвальное слово (éloge) сошедшему в могилу общественному деятелю. Смысл этого обычая, между прочим, — поддержание преемственности между отошедшим, отходящим и грядущим поколениями. Только в сознании развитого народа может родиться и окрепнуть мысль о том, что молодое учащееся поколение составляет надежду нации: оттуда естественным образом должно вытекать сознание в обществе высоких своих обязанностей по отношению к учащемуся поколению; оттуда же вытекает и стремление к поддержанию непосредственной преемственности между учащими и учащимися. В похвальном слове многое, может быть, субъективируется, иногда невольно преувеличивается; но в нем сокрыто всегда что-то сердечное, теплое, родное: оно создает духовное единение нарастающего поколения с деятелями отошедшими, оно представляет нам образцы для подражания. И если образцы эти не всегда идеальны в положительном смысле, то нередко представляют немало поучительного и отрицательными своими сторонами. На арене самобытности, самопознавания и самодеятельности приобретает свою долю только тот народ, который умеет ценить своих общественных деятелей и дорожит наследством, ими завещанным.

Одним из весьма заметных деятелей на поприще хирургии в Московском университете был покойный Василий Александрович Басов. Мало общительный и всегда суровый на вид, В. А. имел редкое, мягкое и доброе сердце, что особенно проявлялось в обхождении его с больными из среды простого народа. Внешняя суровая и подчас мрачная оболочка была привита покойному профессору той неприглядной обстановкой тяжелого жизненного пути, по которому пришлось ему проходить для достижения университетского порога. В. А. Басов родился в Орле в 1812 г. Он был сыном мещанина и в раннем детстве лишился отца. Первоначальным воспитанием и учением обязан он был слепому старику — деду своему, по распоряжению которого обучался сначала в орловском уездном училище, а потом в гимназии. Окончив курс гимназии 15 лет,

В. А. хотел поступить непосредственно в университет; но он принадлежал к податному сословию и не имел средств для существования. И вот 15-летний юноша, сгоравший от нетерпения вступить скорее в университетскую аудиторию, столкнулся снова, уже не в первый раз, с горьким испытанием на жизненном пути. Неудачи и испытания не подавляли, однакоже, духа: они возбуждали только энергию в сердце молодого человека к дальнейшей борьбе. Два года он трудился в качестве учителя в частных домах для того, чтобы заработать себе право на существование и учение. В 1829 г. он получил, наконец, увольнительное свидетельство от орловского мещанского общества. И с небольшой суммой денег в кармане, заработанной тяжким двухлетним трудом, молодой человек поступил в медицинский факультет Московского университета. В 1833 г. В. А. получил звание лекаря, в 1834 — ветеринарного врача, в 1835 — медико-хирурга и, наконец, в 1841 был удостоен степени доктора медицины и хирургии.

Докторская диссертация В. А. «De lithiasi vesicae urinariae in genere et in specie de extractione calculi per sectionem perinaei» обратила внимание на молодого ученого не только в России, но и за границей. Основная мысль диссертации внушена была В. А., во-первых, чрезвычайно частым заболеванием каменной болезнью в Москве, а, во-вторых, замечательными успехами оперативного лечения этой болезни в руках тогдашних представителей хирургии в Москве — Гильдебрандта, Рихтера, А. М. Альфонского и А. И. Поля. В. А. был оставлен при университете сначала в качестве помощника прозектора, а позднее в звании прозектора. Это положение было особенно благоприятно для дальнейшего научного развития В. А., потому что давало ему как будущему хирургу возможность заниматься основательно анатомией.

Первые литературные труды его ясно свидетельствуют, что он рано оценил выгоды своего положения и разумно воспользовался ими. Несколько лет сряду он занимался анатомией и производил опыты над животными; последние он первый стал производить в Московском университете.

В 1843 г. молодой доктор отправился за границу для дальнейшего изучения хирургии в иностранных университетах. Вернувшись на родину в 1846 г., В. А. занял место преподавателя хирургии в том же университете, в котором получил свое образование. Чтобы сделать более полезным и наглядным преподавание теоретической хирургии, молодой профессор производил хирургические опыты над животными, а для пояснения своих лекций составил особые таблицы с изображениями хирургических болезней, приготовлял патологоанатомические препараты и слепки. Последние составляют памятники и собственность нашего университета. Но В. А. оставил и более

научные памятники своей ученой и преподавательской деятельности — это литературные труды, напечатанные в разных периодических изданиях.

Вот они:

1) De anate tetrapode commentatio, Mosquae, 1840.

Подробное анатомическое описание уродства молодой утки: утка имела 4 ноги и представляла некоторые уклонения от нормы в строении костей таза, кишечного канала и мочеобразовательных путей. Написано по-латыни.

2) De lithiasi vesicae urinariae in genere et in specie de extractione calculi per sectionem perinaei, cum tab., Mosquae, 1841.

Диссертация читается с большим интересом и до сих пор. Также написана по-латыни.

3) Замечания об искусственном пути в желудок животных — в «Записках по части врачебных наук», С.-Петербург, 1843. То же было напечатано и по-французски.

Имея в виду случайный опыт природы над человеком в наблюдении Beaumont'a, В. А. стал производить искусственный свищ в желудок собак для более удобного изучения желудочного пищеварения. Он подробно описал способ производства операции, ничем почти не отличающийся от ныне употребляемого. Но что особенно замечательно — В. А. тогда уже высказал мысль о возможности образования такого искусственного пути в желудок у человека при развитии в пищеводе новообразований, суживающих просвет его.

4) Новый прибор для лечения перелома заднего отростка локтевой кости — в «Записках по части врачебных наук», С.-Петербург, 1843.

Испробовав в одном случае fracturae transversae olecrani безуспешное применение бинтовых повязок по способу Dupuytren'a, Cooper'a и Wanderburg'a, В. А. выпрямил конечность, сблизил отломки и, уложив конечность в особо заготовленный деревянный ящик, залил разведенным гипсом. Он тогда уже верно оценил достоинство гипса в неподвижных повязках. Тут же он выразил, что, только благодаря абсолютной неподвижности отломка, достигнутой при помощи заливания конечности в гипс, удалось получить костную спайку. Обыкновенно же при переломах локтевого отростка получается спайка волокнистая.

5) О значении хирургии в кругу врачебных наук. «Военно-медицинский журнал», С.-Петербург, 1848.

6) Отрывок из воспоминаний путешественника: о Парижском ботаническом саде; об анатомических собраниях и искусственных препаратах; о медицинском исследовании. В журнале «Москвитянин», 1851 г.

7) О могуществе природы и спасательном соединении ее с хирургией при лечении болезней. «Московский врачебный журнал», 1851 г.

8) О подвздошной жировой грыже; о бродящей внутренней роже. «Московский врачебный журнал», 1851.

9) О слюнном нащечном камне необыкновенной величины и о слюнных камнях вообще. Там же.

Описан у молодой, 25-летней, женщины слюнной камень левого стенонова протока. Камень громадных размеров — представлял unicum: никогда еще не наблюдалось ничего подобного. Длина камня $1^1/_8$ вершка, ширина $^7/_8$ вершка, а толщина $^5/_8$ вершка. Покровы щеки были изъязвлены и камень отчасти торчал из язвы.

По исследованиям проф. Лясковского камень этот состоял из фосфорнокислой и углекислой извести преимущественно, но содержал также весьма ограниченное количество и некоторых других солей (железа и магнезии) со следами белковых веществ и жира.

Василий Александрович по образованию принадлежал тому периоду времени, когда преобладало влияние французской хирургии. Это заметно было, но только в том смысле, что он усвоил себе все, что представляла наилучшая французская хирургия, между прочим, и те систематичность, ясность и живость клинических картин болезней при сжатой и всегда доступной форме изложения, которыми до сих пор отличаются французские ученые. Но никогда не довольствовался В. А. ролью подражателя и слепого поклонника готовых образцов: крепкая северная его натура не поддавалась постороннему влиянию до обезличения. Он всегда оставался характером цельным и самобытным, с богатым запасом внутренних побуждений к самодеятельности. Молодой доктор рано уже начинает производить опыты на животных и делает это в то время, когда о рассечении живых животных никто еще не думал в Московском университете. Как профессор, едва вступив на кафедру, В. А. для большей наглядности в преподавании хирургии производит на глазах своих слушателей хирургические опыты над животными, приготовляет патологоанатомические препараты, рисунки и слепки, и все это делает для того, чтобы придать преподаванию характер наглядности и объективности. В. А. вступил на кафедру тогда, когда субъективный способ исследования больных в клинике был господствующим, и лучшие умы того времени едва начинали указывать на преимущества и необходимость объективного метода *.

---

* См. Мысли *Ф. И. Иноземцева.*

Если представить себе все это, то нельзя не придать высокого значения тем приемам, которыми руководствовался В. А. уже в самом начале профессорской своей деятельности.

34 года преподавательской деятельности посвящено было покойным профессором Басовым Московскому университету, 34 поколения студентов прошли через его аудиторию. Смею думать, что все то, что высказано было мною о В. А., разделяется и всеми бывшими его учениками. Воздадим же признательную дань уважения памяти почтенного деятеля Московского университета: предлагаю почтить память В. А. вставанием с мест *.

Мне остается представить программу, которой я намерен руководствоваться при изложении клинической хирургии. Идеальная постановка клинического преподавания должна бы состоять в том, чтобы вместо 50 кроватей предоставлено было в распоряжение преподавателя по крайней мере 300. Тогда представилась бы возможность подобрать болезненные случаи систематически по известным отделам хирургической патологии и излагать эти отделы по данным образцам болезней. Но эта желательная, идеальная постановка покамест неосуществима: мы должны ограничиваться 50 кроватями. Это возлагает на нас обязанность воспользоваться ими с наибольшей пользой для учащихся. По необходимости придется подбирать по преимуществу случаи, представляющиеся особенно поучительными, и избегать таких, которые, не представляя особого научного интереса, могут занимать клиническую кровать на долгое время. Для того, однакоже, чтобы клиническое изучение имеющихся случаев получило значение по возможности законченного и округленного учения, мы предполагаем сопровождать клинические чтения еще особым систематическим курсом хирургических болезней по известным отделам. В предстоящем академическом году мы предполагаем изложить хирургические болезни головы, лица, шеи и кишечника.

Наглядность составляет непременное условие клинического преподавания. Ввиду этого мы должны развить нашу амбулаторную клинику, которая и будет служить дополнением клиники постоянных больных. Приходящие больные представляют нередко довольно однообразный материал, обусловливаемый бытовыми условиями, характером промышленности, ремесел, обыденных занятий. Но однообразие это только кажущееся, а возможность провести перед глазами слушателей в короткое сравнительно время много хирургических форм заболевания представляет могущественное образовательное средство. Мы предполагаем широко пользоваться и этим средством при клинических наших занятиях.

---

* Все присутствовавшие в аудитории поднялись мгновенно.

ЛЕКЦИЯ, ЧИТАННАЯ В АКАДЕМИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ 21 СЕНТЯБРЯ 1878 г. [2]

Мм. Гг.! вопросом дня в хирургии в течение последнего десятилетия был вопрос о лечении ран. Ему посвящены были исторические изыскания, опытные исследования и клинические наблюдения. При таком многостороннем изучении вопрос о лечении ран выдвинулся на первый план и в настоящем своем виде представляет фокус, в котором отражаются идеи современной патологии и то строго научное направление, которому хирургия обязана своими огромными успехами. Я не опасаюсь, что слишком утомлю ваше внимание, предпослав исторический очерк лечения ран; в этом очерке мы станем на ту точку отправления, которая раскроет нам непрерывную последовательность мыслей, путем которых подготовлена была почва для противогнилостного лечения ран, составляющего эпоху в развитии хирургии.

В древнейшие времена эмпиризм играл существенную роль в медицине и в лечении ран. Всевозможные средства, между которыми многие поражали своею незатейливостью, употреблялись для заживления ран; большинство из них перешло в сборники народных средств и сделалось достоянием знахарей и нашего времени. В лекарственных средствах искали той целебной силы, которая должна была заживлять раны; подобное представление совершенно естественно для того отдаленного времени, когда все непонятное представлялось чем-то чудесным и таинственным; тогда как в то же время применялись уже такие чисто хирургические приемы, целесообразность которых вызывает наше удивление и остается до сих пор незыблемой; возьмем для примера разрез свища, прободение черепа (trepanatio), прободение грудной клетки и некоторые другие операции. Те осложнения ран, которые составляют бичи наших хирургических отделений (рожа, воспаление клетчатки и др.), были известны древним врачам; только причины их они объясняли ядовитостью ран или ядовитыми свойствами их отделений. Ввиду таких соображений для

лечения ран придумывались сложные мази и лекарственные жидкости, в состав которых входили разные бальзамы, смолы, вино (спирт), металлические соли, предназначавшиеся для уничтожения предположенной ядовитости их; с этой же целью употреблялось позднее выжигание огнестрельных ран раскаленным железом или кипящим маслом.

Всего легче можно составить себе представление о лечении ран в отдаленное от нас время, приведши слова древних французских хирургов, которые, окончив трудную операцию, обыкновенно говорили: «L'opération est faite, Dieu le guérira». Врач производил операцию, но он был бессилен предотвратить те случайности, которые могли осложнить рану, и не только рану случайного происхождения, но и всякую правильную, нанесенную рукой хирурга ввиду известных терапевтических целей.

Более пытливые умы не довольствовались однакож подобными объяснениями осложнений ран и не хотели оставаться беспомощными наблюдателями. Доискиваясь ближайших причин этих осложнений, они пытались объяснить себе сущность их, и все чаще и чаще стали раздаваться голоса о вредном влиянии воздуха на заживление ран. Это вредное влияние некоторые врачи приписывали действию кислорода воздуха или каким-то посторонним примесям к нему. Знаменитый хирург XVI столетия Ambrosius Paraeus писал в своей хирургии: «Ergo salubris ille demum aër estimandus est, qui serenus, tenuis, purus, et in omnem partem liber et patens existit, qui procul abest ab omni cadaverosa caesorum animantium, aliarumve quarum libet rerum putrentium inquinatione, qui longe dissitus est astagnis, paludibus etc».

Подобные заявления, не имевшие фактической почвы, оставались в области гадательных предположений. На основании их тем не менее прибегали к употреблению всяких весьма сложных мазей, в состав которых входили бальзамические, смолистые начала и разные другие снадобья; мази приготовлялись при помощи разлагающихся жиров. При посредстве этих мазей вносились в раны вещества, которые вредно влияли и препятствовали заживлению их. Врачи же не замечали всего этого и наперекор логике старались изобретать еще более сложные мази, как будто бы в них-то и заключалось спасение.

В 1809 г. Керп (в Вене) выступил с совершенно противоположным взглядом на дело лечения ран. Протестуя против существовавших в то время приемов вообще, он перестал употреблять мази, фабрикованные ad schedulam longissimam; далее он стал отвергать всякое лечение ран и ограничивался тем, что орошал рану тепловатой водой два раза в течение суток, на остальное же время прикрывал ее куском ветоши, смоченным в чистой воде. Это было начало открытого лечения

ран, способа, окончательно разработанного Burow'ым в 20-х годах нашего столетия.

Между тем все настойчивее твердили о вредном влиянии воздуха на раны, в воздухе предполагался источник всех неблагоприятных осложнений ран. Как бы в ответ на эти заявления стали делать попытки лечить раны вне влияния атмосферного воздуха. Первые подобные попытки сделаны были во Франции; но методы, предложенные с этой целью, так мало соответствовали сущности требования и были так неудовлетворительны, что не могли найти широкого применения. Так, Jules Guérin предложил лечить раны в безвоздушном пространстве. Он придумал для этого род цилиндрического из каучука мешка, который надевался плотно на культю ампутированного члена. Соединив мешок с пневматическим насосом, выкачивают из него воздух. Рана остается, таким образом, вне влияния атмосферного воздуха; но в то же время она находится и вне атмосферного давления, так что в ней поддерживается состояние сильной гиперемии. При этом методе, однакож. никогда не получается абсолютно безвоздушное пространство. Еще нужно заметить, что каучуковый мешок легко налаживается на культю ампутированного члена; но не легко наладить его на рану, находящуюся где-либо на голове или на туловище.

Bouisson предполагал устранить влияние воздуха на рану иным путем — он иссушал поверхность раны. Сильная струя сухого воздуха, пущенная на поверхность раны, увлекает частицы влаги и способствует образованию струпа на поверхности ее. Струп составляет естественную покрывающую повязку, защищающую рану от влияния воздуха. Заживление раны происходит под струпом. Способ Bouisson'a есть подражание естественному заживлению небольших раненых поверхностей. Применение его в больших размерах представляется практически неосуществимым.

Alphonse Guérin, наконец, придумал свою ватную повязку, которая также предназначалась для устранения влияния воздуха на рану. Она представляет фильтр для воздуха, приходящего в соприкосновение с раной; фильтр приготовляется из такого вещества (ваты), которым естествоиспытатель пользуется для фильтрования воздуха при самых тонких опытах. Свежая рана обмывается камфорным спиртом; затем покрывается несколькими слоями ваты, обхватывающими культю далеко повыше раны. Все закрепляется оборотами бинта. Ватная повязка меняется через 4 или 5 дней.

Нельзя не видеть в историческом развитии способов лечения ран преемственной последовательности и зависимости их от основной идеи: в окружающей нас среде, в атмосферном воздухе, заключается источник осложнения ран. Эта идея, подкрепленная успехами

микологии, вызвала противогнилостный метод лечения ран, составляющий одно из величайших приобретений в хирургии. С этим методом соединено имя Lister'a. В основании листеровского метода лечения ран положена карболовая кислота. Может быть, впоследствии найдены будут и другие равносильные средства, но покамест употребляется почти исключительно карболовая кислота как средство, в свойствах которого всего легче найти ответ на все теоретические вопросы о причинах осложнения ран. Lemaire первый указал на значение карболовой кислоты по отношению к низшим организмам. Опыты же Pasteur'a послужили руководящей нитью для первых попыток Lister'a, который стал на точку отправления Pasteur'a и допустил, что причина осложнения ран обусловливается присутствием зародышей низших организмов (coccobacteria) в атмосферном воздухе. Он принялся за опыты, задачей которых было уничтожить влияние этих организмов на раны. Для этого взята была карболовая кислота. Сначала употреблялись водные растворы ее различной крепости; далее, соединение карболовой кислоты с маслом; позднее из масляной смеси карболовой кислоты с порошком мела приготовлялось тесто — карболовое тесто, которое употреблялось отдельно или вместе с цинковыми и свинцовыми листами для герметического закупоривания ран. Путем таких долгих и сложных опытов и проб Lister дошел до современного метода лечения ран, идея которого состоит в уничтожении низших организмов в воздухе, прилегающем к ране непосредственно. Для этого употребляются только водные растворы карболовой кислоты. Растворы должны представлять такое процентное содержание карболовой кислоты, которое убивало бы жизнь низших организмов и в то же время не раздражило бы раны. Lister употребляет водные растворы карболовой кислоты следующей крепости: 1%, 2%, 3% (для парового оросителя Segl'я) и 5%. Для перевязки сосудов и для сшивания ран он употребляет только струнную нить, приготовленную особым образом. Обмыв рану 5% раствором карболовой кислоты и образовав над ней слой атмосферы, насыщенной парами 1% или 2% раствора карболовой кислоты, приступает к перевязке ее. Рана покрывается непосредственно слоем тафты (protective silk), причем имеется в виду, чтобы слой перевязки, лежащий на ране непосредственно, не раздражал бы ее, а защищал бы от раздражающего влияния карболовой кислоты. После тафты следуют 8 слоев Lister'овской марли в таком порядке, что между двумя верхними слоями вставляется непроницаемая ткань — makintosh. Тафта покрывает только рану. Слои марли заходят за края раны на несколько сантиметров для того, чтобы стекающая с поверхности раны жидкость проходила через многие слои обеззараживающей марли и не подвергалась бы

преждевременно разложению. Все части повязки непременно карболизованы.

При этом методе лечения достигается безгнилостное заживление ран, и не только на свежих ранах, но иногда и на гноящихся уже. Для обеззаражения гнойных полостей и застарелых свищей прибегают к обмыванию их раствором Zinci chlorati (1 часть на 12 частей воды); затем орошают 1½% или 2% раствором карболовой кислоты и накладывают листеровскую перевязку.

Листеровская перевязка дорога. Накладывание ее сложно и хлопотливо. Ввиду этого делаются беспрерывно попытки заменить ее более дешевою. Thiersch предложил для орошения ран раствор Acidi salicylici (1 часть на 300 частей воды), а для перевязки салициловую вату 10% содержания непосредственно на рану и 5% для верхних слоев перевязки. Сделаны и другие попытки, как, например, применения камфорного спирта вместо карболовой кислоты, тимола * и др. Приемы противогнилостного метода лечения могут еще меняться и разнообразиться до бесконечности; но в науке останется факт величайшего приобретения нашего времени — безгнилостное заживление ран.

История медицины не представляет ни одного периода, успехи которого можно было бы приравнять к громадным успехам хирургии в течение последних двух десятилетий. Она обязана успехами своими преимущественно трем изобретениям: введению анестезии в хирургическую практику, обескровлению оперируемых членов и, наконец, противогнилостному способу лечения ран. Эти три открытия произвели совершенный переворот в хирургической терапии и придали ей тот отпечаток, который отличает ее радикально от терапии прошлых времен. Еще недавно полость брюшины представлялась недосягаемой для хирургического ножа, она была для хирурга «noli me tangere»: теперь мы вскрываем эту обширнейшую серозную полость для удаления из нее новообразований, и это составляет одну из обыденных наших операций. Для современной хирургии не представляется утопией такая мысль, как радикальное лечение грыжи, вскрытие брюшной полости для наложения шва на раненый кишечник и пр. Ввиду всего этого, многие статистические приемы, которыми мы пользовались для сравнительной оценки, например, разных методов хирургического лечения, теряют свою цену: приходится собирать новые данные при новых способах лечения, которые дают совершенно отличные результаты. Возьмем для примера операцию выпиливания коленного сустава: при

* Rp. Thymolis 1,0.
Alcohol. 10,0.
Glycerhini 20,0.
Aqu. destill. 1000,0.

прежних различных способах последовательного лечения она давала всего до 20% выздоровления, а при способе безгнилостного заживления ран дает 80% выздоровления. То же можно сказать и о многих других операциях, о безгнилостном заживлении сложных переломов костей и др.

Мы только что окончили войну. Война застигла нас в тот период брожения, когда новые идеи в хирургии получили более или менее право гражданства, но не установились еще вполне. Тем не менее новые идеи должны были отразиться на нашей хирургической деятельности, и тем более, что представители хирургии всех наших медицинских факультетов явились деятелями на театре военных действий. Влияние новых начал хирургии было заметно в самых широких размерах, начиная от первоначального ухода за раненым и кончая хирургической операцией.

1) На обоих театрах военных действий, и в Европе и в Азии, врачи руководствовались более или менее той основной мыслью, что всякое излишнее раздражение, вносимое в огнестрельную рану, положительно вредно. Оттуда крайнее ограничение механического исследования ран помощью пальца или зонда; в огромном большинстве случаев подобное исследование признавалось лишним, и это делаемо было к величайшей выгоде раненых. Не исследовать огнестрельной раны пальцем или зондом, значит итти по пути безгнилостного заживления раны. Военно-полевая хирургия представляет очень много фактов заживления огнестрельных ран мягких частей под струпом, заживления под струпом безгнилостно сложных огнестрельных переломов костей, проникающих ран больших полостей туловища, сочленений. Подобные факты невозможны в тех случаях, когда рана исследуется зондом или пальцем: открывается доступ атмосферному воздуху в полость раны, вслед за чем наступает нагноение и гнилостное разложение. Этот благоразумный прием при первом уходе за раненым составляет одно из приобретений хирургии, гармонирующих вполне с требованиями противогнилостного лечения ран.

2) Неподвижные повязки во всевозможных видах находили самое широкое применение; преследовалась мысль применения неподвижной повязки по возможности в первое время и особенно в тех случаях, когда раненый должен был подвергнуться перевозке на большее или меньшее расстояние. Покой раненого члена, достигаемый при помощи неподвижной повязки, имеет большое значение в хирургической терапии; но неподвижная повязка получает еще огромное значение как весьма важный прием противогнилостного метода лечения. Пример всего лучше выяснит дело. Сложный огнестрельный перелом заживает под струпом; заживление протекает безгнилостно до тех пор, пока струп цел. Но при смещении осколков перелома разрушается струп и образуются в ране

свободные пространства, воздух проникает в них, и начинается нагноение и гнилостное распадение излившейся крови и размятых тканей. Неподвижная повязка устраняет возможность подобного случайного осложнения.

3) Иногда применялся листеровский метод лечения огнестрельных ран во всей его строгости. Результаты оправдали самые смелые ожидания. Если метод применялся непосредственно после ранения и строго проводился, то очень часто достигалось безгнилостное заживление огнестрельных ран.

4) Открытое лечение ран применялось нередко после операций и преимущественно после ампутаций. Если достоинства этого способа лечения ран и не выяснились окончательно, то получена была возможность сравнения его с другими способами и доказано преимущество его перед прежними старыми способами перевязки ран.

5) Собственно оперативное пособие на театре военных действий подчинено было более строгим научным требованиям. Всегда производилось сортирование раненых и соответственно ему применялось врачебное пособие и непосредственное производство операции в тех случаях, где она была показана.

а) Ампутация поставлена была в более точные рамки показаний; точно определены были пределы для первичной ампутации, а вторичная производилась только там, где наступал предел сберегательного лечения.

б) Ампутация, вылущения и некоторые другие операции производились на обескровленных конечностях.

в) Распил кости при ампутации покрывался часто лоскутом надкостницы, и этот прием во многих случаях способствовал скорейшему заживлению раны и, может быть, уменьшению числа случаев позднейшего выделения секвестров после ампутации.

6) Новые приемы хирургической терапии предполагают, между прочим, употребление карболизованной струнной нити. Последняя война дала возможность собрать материал, на основании которого можно будет, может быть, разрешить вопрос о целесообразности исключительного употребления струнной нити при перевязке артериальных сосудов.

Естественное желание быть точным побуждает меня ограничиться этими краткими и общевыраженными определениями врачебной нашей деятельности на войне. Материалы еще не собраны, цифровых данных нет.

Я не могу окончить настоящей беседы, не упомянув еще о двух фактах, которые будущий историк развития нашего врачебного дела не минует отметить. Первый факт состоит в том, что во время только что оконченной войны не чувствовалось недостатка в военных врачах в такой мере, как бывало это во все прежние войны, и что на обоих театрах

военных действий, как в Европе, так и в Азии, действовали исключительно русские врачи. История всех наших войн свидетельствует, что иностранные врачи наводняли наши армии; даже во время крымской войны 1853—1856 гг. правительство вынуждено было пригласить для действовавшей армии больше 100 иностранных врачей из Америки и Германии. Большинство из приглашенных врачей не удовлетворяло самым скромным требованиям: вербовали кого попало. Да и сведущие между ними приносили мало пользы, они не знали русского языка. А между тем крайняя эта мера сопровождалась нарушением одного из прекраснейших наших узаконений, на основании которого всякий иностранный врач получает право практики в нашем отечестве только тогда, когда выдержит испытание и получит диплом на звание врача в одном из отечественных медицинских факультетов или в медико-хирургической академии.

Второй факт представляет контингент специально подготовленных полевых хирургов, которые впервые функционировали в действующих наших армиях. Они пользовались большими служебными правами. 29 августа 1869 г. состоялся приказ, который все мы радостно приветствовали в свое время как факт важного прогрессивного приема со стороны военно-врачебного управления. На основании приказа молодые врачи, прослужившие некоторое время в военном ведомстве и успевшие изучить военно-врачебное дело, получали право возвратиться в медицинские факультеты для специального хирургического образования. При медико-хирургической академии был учрежден особый институт для специального хирургического образования молодых врачей, и в течение 8 лет из этого института выпущено было большое число врачей со званием полевого хирурга. Прекрасная мысль, лежащая в основании учреждения института полевых хирургов, не могла быть осуществлена вполне плодотворно. Программа института требует, чтобы молодые врачи окончили специальное свое образование в течение одного года. В это время они обязаны прослушать курс хирургической анатомии, курс оперативной хирургии (демонстративно на трупе) и посещать академическую хирургическую клинику. 40 хирургических кроватей, предназначенных для студентов 4-го курса, приходится эксплуатировать еще и в пользу полевых хирургов, курс которых ежегодно представляется в числе 20 или 30 человек. В этом мы видим самый существенный недостаток института полевых хирургов, — они не имеют возможности получить достаточную клиническую подготовку. Очевидно, что клинические средства, предложенные для образования полевых хирургов, слишком недостаточны; необходимо их расширить. Мы полагаем, что программа преподавания могла бы остаться та же самая, но в распоряжение института полевых хирургов следует отдать

одно из многочисленных больничных учреждений в столице. Здесь будущие полевые хирурги одновременно с теоретической подготовкой должны получить и практическое клиническое образование, занимаясь не менее двух лет в хирургических отделениях в качестве ординаторов. Им должно быть предоставлено право вполне самостоятельной деятельности и оперирования под руководством преподавателя.

Армия нуждается во врачах; она нуждается и в специально подготовленных врачах, и преимущественно в хирургах. Институт полевых хирургов может служить рассадником хирургов и пополнять потребности армии. Ведь армия нуждается в хирургах не только в военное, но и в мирное время. Другим рассадником хирургов могли бы служить все хирургические клиники империи, при которых военное ведомство могло бы иметь своих питомцев в качестве ассистентов. Такие ассистенты, меняясь каждые два года, например, составили бы в течение нескольких лет контингент вполне подготовленных хирургов, которыми военное ведомство могло бы располагать в военное время. А так как не все молодые врачи остаются в военном ведомстве пожизненно, многие из них через некоторое время становятся земскими, городовыми врачами, вообще общественными деятелями на поприще медицины, то понятно, что поддержание и усовершенствование института полевых хирургов получают громадное образовательное значение. Мы должны дорожить этим учреждением, в котором врач получает возможность дальнейшего развития и усовершенствования. Здесь мы выразили только скромное желание, чтобы институт полевых хирургов гармонировал вполне с той мыслью, которая положена была в основании его учреждения, и представил бы более широкие средства для хирургического образования молодых врачей.

ОДНА ИЗ НУЖД НАШЕГО ВРАЧЕБНОГО ОБРАЗОВАНИЯ [3]

В древности врач представлял случайное явление в обществе. Среда, в которой он вращался, едва замечала его присутствие, и врачебное сословие не составляло необходимого, органически связанного с общим строем жизни звена. Иной был тогда строй жизни, другие были требования. Недуг ли поражал человека, являлось ли общественное бедствие в виде повальных заболеваний — темный народ искал спасения в суеверных, полных таинственности приемах врачевания, в жертвоприношениях или устремлялся под кров храма, где амулеты и разные символические знаки предлагались к его услугам: ведь чудодейственная сила этих вещественных знаков стояла вне всяких сомнений. Хотя амулеты не вполне забыты и в наше время, в общем строе современной жизни культурных народов врач составляет одно из существенных и необходимых звеньев, и нельзя себе представить правильно организованного общества, нельзя себе представить стройной жизни государства вне теснейшей связи элементов его с врачебным сословием.

Когда на развалинах древней Римской империи постепенно обозначилась та громадная мировая арена, на которой стали обособляться народности, все заметнее стали выступать индивидуальные свойства государств. Получив зачатки одной и той же общей культуры, ставшей их достоянием, государства эти в дальнейшем своем самостоятельном развитии отразили на ней влияние характера народности, бытовых ее особенностей, климата, географического положения страны. Под влиянием этих условий выработался тот строй жизни, который преимущественно выразился в школе вообще и в умственной деятельности народов. Разве университетская жизнь во Франции походит на жизнь немецкого университета? А как резко отличается замкнутая деятельность английской высшей школы от живой, будничной, повседневной работы в лабораториях немецкого университета! Наши русские университеты сложи-

лись по образцу немецких, а в новом университетском уставе 1884 г. сделана дальнейшая попытка придать строю внутренней жизни наших университетов полнейшее сходство с тем, что делается в немецких университетах. Хотя, таким образом, и достигнется, может быть, главная цель — основы университетского строя будут одни и те же для обеих народностей, нельзя сомневаться в том, однако же, жизнь русского университета все-таки не будет походить вполне на жизнь университета немецкого. В борьбе за право существования каждый народ развивает собственные творческие силы, постепенно доходит до сознания необходимости самостоятельной работы над самим собой, стремится удовлетворить свои потребности. В этом стремлении и в способах его осуществления выражается одна из существенных черт характера народного. Возьмем для примера Англию. Кроме общих медицинских школ, она имеет еще особые специальные школы, в которых подготовляются врачи для службы в колониях. Ввиду определенных целей возникают естественно такие соображения, которые побуждают правительство Англии проявлять особенную заботливость о надлежащем организовании врачебной помощи в своих колониях. Да ведь во всяком другом государстве делается приблизительно то же самое. Посмотрите, сколько забот прилагает Германия для образования корпуса военных своих врачей и какие значительные денежные средства затрачивает на подготовление их в особых специальных учреждениях! В России выработался тип земского врача. Тип подобного врача не существует ни в какой другой стране. В последние годы не раз поднимался вопрос о возможности сделать диплом врача международным и предоставить врачу пользоваться правами своего профессионального положения одинаково, без ограничений во всякой стране. Возможно ли это вообще или по крайней мере в данное время? Допустивши равноправность врачебного диплома всех стран, мы спрашиваем: какое дело, например, немецкому врачу до тех потребностей, которые выливаются из жизни русского народа и которые послужили канвой для создания типа земского врача?

Совершенствование общества и поступательное его развитие совершаются тем правильней, чем ровнее идет развитие творческих сил народа и чем глубже проникается он сознанием необходимости самостоятельной работы над самим собою. Германия щедро выдает миллионы на сооружение врачебно-образовательных учреждений и клиник. После войны 1870—1871 гг. одним из первых шагов на поприще культурного завоевания со стороны Германии было устройство образцовых врачебных институтов и клиник в Страсбурге. На эти учреждения Германия выдала десятки миллионов! Франция старается не отставать от Германии на поприще соревнования; и даже всегда сдержанная Англия тронулась, и готова сделать уступ-

ку современному течению идей; и она подумывает о переустройстве своих больниц и клиник. А мы что сделали? Покамест мы можем с понятным чувством достоинства указать на две наши врачебные школы: Военно-медицинская академия и медицинский факультет Московского университета обладают образцовыми врачебно-образовательными учреждениями, которые должны быть поставлены наряду с самыми лучшими подобными учреждениями Европы. Но этого недостаточно: нам необходимо заложить еще новые врачебные школы. Обширность пределов нашей родины и громадность расстояний между отдельными образовательными центрами составляют тяжелый тормоз для нашего культурного развития, и хотя железная дорога и телеграфная проволока смягчают несколько влияние этого тормоза, все-таки долгое еще время придется нам ощущать гнет его. Нам необходимо создание новых врачебно-образовательных центров, и чем больше будет таких центров, тем менее будет чувствоваться неудобство от громадных наших расстояний. Как врач и университетский преподаватель я позволю себе остановить внимание на одном болезненном явлении из жизни врачебного нашего сословия. Молодой врач на первых же порах практической своей деятельности, одолеваемый сомнениями, стремится попасть в университетский город. Это очень обычное явление в современной нашей жизни. Побудительная причина такого стремления — желание освежиться и пополнить свои знания. Но в этом стремлении к университетской среде выражается одна из нужд врачебного нашего сословия; оно вытекает, очевидно, из бытовых условий и географического положения нашей страны, и нужда эта сознается не только сословием врачей, она сознается и правительством, хотя признание ее не вылилось еще в определенное выражение. Посмотрите на постоянно возрастающее число молодых врачей, остающихся при университетах после окончания курса; посмотрите на десятки военных врачей, которых военное ведомство посылает ежегодно в Военно-медицинскую академию для усовершенствования; то же самое делает медицинский департамент министерства внутренних дел, прикомандировывая своих кандидатов к медицинским факультетам наших университетов; в Петербурге учрежден клинический институт в. к. Елены Павловны для усовершенствования врачей; недавно в печати поднят вопрос об образовании еще одного нового врачебного института, предназначаемого тоже для усовершенствования врачей. Это ли не доказательство назревшей общественной потребности? Русский врач, нередко бедняк, ищет по необходимости заработка немедленно по окончании курса. Раз приютившись где-либо, он, по причине разобщенности образовательных наших центров, остается оторванным от круга умственной деятельности. Жажда общения с культурной средой томит его, является внутренняя

борьба, под гнетом которой многие, быть может, изнемогают, не добившись своих благородных и чистых стремлений. Кто из присутствующих здесь врачей не помнит тех тяжелых дум, сомнения и неуверенности, которыми сопровождаются обыкновенно первые шаги начинающего свой тяжелый подвиг служения ближнему врача? А между тем нельзя же думать, что русский врач роковым образом должен переживать эти тяжелые минуты в своей жизни. Не безвыходное же это положение! Разумеется, нет. Суровая среда и неприветливая обстановка, при которой подчас приходится действовать врачу, требуют, чтобы он окреп вполне, прежде чем выступить на поприще самостоятельной деятельности. Давно уже сознается настоятельная необходимость усилить практическое преподавание медицины и отвести побольше простора клиническому образованию врача. Где же найти средства для удовлетворения этой необходимости? В провинциальных наших университетах размеры клиник так скромны, что далеко не соответствуют потребностям преподавания. Ввиду этого, я полагаю, каждому молодому врачу сделовало бы по окончании курса пробыть по крайней мере еще два года в клинике, больнице или госпитале. Только после этого срока, проведенного в качестве ординатора, под руководством опытных наставников в лице больничных консультантов он выступает деятелем в частной практике, на государственной или общественной службе. Такое продление клинической подготовки дало бы возможность врачу окрепнуть, и, смотря по обстоятельствам, специализироваться в той или другой отрасли врачебных знаний. Что осуществление этого плана возможно, в том я никогда не сомневался и имел честь поднять этот вопрос в 1878 г., будучи профессором Медико-хирургической академии. Мне думается, что прежде всего необходимо в столицах и во всяком университетском городе так или иначе связать с медицинским факультетом все существующие врачебные учреждения (больницы, госпитали, лазареты и др.): учреждения эти должны служить продолжением университетских клиник, предназначаемых для образования врача. Раз эта мера будет проведена, осуществить остальное уже не трудно.

Я предвижу возражения, но возражения могут касаться только частностей и подробностей проведения этой меры в жизнь. Думаю, что против основного положения, целесообразности его и плодотворности для врачебного нашего образования, трудно представить веские возражения. Благо нашего врачебного сословия и нужды культурного развития нашего отечества требуют настоятельно поддержки в указанном направлении.

РЕЧЬ ОБ УСПЕХАХ ХИРУРГИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОТИВОГНИЛОСТНОГО МЕТОДА [4]

Речь моя коснется слишком специального предмета. Но хирургия представляет одно из лучших и нагляднейших применений науки к жизни и является тем отделом знаний, который стоит на самых прочных основах биологии, на данных анатомии и физиологии. Задача настоящего съезда возлагает на говорящего нравственное обязательство избрать предметом слова вопрос, почерпнутый из обширной области биологических знаний. Я остановлюсь на одном из вопросов хирургии, этого прекрасного отдела врачебных наук, требующего от представителей своих и научных знаний, и особого уменья приложить их к делу. То и другое должно быть в равновесии. Но прошел очень длинный период времени, пока установилось это равновесие, представителем которого является современный научный хирург. В древности врач совмещал в себе знание всех отделов медицины. Но в силу особых условий культуры в позднейшее время выделилось сословие хирургов-специалистов, и хирургия попала в руки ремесленников, хотя и считавшихся врачами, но не получивших никакого научного образования: на их стороне была техника хирургическая, на стороне докторов — научные знания. Естественно, что проистекшая из такого сопоставления борьба двух лагерей должна была вызвать взаимное ожесточение, под влиянием которого долго, очень долго хирургия не допускалась в университетскую аудиторию. Хотя в итальянских университетах уже в конце XVII в. допущено было преподавание хирургии с университетских кафедр, в средней Европе, однако, такое снисхождение по отношению к хирургии обнаруживается едва во второй половине XVIII в. А как было обставлено преподавание хирургии в то время, можно судить по тому, что профессор хирургии в Göttingen'ском университете, известный в свое время физиолог и поэт Albert v. Haller, не без достоинства заявил, что ни одного раза в своей жизни не погрешил

производством какой-либо операции на живом человеке из опасения нанести вред больному.

Я не намерен излагать историю развития хирургических знаний. Это было бы слишком утомительно для слушателей. Но я раскрою только одну страницу этой истории, чтобы на темном фоне ее рельефно выступило значение той светлой идеи, которая лежит в основании современного прогресса хирургии.

Не без удивления останавливаемся мы перед памятниками древней египетской культуры, начало которой должно быть отодвинуто на 1 700 лет до р. Хр. Хирургические инструменты того времени, правда, несовершенны, изготовлялись большей частью из бронзы, но мы находим указания, что при помощи этих инструментов производилось низдавление катаракты, ампутации, вставлялись искусственные зубы, о чем свидетельствуют мумии.

Еще большее удивление вызывают памятники древнеиндийской культуры. Индийские врачи в отдаленнейшую эпоху, за 1 500 лет до р. Хр., производили ампутации, иссечение распухших лимфатических желез и разных опухолей, причем предостерегали, что не следует смешивать грыжи с другими опухолями. Самая же блестящая сторона индийской хирургии выразилась в производстве чревосечений при ущемлении кишок, в наложении кишечного шва и производстве пластических операций восстановления носа, губ, ушной раковины и пр. Всем культурным народам древнего мира, наконец, известна была операция иссечения мочевых камней.

Как высоко стояла хирургия в древней Греции и Риме, можно судить по тому, что в то время уже считалось необходимым иметь военных хирургов при армиях (см. у Ксенофонта). Римская культура еще в III и IV вв. выставила таких хирургов, как Celsus, Antyllus; обширные знания первого и предприимчивость второго поражают современного исследователя. Antyllus обессмертил свое имя, создавши особый способ лечения аневризм, — способ, применение которого возобновлено только во второй половине XIX в., когда точные анатомические знания стали общим достоянием врачей.

Наступил темный период культуры средних веков, когда практическая хирургия стала ремеслом и попала в руки людей, не получавших никакого научного образования. Только с XVI в., которому наука обязана, между прочим, самыми блестящими открытиями в области анатомии, начался подъем хирургических знаний. Это — время пробуждения европейских народов и начало возрождения наук. С этого времени становится заметным влияние анатомии и физиологии на развитие хирургии. Влияние это обозначилось прежде всего в Италии, а потом преимущественно во Франции. Совершился необычайный поворот мысли: еще недавно считалось, что позорно

ученым докторам заниматься практической хирургией; теперь же наиболее выдающиеся умы с жаром отдались изучению этой отрасли наук, составляющей божественное искусство, по выражению писателя *. И скоро хирургия, примкнувшая тесно к анатомии и физиологии, выдвинула из среды своей строго анатомической школы целую плеяду самых блестящих деятелей. Это были французские хирурги начала XIX в. — Dupuytren, Malgaigne, Roux, Velpeau и др.

С увеличением числа хирургических кафедр стал подниматься уровень хирургических знаний, возрастало число представителей хирургии, хирургическая техника достигла высокой степени развития, особенно в школе французских хирургов; но далеко не возрастало наравне с этим значение хирургической операции как приема терапевтического. Оперировали много, особенно в период постоянных войн в Европе, но исходы операций были не блестящие. Люди, наиболее свободные от предвзятой мысли, стали задумываться над значением печальных фактов. Уже в XVI в. (1518—1574) Würtz писал, что опасность от ранной лихорадки (гнойного заражения) равна опасности от чумы. Позднейшие свидетельства не менее назидательны. Статистика последних войн показала всю ужасающую неприглядность плодов деятельности самых выдающихся хирургов. Все до сих пор веденные войны показали, что на полях сражения остается жертв гораздо меньше, чем в госпиталях; здесь умирает несравненно большее число воинов от эпидемических болезней и разных осложнений ран — в виде гнойного заражения, госпитального омертвения и др. Взгляните на исходы операций во время крымской войны, австрийско-прусской или, наконец, прусско-французской 1870—1871 гг.: ампутации бедра, например, давали от 60% до 95% смертельных исходов. Далее этого трудно себе представить что-либо. Самая совершенная хирургическая техника, безукоризненное исполнение операции в руках ловкого хирурга при помощи хлороформа не всегда могли обеспечивать благополучный ее исход. Исход всякой операции находился в зависимости от случайных осложнений, а борьба с этими осложнениями оказывалась бессильной.

Знаменитый хирург Франции Dupuytren лежал на смертном одре; он умирал от гнойного скопления в грудной полости. Друзья, собравшиеся вокруг страдальца, предложили ему подвергнуться операции прокола грудной клетки. Великий хирург Франции, хирург, решившийся впервые на живом человеке вонзить нож в мозг для извлечения из него гноя, этот лучший представитель медицинских знаний своего времени, с грустной улыбкой ответил: «J'aime mourir de la main de Dieu plutôt, que

* Die Chirurgie ist die göttliche Kunst, welche es mit der heiligen und schönen Menschengestalt zu thun hat, u. s. w. Gregorowius, Göthe's Wilh. Meister in sein. soc. Elem. entwick., Königsberg., 1849, S. 182.

de la main du médecin». Dupuytren очень хорошо сознавал, что последствия операции не в руках оператора; он помнил изречение своего же соотечественника, в свое время не менее знаменитого хирурга, Ambroise Paré: «L'opération est faite, Dieu te guerira» *, и отклонил пособие, предложенное друзьями. Какое тяжелое впечатление должно было произвести это признание несостоятельности хирургической помощи в устах самого блестящего представителя хирургии! Каким подавляющим чувством должно было оно преисполнить сердца друзей, почитателей и учеников знаменитого хирурга-учителя! А между тем вскрытие грудной клетки при гнойных в ней скоплениях составляет в наше время операцию, производимую чуть ли не ежедневно не только в больницах столицы, но и в больницах отдаленнейших провинциальных городов.

Таково было положение хирургического дела в начале текущего столетия. Началась работа мысли, долго путавшейся в лабиринте умозрений и теорий, пока опытные исследователи не представили фактической точки опоры. Опыт показал, что причина ранной лихорадки находится в отделениях самой раны: отделяемое раны, подвергаясь разложению, всасывается в кровь и вызывает и ранную лихорадку, и целый ряд других осложнений, нередко убивающих оперированных больных. Впрыскивая гнилостные вещества в кровь животным, можно вызвать у них гнилостную лихорадку различной напряженности; такая лихорадка обыкновенно убивает подвергаемых опыту животных. Казалось бы, после этого выяснились вопросы, подлежавшие научной разработке. В отделяемом раны находится причина ранной лихорадки; при разложении или гноении отделяемого раны развивается то ядовитое начало, под влиянием которого обнаруживаются и лихорадка, и все другие осложнения. Следовательно, необходимо воспрепятствовать образованию ядовитого начала, разрушить его, если оно успело уже образоваться, и помешать проникновению его в кровь. Кажущиеся простота и ясность вопроса не скоро, однако же, привели к разрешению загадки, может быть, потому, что для разрешения ее, вопреки логике, стали подходить с конца.

Вместо того, чтоб помешать развитию яда и соприкосновению его с раненой поверхностью, все заботы обратили на то, чтобы воспрепятствовать проникновению заразных начал в кровь. С этою целью стали изобретать приспособления для лечения ран в безвоздушном пространстве (J. Guérin): культи ампутированных конечностей заключались в особые каучуковые мешки, из которых выкачивали воздух; вместо острого ножа при операциях стали употреблять раскаленное железо и едкие вещества (cauterisation en flêches); изобрели экразер

* Изречение это А. Paré обыкновенно произносил как бы в утешение каждому оперированному им больному.

для отщемления тканей: все это придумывалось с целью помешать проникновению яда в кровь. А оперированные между тем все-таки умирали от гнойного заражения и гнилостной лихорадки. Одного не замечали,—что условия развития заразных начал и соприкосновения их с раненными поверхностями оставались все те же. Поистине, это время было временем крайнего упадка хирургической техники, подпавшей феруле заблудившейся мысли.

В начале 60-х годов скромный труженик, работавший в небольшом госпитале провинциального города в Шотландии, остановился на мысли: почему при простых переломах костей выздоровление наступает без лихорадки, при сложных же, т. е. открытых, всегда наблюдается нагноение, лихорадка и нередко смерть? Вдумываясь в это явление, он пришел к заключению, что всякая рана должна заживать чрез первое натяжение, без нагноения; все осложнения ран зависят от заразного начала, зародыши которого носятся в атмосферном воздухе. Заключения эти построены были под влиянием идей Pasteur'a. Знаменитый опыт Pasteur'a, давший толчок для развития учения о влиянии бродильных начал гниения, состоит в следующем: наливается свежая моча в две склянки, тщательно заткнутые пробкой и снабженные открытыми стеклянными трубками; трубка первой склянки обращена прямо вверх, трубка второй — изогнута книзу. В склянке с отвесной трубкой наступает разложение мочи через сутки или двое суток; в склянке же, снабженной коленчатой трубкой, моча не разлагается в течение нескольких недель. В той и другой склянке воздух проникает до мочи; но, очевидно, не воздух составляет причину разложения ее, а примесь к воздуху особых бродил (микроорганизмов), которые в силу физического закона падают отвесно и проникают через волосное отверстие трубки первой склянки до мочи; они не могут западать в склянку с изогнутой трубкой. Пораженный простотою и наглядностью этого опыта, уверовав в существование бродильных начал в воздухе, начал, составляющих исключительную причину разложения и гниения органических веществ, Joseph Lister с железной настойчивостью стал работать в этом направлении. Он создал обезгниливающий способ оперирования и лечения и выработал классическую противогнилостную повязку. Нет надобности останавливаться на подробностях листеровских приемов: они достаточно известны. Но нельзя не остановиться на том значении их, благодаря коему совершился в хирургии небывалый переворот: Lister'y обязана наука одним из величайших приобретений, и разве только введение в хирургии хлороформа может быть поставлено наравне с листеровским лечением ран. Всего нагляднее можно представить это, сравнивая исходы оперативного лечения в период хирургии долистеровский и послелистеровский.

Malgaigne*, положивший начало медицинской статистике, дает следующие выводы: из 563 случаев ампутаций и вычленений (exarticulatio) умерло 300, т. е. получилось 53,2% смерти.

Paul** собрал 5 060 случаев операций на конечностях (ампутаций и вычленений). Из тех умерло 1 997, т. е. 39,4% смерти. Война — эта травматическая эпидемия, по выражению Пирогова — представляет обширнейшее поле для хирургических наблюдений. На этом поле ясно обнаруживаются военно-санитарные средства воюющего народа и качество врачебно-хирургической его деятельности. Возьмем, по предложению Пирогова, ампутацию бедра как мерило хирургической деятельности на войне и посмотрим, что показывают цифры. Во время крымской войны 1854—1856 гг. у французов дали ампутации бедра:

	Первичные	Вторичные
	91,7%	95% смерти
У англичан —	51,8%	78% „

Во время немецко-французской войны 1870—1871 гг. у немцев (по статистике Billroth, Beck и др.) дали ампутации бедра:

Первичные	Вторичные
50%	60% смерти

Во время последней русско-турецкой войны 1877—1878 гг. получился вместе для первичных и вторичных ампутаций бедра 71% смерти***.

С 1864 г. появляются отчеты Lister, начавшего свои попытки обезгниливания. В Glasgow infirmary Lister показал, что ампутации и вычленения на конечностях дали при обыкновенном способе лечения 45,7% смерти (из 35 умерло 16), при безгнилостном — 15% (из 40 умерло 6). Наблюдения эти дороги особенно тем, что собраны в одной и той же больнице****.

В Эдинбурге Syme из 120 случаев ампутаций и вычленений потерял в течение 4 лет 25 умерших от ранных осложнений, т. е. 20,8% смерти, Lister в тот же промежуток времени из 123 случаев ампутаций и вычленений не потерял от ранных осложнений ни одного больного*****. В King's College Hospital

---

* Archives générales de médecine, 1842.

** Die conservative Chirurgie der Glieder, Breslau, 1854.

*** *Пирогов Н. И.*, Военно-врачебное дело в Болгарии, СПБ, 1879, ч. II, стр. 325.

**** *Cheyne W.*, Нем. пер., Leipzig, 1883, стр. 343.

***** Ibid., стр. 255.

(London) Lister из 207 тяжелых операций вообще имел 14 смертельных исходов, или 6,7% смерти.

Принимая во внимание эти статистические цифры, собранные в трех городах, при госпитальных условиях, не вполне удовлетворительных в гигиеническом отношении, можно смело утверждать, что ранные осложнения при помощи обезгниливания сводятся почти к нулю.

У проф. Volkmann'a в Галле был весьма дурно устроенный и плохо содержимый госпиталь: ватерклозеты открывались в палаты, под палатами больных лежали трупы, потому что не имелось особого для них помещения. При таких условиях обстановки исходы операций и ранений были самые убийственные. Доходило до того, что Volkmann решался закрыть свою клинику. Но прежде чем исполнить это отчаянное решение, он пожелал испробовать способ обезгниливания при лечении ран. На первых же порах все изменилось: в течение $1^1/_2$ лет (1872—1874) получился всего один случай смерти от гнойного заражения и один от рожи; кроме того, наблюдалось еще 8 случаев рожи под безгнилостными повязками. Позднее же, когда хирург освоился вполне с приемами обезгниливания, почти совсем исчезли ранные осложнения, так что из 139 случаев ампутаций и вычленений, сделанных в клинике Volkmann, умерло всего 4, но не от ранных осложнений, а от других случайных причин *.

В Мюнхене в клинике проф. Nussbaum'a гигиенические условия не были так неблагоприятны, как в Галле. Тем не менее большинство оперированных и раненых погибло там от гнойного заражения; почти все оперированные и раненые перенесли рожу, раны заражались госпитальным омертвением; дошло до того, что 80% в клинике поражались госпитальным омертвением. И вот после введения обезгниливания и гнойное заражение, и рожа, и госпитальное омертвение исчезают, хотя гигиенические условия и вся обстановка клиники осталась без перемены: введены были только начала обеззараживания.

Lucas Championnière во Франции, применивши листеровские начала, находит, что гнойное гнилостное заражение и госпитальное омертвение исчезают под влиянием обезгниливающего лечения, а рожа показывается гораздо реже, чем при обыкновенных способах лечения **.

С 1880 г. введены приемы обезгниливания в хирургической факультетской клинике в Москве. Мы имеем право сказать, что в хирургической факультетской клинике Московского университета почти совсем исчезли ранные осложнения. Я давно уже лишен возможности показывать своим слуша-

---

* Cheyne W., Нем. пер., Leipzig, 1883, стр. 362.
** Ibid., стр. 371.

телям случаи гнойного заражения, госпитального омертвения или рожи *.

Удастся ли перенести на поле брани начала обезгниливания в том виде, в каком они находят себе применение в наших клиниках и больницах, и могут ли воспользоваться благами величайшего научного приобретения и жертвы войны? В области биологических знаний нельзя делать предсказаний, устанавливающих предел для опытных исследований, и нужно полагать, что поставленный выше вопрос найдет свое удовлетворительное разрешение. Мы имеем уже некоторые данные для подобного предположения. Проф. Bergmann после штурма Телиша и Горнего Дубняка подверг обезгниливающему лечению 15 случаев сложных переломов колена (здесь не принимались в расчет случаи простого вскрытия сумочной связки колена без перелома кости). Из них выздоровело 14 (правда, 2 выздоровело после ампутации бедра) и умер один **. Если вспомнить заявление Longmore, что во время крымской войны ни одно из ранений колена не обходилось без ампутации, то мы должны согласиться, что листеровские приемы не только обеспечивают блестящие исходы операций, но составляют и могущественное средство сберегательного лечения в хирургии. Сложные (открытые) переломы случайного происхождения или искусственно произведенные действием хирурга (операции на костях) всегда составляли самые опасные ранения. Volkmann и Fränckel *** нашли, что из 885 случаев сложных переломов голени, которые лечились по прежнему способу в немецких и английских госпиталях, умерло 38,5%. А из 694 больных, которые пользовались при лечении благодетельным открытием Lister'a, умерло только 5, т. е. получился процент смерти 0,72.

Натечные гнойники при костоеде позвонков считались всегда весьма опасными; они представляли для хирурга «noli me tangere». Вот что сказал однажды Paget в собрании хирургов: «Мне не приходилось видеть выздоровления больных после вскрытия ножом натечного чресленного гнойника; всегда наступала смерть прежде заживления вскрываемого гнойника. В последние годы я видел, что подобные гнойники при соблюдении обезгниления вскрывались без дурных последствий. Такая разница в исходе, очевидно, зависит от иного способа лечения». Lister представил таблицу из 37 случаев натечных гнойников, развившихся при страдании позвонков. Во всех случаях гнойники вскрыты были ножом при соблюдения обезгниления. Получилось всего 24,3% смерти ****.

---

* Отчет хирургической клиники проф. Н. В. Склифосовского, Сост. под. Яковлевым и Левицким, М., 1885.

** Ibid., стр. 224.

*** Volkmann's Samml. Klin. Vorträge, № 117—118, S. 4 и 5.

**** *Cheyne W.*, Leipzig, 1883, стр. 508—512.

Это самая суровая проба для листеровского способа лечения.

Итак, круг оперативной деятельности, благодаря обезгниливающим приемам по способу Lister'a весьма расширился. Стало возможным: 1) предпринимать такие операции, о которых прежде нельзя было и мечтать. Так, например, мы вскрываем обширные сочленения и получаем заживление раны без нагноения с полным сохранением подвижности; мы произвольно вскрываем натечные гнойники при костоеде позвонков. Проф. Volkmann вскрыл эхинококк печени через диафрагму со стороны грудной полости, резецировавши VII ребро. В начале текущего года я вскрыл эхинококк, проникнувший из печени в правое легкое; для этого я проложил себе путь в грудную полость после предварительного выпиливания ребер. Больной выздоровел *. Проф. Fischer вырезал хрящевик (chondroma) грудной клетки и иссек при этом часть грудины, ребер и подреберной плевы; легкое и сердце были обнажены. Через 4 недели больная выздоровела.

2) Обширные раны, производимые при весьма сложных операциях, при строгом соблюдении приемов обезгниливания заживают обыкновенно без местной реакции, без нагноения и без лихорадки. Обезгниленные раны не болят, и подвергающиеся операции совсем не страдают от боли. Благодаря этому, можно оперировать без риска очень ослабленных больных, например, истощенных обильным нагноением чахоточных. Это составляет громадное приобретение.

3) Успехи современной хирургии повлияли на понижение процента смерти после операций. Это понижение процента произошло оттого, что почти исчезли после операций ранные осложнения.

4) Листеровский способ лечения расширил круг оперативной деятельности; но вместе с тем он далеко раздвинул пределы сберегательного начала. Над вопросом о сберегательном направлении в хирургии много поработал покойный Н. И. Пирогов; он положил прочные научные основания для рационального его разрешения. Но полное осуществление этого начала стало возможным только при листеровском способе лечения. Обширные сложные переломы, проникающие раны сочленений, составляющие ранее показания для ампутации, лечатся теперь сберегательно с сохранением члена. Как благотворно отразится это на хирургической деятельности военного времени и сколько членов, сколько жизней будет сохранено, благодаря великому открытию Листера!

5) Понятно, что обезгниливание получает громадное значение не только в хирургии, но и в физиологии и опытной патологии. Всякий опыт на животном, сопровождаемый ранением,

---

* Летопись Хирургического общества в Москве, 1885, № 6.

дает явления не чистые, осложненные припадками со стороны воспаления и лихорадки. Легко представить себе, какое важное значение получает это обстоятельство при изучении отправлений разных частей мозга и других органов. Оперируя животных при строгом соблюдении приемов обезгниливания, исследователь приближается к тем идеальным опытам, которые представляет только величайший мастер — природа.

История хирургии вообще и лечения ран в частности показывает, что мрак и заблуждение господствовали до тех пор, пока не были добыты прочные факты естествознания и пока лечение ран не было построено на незыблемых их основах. Pasteur и Lister бросили луч света в одну из очень темных областей биологии; они положили новые прочные основы для дальнейшего рационального развития научной хирургии. В числе блестящих открытий XIX в. будущий историк не забудет отметить, между прочим, и два замечательные научные приобретения: применение хлороформа при операциях и обезгниливание ран. Тому и другому хирургия обязана современным прогрессом и прекрасными завоеваниями как в области оперативной деятельности, так и преимущественно в области развития сберегательного начала. С этими приобретениями навсегда останутся слитыми имена двух замечательных врачей — Simpson'a и Lister'a.

ВОСПОМИНАНИЕ О Н. И. ПИРОГОВЕ[5]

В день смерти Николая Ивановича да встанет пред нами величавый его образ, да блестит во всей красе его неувядаемая слава! Народ, умеющий чтить память своих великих предков, имеет право спокойно смотреть в будущее... До сих пор мы еще не имеем вполне обстоятельного описания жизни Н. И. Пирогова. Мы знаем его как врача, анатома, хирурга, педагога, но Н. И. был и великим мыслителем, философом в полном смысле этого слова. Эта сторона его душевного строя до сих пор была еще сравнительно мало затронута. И я не имею в виду открыть вам ее с надлежащей полнотой и ясностью; такая задача не под силу одному. Я только хочу лишь коснуться этого глубокого источника мудрости и думаю, что то будет приличествовать времени и месту. Когда в 1880—1881 годах возникла мысль о соответствующем чествовании юбилея Н. И. Пирогова, предстояло прежде всего разрешить вопрос: «где?». Почти единогласно устроители торжества высказались за Москву, которой Н. И. принадлежал и по рождению, и по воспитанию; Москве же он предполагал отдать и свою последующую деятельность, и только случай кинул его в Юрьев. Мне было поручено тогда Московским университетом передать Н. И. личное приглашение пожаловать на юбилейное празднество в первопрестольную. С этим поручением приехал я в Вишню. Приняв приглашение, Н. И. долго беседовал со мною на разные темы и между делом сказал: «Посмотрите, что это у меня во рту?». На твердом небе, справа, там, где в глубине выходит art. palatina post., я увидел язву, характер которой не подлежал ни малейшему сомнению. Мне сделалось невыразимо тяжело. То было начало недуга, сведшего Н. И. в могилу... Я выехал в Москву угнетенный, подавленный тайной, обладателем которой сделался невольно. Наступил день юбилея, памятное 24-е января 1881 года.

Актовый зал университета едва вмещал участников торжества. Прием представителей иностранных и отечественных ученых учреждений длился несколько часов. Наступило время знаменитой ответной речи Пирогова о правде. По глубине

мыслей и блеску изложения речь эта едва ли не лучшая, которую когда-либо произносил Пирогов... И среди криков радости и гула восторженных излияний я был единственное лицо, знавшее ужасную тайну. Я хотел слиться с другими в потоке шумного празднества и не мог; меня давила мысль о неизбежном, тяжелом исходе одному пока мне известной болезни юбиляра. Обнаружив тайну, я поколебал бы блеск торжества. А имел ли я право посягать на спокойствие старца, переживавшего отрадные минуты удовлетворения за все то добро, которое он сделал? Я хранил в себе тайну. Наступила вторая половина торжества: трапеза в большом зале Московского дворянства. К концу обеда я решился поделиться тяжелой вестью с некоторыми из товарищей. Тут же, с согласия супруги юбиляра, решено было на завтра собраться к дорогому больному для совместного обсуждения его положения. На совещании (проф. Богдановский, Валь, Грубе, Эйхвальд [6] и я) постановили: предложить Н. И. иссечь язву, объявить же ему об этом просили проф. Эйхвальда. Отец проф. Эйхвальда был в большой дружбе с Н. И.; после смерти его Н. И. перенес свои симпатии на сына, который и был принят в его доме как родной. — «Я? Ни за что!» — мог только нам ответить Эдуард Эдуардович и, отойдя в сторону, закрыл себе лицо. Жребий быть грустным вестником пал на меня. Что скажу я ему? Как передам? — недоумевал я, полный отчаяния. Сказать неправду или речь прикрасить обходами? Но я ведь должен был говорить с Пироговым, которого так чтил!... Обуреваемый такими сомнениями, я направился в зал, где ждал нас Н. И. Я боялся, что голос мой дрогнет и слезы выдадут все, что было на душе... — «Николай Иванович, — начал я, пристально смотря ему в лицо, — мы решили предложить вам вырезать язву». Спокойно, с полным самообладанием выслушал он меня. Ни одна мышца на лице его не дрогнула. Мне показалось, что передо мною восстал образ мудреца древности. Да именно только Сократ мог выслушать с такою же невозмутимостью суровый приговор о приближающейся смерти! Настало глубокое молчание. О, этот страшный миг! Я до сих пор еще с болью ощущаю его. «Прошу вас, Николай Васильевич, и вас, Валь, — сказал нам Н. И. — сделать мне операцию. Но не здесь. Мы только что кончили торжество, и вдруг затеем тризну! Вы можете приехать ко мне в деревню?». Разумеется, мы отвечали согласием. Операции, однако, не суждено было сбыться. Отчего? спросите вы. Теперь об этом еще нельзя ничего говорить; причина будет объявлена, когда наступит благоприятствующий исторический момент... Быть может, многие из вас осудите мой образ действий. Я выслушаю осуждение как заслуженное, но должен сказать, что значительную долю вины я искупил теми муками, которые пережил. Dixi.

РЕЧЬ НА ТОРЖЕСТВЕННОМ ЗАСЕДАНИИ ПЕТЕРБУРГСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА ПАМЯТИ Н. И. ПИРОГОВА 1893 г.[7]

Днем торжественной памяти великого нашего учителя да простят мне мои попытки воспроизвести здесь впечатление небольшого эпизода, достойного внимания лишь потому, что в центре его стоит дорогое всем нам имя Пирогова... То было уже давно. В марте 1881 года по распоряжению медицинского факультета Московского университета я в качестве декана его отправился к жившему тогда на покое в имении Вишне, близ городка Подольской губернии Винницы, Н. И. Пирогову с поручением — просить его приехать в Москву, чтобы в ней отпраздновать юбилей 50-летнего служения его науке и родине. Всегда ревнивая к славе и чести своих сынов, Москва не хотела уступать празднества знаменитого Пирогова, сделавшегося гордостью Русской земли, никому другому: он ей принадлежал и по рождению, и по образованию, наконец, по тем особенностям его великого и могучего духа, в которых оказывался в нем поистину русский человек... Я прибыл в Вишню рано утром и оставался в ней до позднего вечера, весь день проводя в сообществе этого великого старца. Я удивлялся при этом необычайной свежести его ума, поражен был почти юношеской бодростью его духа. Предметом нашего собеседования были разнообразные вопросы научно-социальных знаний — биологии, физиологии, хирургии и др. и некоторые стороны общественной жизни. Везде блестел его острый ум, увлекала его объективная критика, трогала искреннейшая сердечность... Зашла речь об увлечениях.

«Кто ж не увлекался? — сказал Н. И., — и я увлекался». Признаюсь, это признание поразило меня.

«И вы? — спросил я его. — В чем же выражалось ваше увлечение?»

«Теперь, — начал Н. И., — много говорят о радикальном лечении грыжи. В свое время, лет 40 тому назад, и я старался

подойти к разрешению этой загадки; я брал рыбий плавательный пузырь и прикрывал им грыжевое отверстие в надежде на приживление и последующую функцию этой новой преграды. Если для того времени возможно еще извинить прием, обнаруживающий биологическую погрешность, то как оправдать таковые на заре XX столетия? Прививания кожи налима или лягушки на обнаженные дефекты общих покровов человека — разве это не та же биологическая погрешность?...».

Впечатление беседы с незабвенным старцем никогда не изгладится из моей памяти!

ПРИВЕТСТВЕННАЯ РЕЧЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА В ДЕНЬ ОТКРЫТИЯ XII МЕЖДУНАРОДНОГО СЪЕЗДА В МОСКВЕ 7 АВГУСТА 1897 г. [8]

Привет вам! Старейший из русских университетов приветствует вас, приветствует вас и старая Москва; она гордится тем, что на долю ее выпала счастливая возможность принять у стен священного Кремля такое блестящее собрание представителей науки.

Хотя в наши дни средства сообщения стали очень удобными и возможность ознакомления с самыми отдаленными и мало известными странами мира значительно облегчена, все-таки для многих из вас, обитателей Западной Европы и Америки, путешествие в Россию представляло очень не легкое предприятие: вы отправлялись в страну для вас почти неведомую. Но переступивши через границу, вы могли убедиться, что между Россией и Западной Европой нет китайской стены, а заложена, напротив, широкая равнина, и что эта равнина, утомительным своим однообразием наводящая, быть может, тоску на путешественника, широко открыта по всему горизонту, — она, так сказать, гостеприимно приглашает чужестранца войти в недра ее.

Войдите же, дорогие собратья! Войдите дорогими гостями все, собравшиеся сюда из самых отдаленных стран света, чтобы принять деятельное участие в событии, которое отныне получит значение события исторического! В эту торжественную минуту, братски протягивая друг другу руку, соединяются обе половины Европы во имя самого возвышенного и самого бескорыстного побуждения человеческого ума — во имя науки.

Со времени великого переселения народов впервые под сенью древнего Московского Кремля мы видим не хаотическое нашествие необузданных диких полчищ, но поистине братское единение обитателей Западной Европы с обитателями восточной ее половины. Великое переселение народов вызвало сме-

шение разных народностей и положило начало образования отдельных государств в Европе. Получивши в наследство драгоценнейшие сокровища литературы и знаний древнего мира, народы Западной Европы принялись за разрабатывание полученных сокровищ. С той поры началось нравственное влияние народов Западной Европы друг на друга, тогда же положены были первые начала европейской культуры. У разных народов пробудилась потребность самостоятельного развития и обнаружились стремления к умственной деятельности. Гораздо позднее мог присоединиться к этому умственному движению народов Западной Европы славянский восток ее. Судьбою предназначен он был для тяжелого испытания — ему суждено было вынести на своих плечах все бремя исторического события, которое на долгое время задержало поступательное его развитие. На востоке, в азиатских степях, послышался глухой, отдаленный гул темных разрушительных сил, и новое движение варварских полчищ восстало, направляясь на Европу. И снова вздрогнула старая Европа пред ужасом татарского нашествия. Пережив разрушение Римской империи, она готовилась принять новый удар, грозивший разрушить зачатки культуры, едва зарождавшейся. На этот раз славянскому миру судьбой предназначено было принять первый удар поднявшихся азиатских диких орд. В роковой битве на реке Калке 1224 г. разыгран был первый акт новой исторической трагедии. И со времени этой эпохи славянский народ грудью своею прикрыл народы Западной Европы, охраняя от опустошения плоды умственной их деятельности и начала зародившейся культуры. Честно и мужественно, как бы сознавая необходимость и величие приносимой исторической жертвы, народ славянский более двух сот лет стоял на страже Западной Европы, принявши все удары и нападения орд татарских; жертвуя собою, славянин прикрыл мирное развитие народов запада.

Не в этом однакоже единственная заслуга славянского народа и право на признательность западных народов. Значительная часть этого народа рано уже приняла участие в умственном движении Европы: один из древнейших храмов науки — университет в Праге Чешской основан славянами. Вы видите, милостивые государыни и милостивые государи, что роковое стечение исторических обстоятельств, заложивши глубокую борозду на пути нашего умственного развития, задержало на долгое время единение славянского мира с остальными народами Западной Европы.

Сокровища культуры греческой и римской перешли по естественному праву к ближайшим наследникам, т. е. к народам Западной Европы, тогда как славянский мир настигла особая судьба. Принявши христианство из рук Византии и вступив с нею в более тесные отношения, славянство усвоило

себе более или менее и характер ее культуры. И только позднее уже оно примкнуло к западноевропейской культуре. Историческая необходимость принудила нас пройти длинный путь культурных позаимствований и подражания, и этот период нашего развития пройден тихо и медленно. Исподволь и не скоро усвоили мы начала культуры в такой мере, чтоб стать самостоятельными в области науки, литературы и искусства.

Разнообразие языков составляет одно из главнейших препятствий для сближения между собой представителей науки. Потребность принятия одного международного языка чувствуется всеми, и особенно проявляется она во время периодических съездов ученых. Естественно предположить, что дальнейшее развитие ученых съездов и судьба их, а также поступательное развитие наук вообще стоит в прямой зависимости от вопроса об одном международном языке. Необычайно быстрое развитие наук в наше время требует настоятельно совместной и постоянной умственной работы всех образованных народов. Истина — одна; пути же, ведущие к ее открытию, разнообразны и не могут не быть различными, потому что они отражают на себе гений каждого народа, его характер, полет воображения, напряженность умственного труда, — одним словом, печать национальности. Единство цели, к которой стремятся ученые всего мира, предполагает возможность единения их при посредстве одного международного языка. Необходимость единения при помощи одного общего языка давно ощущалась народами Западной Европы. Таким образом католическая церковь приняла латинский язык как обязательный для всех христиан-католиков. С другой стороны, известно, что латинский язык был единственным литературным и научным языком для всех западных народов в средние века. Но попытка сделать международным языком один из языков мертвых была попыткой тщетной и неосуществимой. Только один из новых современных языков мог бы стать языком международным. И эта мысль созрела давно в мозгах образованных народов, и только национальное самолюбие, политические недоразумения и некоторые другие препятствия мешали до сих пор осуществлению этого вполне разумного требования. Если неудобства от отсутствия одного международного языка чувствовались в Париже, Лондоне, Копенгагене, Вашингтоне, Берлине и Риме, они будут чувствоваться еще сильнее здесь, в Москве, так как наш язык, несмотря на то, что он один из богатейших индоевропейских языков и имеет уже свою обширную литературу, до сих пор, к сожалению, почти не известен в Европе. Какой же язык должен стать языком международным среди ученых? Решение этого вопроса a priori невозможно, так как нет такого ареопага, решение которого было бы принято без противодействия со стороны

того или другого образованного народа. Нам кажется, что право окончательного решения вопроса могло бы принадлежать только общему собранию международного съезда. Избрав по одному или по два представителя от каждой народности, мы могли бы образовать род международного ареопага, которому можно было бы представить предварительную разработку вопроса. И если бы это предварительное решение было принято в одном из общих собраний настоящего международного съезда, оно стало бы обязательным для всех съездов ученых в будущем.

Если бы наше предложение встретило сочувствие настоящего собрания, не признаете ли возможным, дорогие собратья, приступить к выбору своих представителей по окончании настоящего заседания?

II. ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

ДВА СЛУЧАЯ ОВАРИОТОМИИ СО СЧАСТЛИВЫМ ИСХОДОМ [9]

Овариотомия представляет еще много открытых вопросов, разрешение которых принадлежит времени и должно быть основано на изучении огромного числа наблюдений. Чем тщательнее и подробнее будут описываться наблюдения, тем более они послужат для пополнения пробелов в производстве этой важной операции, возможность которой так недавно еще оспаривалась лучшими авторитетами в хирургии. Далеко не составилось еще твердого мнения относительно того, как поступать с ножкой опухоли, какой шов налагать после операции и как налагать его, предпочтительнее ли делать большой разрез или малый и пр.? Сочинение проф. Кеберле (De l'ovariotomie par E. Koeberlé, Paris, 1865), в котором, на основании своих первых 12 случаев, он старался установить известные правила при производстве операции и руководство при последовательном лечении, это сочинение принесло пользу и будет еще долго служить хорошей книгой; всякий хирург, готовящийся производить иссечение опухолей яичников, прочитает ее охотно и не без пользы. Нельзя не заметить, что невозможно установить безошибочные правила на основании 12 случаев; тут останется еще много и очень много неразрешенных сторон; тем не менее наблюдения проф. Кеберле были собраны с таким умением и добросовестностью, что можно было во всяком случае извлечь из них много поучительного.

Производство овариотомии не представляет особенных трудностей, за исключением очень осложненных случаев, в которых, правда, иногда невозможно окончить операцию. Счастливый исход зависит, вероятно, не столько от производства самой операции, сколько от последовательного лечения, во время которого хирург должен приложить всю свою заботливость. Воспаление брюшины и внутреннее кровотечение составляют, может быть, самые частые причины смерти после овариотомии. Немалой опасности подвергаются оперированные также ввиду возможности гнойного заражения, которое далеко

не редко убивает больных, в чем я имел возможность убедиться во время путешествия по Англии. Spencer Wells, сделавший до сих пор более 200 овариотомий и приобретший бесспорно огромную опытность, словесно передавал мне, что самая частая причина несчастных исходов после его операций лежала в гнойном заражении. Влияние всех этих причин может быть ослаблено до некоторой степени; по крайней мере во власти врача устранить многие обстоятельства, которые, сколько можно судить по научным данным и приобретенному опыту, оказывают неблагоприятное влияние на исход операции.

Воспаление брюшины сопровождается расширением кишечных газов, и это явление наблюдается очень часто после иссечения опухолей яичников. Насколько оно составляет непременное следствие воспаления брюшины, я не берусь отвечать положительно, но полагаю, что расширение кишечных газов может предшествовать развитию воспаления брюшины. Мне приходилось наблюдать его спустя три и четыре часа после операции, и иногда при ничтожных явлениях воспаления брюшины расширение кишечных газов достигает огромных размеров, тогда как сильное воспаление брюшины сопровождается нередко очень слабо выраженным расширением кишечных газов.

Tympanitis есть одно из тяжких явлений после овариотомии. Проф. Кеберле, наблюдавший его почти во всех своих первоначальных овариотомиях, думает, что оно составляет одну из частых причин смерти (i b i d.; стр. 117). Мешетчатая опухоль, развивающаяся иногда в течение нескольких лет, производит постоянное давление на кишечный канал, брюшные и тазовые органы; через посредство грудобрюшной преграды это давление распространяется и на органы грудной полости. Операцией быстро устраняется причина давления, неминуемо должно последовать нарушение отношения всех органов между собой и пассивная гиперемия; в то же время и газы кишечного канала будут расширяться, освобожденные от давления со стороны мышц кишечного канала, деятельность которых должна парализоваться более или менее вследствие пассивной гиперемии. Может быть, здесь лежит первый толчок для развития tympanitidis, откуда прямо вытекает рациональное показание — восстановить по возможности устраненное давление тщательно наложенной давящей повязкой. В первых двух случаях овариотомии (описанных в «Медицинском вестнике» 1865 года) я наблюдал расширение кишечных газов в такой сильной мере, что опасался за жизнь оперированных больных; в обоих случаях непосредственно после операции была наложена давящая повязка, состоявшая из широкого холщевого пояса. Но трудно произвести правильное и равномерное давление на органы брюшной полости при помощи одного холщевого пояса или бинта; у иных больных

после операции так значительно спадается живот, что образуется глубокая впадина, преимущественно в нижней части раны, где укрепляется обыкновенно ножка опухоли. В последних двух случаях овариотомии я наложил давящую повязку после операции следующим образом: прикрывши рану корпейной подушечкой и компрессом, я клал на живот несколько кусков ваты, так что, покрывши все большим куском ветоши, получал приблизительно выпуклую форму живота до операции; все это туго стягивал широкими лентами липкого пластыря, обнимавшими почти $^3/_4$ окружности туловища. Поверх этой повязки накладывался еще широкий холщевый пояс. В обоих случаях эта повязка оставалась нетронутою 4 дня. При дальнейших переменах повязки она восстановлялась всякий раз в таком же виде до восьмого или десятого дня. В обоих случаях почти не наблюдалось расширения кишечных газов (tympanitis). Хотя два собственные наблюдения не дают права делать положительных выводов, я считаю однакож не лишним сообщить об них, тем более, что во время пребывания моего в Лондоне я имел возможность много раз убедиться в прекрасном действии этой давящей повязки, которую Spencer Wells всегда накладывает непосредственно после каждой операции. Не опасаюсь впасть в неизвинительную крайность, высказывая предположение, что подобная давящая повязка может до известной степени ослабить возможность развития воспаления брюшины и последовательного внутреннего кровотечения.

1-й СЛУЧАЙ

Агафья Самойленкова, 45 лет, поступила в больницу 11 ноября 1867 г. Всегда была здорова. На 17-м году вышла замуж и родила только через 15 лет после замужества; через год после родов овдовела. В 1861 г. вышла замуж вторично и живет с мужем до сих пор. Месячное кровотечение появляется правильно, каждые 4 недели. Живот растянут опухолью, пупок почти сглажен. Измерение показало: окружность туловища через пупок равняется 95 см: между верхними остистыми отростками безымянных костей 52 см, от мечевидного отростка до пупка 22 см, от пупка до лобка 21 см. Рассказывает, что в мае месяце внезапно ночью у нее появилась острая боль в правом паху; боль распространилась скоро на поясницу. Эта острая боль повторилась через несколько дней; потом снова появилась в том же месте через месяц. Словом, острая боль в правом паху являлась внезапно и исчезала обыкновенно через сутки, исключая последний раз, когда боль держалась больше одной недели. С появлением упомянутой боли стала развиваться опухоль в правой паховой стороне; опухоль довольно быстро росла, так что живот скоро был растянут до упомянутых размеров. При наружном исследова-

нии обнаруживается присутствие опухоли в животе. Опухоль имеет круглую форму, тверже с правой стороны, чем с левой, дает неясное зыбление; зыбление, впрочем, немного лучше обнаруживается с левой стороны, особенно в косвенном диаметре сверху и слева вниз и вправо. Внутреннее исследование показывает отклонение маточной шейки влево. Брюшные покровы кажутся сросшимися с опухолью, особенно близ пупка; вообще опухоль почти неподвижна. Подкожный жировой слой на животе сильно развит. Телосложение крепкое. 2 ноября имела месячное кровотечение, продолжавшееся 4 дня. Операция произведена 23 ноября 1867 г. в 10 часов утра в городской больнице. Из комнаты, в которой сделана операция, за неделю были выведены больные и употреблены все меры для очищения в ней воздуха. Операция продолжалась $1\frac{3}{4}$ часа. Хлороформа употреблено ʒiij.

Присутствовали при операции ординаторы больницы доктора Шмид, Клеберг, Кондратович, Соловейчик, Диамантопуло, Вдовиковский, Баранже, Сморчевский, Гроховский, Морген, Акин; вольнопрактикующие врачи И. Вагнер, Коколан, и акушер врачебной управы Авенариус.

Разрез сделан в 6 дюймов между пупком и лобком. По вскрытии брюшины вытекло немного серозной жидкости (ascites). В разрезе раны выпятилась мешетчатая опухоль. Исследование рукой открыло крепкие сращения опухоли с брюшной стенкой у краев раны, в верхнем и нижнем углах ее. На некотором пространстве отделено сращение рукой. Погружен в опухоль большой троакар, на который надета была длинная каучуковая трубка для проведения содержимого опухоли в таз. Мимо троакара протекло несколько жидкости, попавшей частью в полость брюшины. По истечении около 10 фунтов жидкости опухоль, захваченная большими пинцетами, была вытянута по возможности кнаружи. Теперь представился самый трудный акт операции: опухоль найдена сросшеюся с сальником в передней верхней части; приросшая часть сальника была утолщенная, пронизанная значительными сосудами, которые при отделении сращений давали сильное кровотечение. По мере отделения сращений накладывались шелковые лигатуры на кровоточившие сосуды; лигатуры коротко отсекались. Слева и вниз от пупка опухоль плотно сращена была с передней брюшной стенкой. Вверху с левой стороны опухоль была сращена с поперечной частью толстой кишки; внизу сзади на левой же стороне — с двумя значительными петлями тонкой кишки. Сращения с кишками были местами очень плотные, так что приходилось прибегать к ножницам для рассечения их; в одном месте часть тонкой кишки найдена так плотно сросшейся с опухолью, что почти не замечалось перемычки. Отделение мешетчатой опухоли от сращений продолжалось более $\frac{3}{4}$ часа.

Освобожденная от сращений мешетчатая опухоль была извлечена наружу. Ножка ее, в состав которой входила утолщенная фаллопиева труба, представляла длину не более 3 дюймов, толщину — 1 дюйм. Наложена крепкая шелковая нитка на ножку непосредственно под опухолью; опухоль отсечена. В разрезе замечались 3 большие артерии и несколько малых. Когда перевязаны были все кровоточившие сосуды на сальнике и на перемычках, связывавших опухоль с кишками (всего наложено 8 лигатур), непосредственно под шелковой ниткой наложен был жом. Разрез ножки покрыт раствором хлористого железа. Мешетчатая опухоль принадлежала правому яичнику; левый яичник найден в нормальном состоянии. Закрытие раны: 3 шва из тонкой железной проволоки проведены через всю толщу брюшной стенки и брюшину; нижний из них прошел вместе с тем и через ножку опухоли; 12 поверхностных шелковых швов. Мягкий компресс и корпейная подушка положены на рану.

В предыдущих двух случаях иссечения опухоли яичников, обнародованных в «Медицинском вестнике» (1865 г.), наблюдалось вскоре после операции расширение кишечных газов (meteorismus), вследствие которого больные сильно страдали; они жаловались на болезненное чувство распирания живота и растяжения в ране, дыхание затруднялось, развивалось чувство тоски, томления: больные, упадая духом, теряли надежду на выздоровление. Вероятно, кишечные газы, быстро освобожденные от давления, расширяются вследствие того, что повязка, накладываемая обыкновенно после операции, далеко не в состоянии заменить прежнего давления, которое производила мешетчатая опухоль. Ввиду этого я положил на живот несколько объемистых подушек из ваты и прижал их широкими лентами липкого пластыря; ленты обнимали $^4/_5$ окружности тела. Поверх этой повязки был наложен еще широкий холщевый пояс. Больная оставлена на той же самой постели, на которой была оперирована. В первый день после операции поддерживалась в комнате температура 16° Р.

Содержимое опухоли весило $15^1/_2$ фунтов, а мешетчатая опухоль $^1/_2$ фунта — всего мешетчатая опухоль с содержимым весила около 16 фунтов. Стенка левой половины опухоли представляла толщину почти $^1/_2$ дюйма, в других местах была тоньше. Внутренняя поверхность опухоли справа и спереди представляла сильное развитие кровеносных сосудов, местами кровяные подтеки. Внутренняя поверхность слева представлялась неровной, усеянной наростами в виде цветной капусты. Микроскопическое исследование показало, что наросты состояли из соединительной ткани, покрытой эпителием. Некоторые из наростов выдавались на полдюйма и на 1 дюйм над поверхностью. Содержимое мешетчатой опухоли состояло из жидкости кофейного цвета; на дне жидкость смешана была

с большим количеством густой тягучей слизи. Под микроскопом при увеличении в 300 раз найдено огромное количество кровяных шариков, претерпевших уже значительное изменение в своей форме, много эпителиальных клеток, большей частью в состоянии жирового распадения, и отдельные частицы жира.

Острые боли, появлявшиеся большей частью внезапно, нужно объяснить повторительными кровоизлияниями в полость опухоли. Кровоизлияния, судя по обильному развитию сосудов на внутренней поверхности опухоли и по кровяным подтекам, были очень значительны; они-то, вероятно, растягивая опухоль, служили причиной повторительных воспалений брюшины и обширных сращений с окружающими частями. Очень быстрое развитие опухоли — в течение полугода — тоже зависело, может быть, от этих повторительных кровоизлияний.

23 ноября, 5 часов пополудни. Пульс полный, ровный, 84. Слабая боль в животе в $10^1/_2$ часов вечера. В левом паху острая боль, расходящаяся по всему животу. Morphii acetici $^1/_8$ г.

24 ноября, 7 часов утра. Ночью почти не спала; боль в животе не уменьшилась после приема морфия, 3 раза имела рвоту. Пульс 94. 6 часов вечера: пульс 100, температура под мышкою 38,8. Morphii acetici $^1/_8$ г.

25 ноября, 9 часов утра. Ночью имела тревожный сон, часто просыпалась; один раз рвало. Жалуется на тошноту, отрыжку и урчание в животе; пульс 106, температура 38,4. 6 часов вечера: имела рвоту; стали отделяться ветры через задний проход. Пульс 104, температура 38,4.

26 ноября, 9 часов утра. Пульс 100, температура 38,4. Снята повязка. Рана зажила первичным натяжением, только из верхнего угла выделилось до чайной ложечки густого гноя. 6 часов вечера: пульс 98, температура 37,9.

27 ноября, 9 часов утра. Ножка подсыхает и утончается; пульс 98, температура 37,8. 6 часов вечера отпал жом; немного гноя в верхнем углу раны и в месте прикрепления ножки. Небольшое нагноение в местах прохождения металлических швов. Пульс 96, температура 38,8. Двое суток после операции больная ничего не ела; жажду утоляла холодной водой, при рвоте получала кусочки льда. На третий день и в следующие затем дни пила бульон и чай.

28 ноября, 9 часов утра. Спала ночью очень порядочно. Удалены и глубокие и поверхностные швы раны; нагноение в месте прикрепления ножки умеренное. Боли в животе почти нет; отрыжка и тошнота прекратились. Пульс 94, температура 38,5. 6 часов вечера: прослабило после промывательного. Пульс 100, температура 38,4.

29 ноября, 9 часов утра. Пульс 96, температура 38,4. 6 часов вечера: пульс 100, температура 38,9.

30 ноября. После рези в обоих пахах и в нижней части живота появилось месячное кровотечение. Пульс 90, температура 38,8.

1 декабря. Позволено лежать на боку. 6 часов вечера — с правой стороны раны замечается затвердение непосредственно под общими покровами; затвердение равняется ладони. Рана перевязывалась постоянно раствором Kali hypermanganici (ʒβ in lbj aquae destillatae). Позволено есть, кроме бульона, жареную курицу, мясную котлету, молоко.

3 декабря. Прекратилось месячное кровотечение. Давящая повязка (из ватных подушечек и ленточек липкого пластыря) удалена и заменена холщевым поясом.

8 декабря. Жалуется на головную боль; в 2 часа имела озноб, продолжавшийся около получаса. Затвердение с правой стороны раны остается без перемены. Позволено сидеть в кресле и прохаживаться в комнате.

10 декабря. Значительная боль в месте затвердения; ежедневно небольшой озноб. Теплые припарки на затвердение.

17 декабря. Больная чувствует себя очень хорошо, за исключением боли в затвердении с правой стороны раны.

27 декабря. Отделение гноя через небольшое свищевое отверстие в средине раны; свищевое отверстие, очевидно, находится в связи с затвердением, вследствие чего мы расширили его вдоль по рубцу. Озноб появляется почти ежедневно. Теплые припарки и помазывания кожи над затвердением иодовой настойкой.

28 декабря. Немного ниже пупка в затвердении чувствуется при исследовании неясное зыбление; после глубокого разреза вытекло до двух столовых ложек густого гноя.

30 декабря. Рана закрылась. Из гнойника сочится гной в незначительном количестве. Общее состояние больной очень хорошо.

2-й СЛУЧАЙ

Девица Екатерина Панаиотиди, 30 лет. Опухоль в животе стала развиваться 3 года назад; первые признаки опухоли замечены в периоде выздоровления после тифозной горячки. Увеличение опухоли совершалось медленно. Один раз, летом настоящего года, почувствовала она довольно острую боль в левой стороне нижней части живота; боль держалась несколько часов, в следующие затем два дня была очень незначительна и потом исчезла безвозвратно. В настоящее время сильно выражены малокровие и слабость организма. Живот равномерно растянут, спереди и с боков значительно выдается из-под реберного края. Зыбление очень явственное по всей поверхности живота; ощущение зыбления передается, очевидно, жидкостью, заключенной в опухоли. Покровы живота передвигаются свободно по всей опухоли, и этот прием не вызывает

нигде чувства боли. Исследование pes vaginam не сделано, per rectum — не дало никаких результатов. Измерение окружности туловища через пупок показало 89 см; от верхнего остистого отростка безымянной кости одной стороны до противоположной соответствующей точки — 48 см; от мечевидного отростка до пупка — 16 см; от пупка до лобка — 23 см. Больная сообщила, что первое месячное кровотечение получила на 15-м году; до последнего времени имела постоянно правильное месячное кровотечение. Первые признаки опухоли заметила в левом паху.

Операция произведена 7 декабря 1867 г. в 11 часов утра в больнице сердобольных сестер при Струдзинской богадельне. Операция продолжалась 25 минут. Хлороформа употреблено около ℥ij. Присутствовали при операции ординаторы городской больницы: Шмид, Клеберг, Соловейчик, Кондратович, Вдовиковский и гг. Даллас, Энно, Дитерихс, Видинский, Вагнер, Диамантопуло, Коколан, Иванов, Мейер, Погожев. Накануне больная приняла olei ricini ℥ʒ; утром в день операции ей поставлено промывательное из теплой воды. Имела несколько обильных испражнений. Перед началом операции выпущена моча катетером. Разрез в 5 дюймов сделан по средней линии между пупком и лобком. После вскрытия брюшины не замечено истечения серозной жидкости из брюшной полости. Представилась серозная поверхность мешетчатой опухоли, пронизанная вдоль и поперек сосудами значительного калибра. Рукой можно было обойти бо́льшую часть окружности опухоли; оказались очень слабые сращения с передней брюшной стенкой вверху: сращения эти легко уступили давлению рукой; но после разрыва их обнаружилась другая гладкая поверхность мешетчатой опухоли. Я принял первый слой за оболочку нового образования и рассек его вдоль до нижнего угла раны. Троакаром прободена мешетчатая опухоль и выпущена из нее бо́льшая часть жидкости. По мере извлечения опухоли потянулась за ней и выше упомянутая оболочка, принятая мной за ложную оболочку, составлявшую сращения. Мешетчатая опухоль извлечена вместе с этой оболочкой, которую я теперь уже принял за часть сальника; к немалому удивлению пришлось скоро отказаться и от этого предположения; оболочка оказалась свободной сверху и сидела своим корешком на ножке опухоли. Ножка оказалась длиной в 5 дм, толщиной в $1^1/_2$ дм. С боку ножки свободно висел правый яичник; ножка состояла из широкой маточной связки и гипертрофированной фаллопиевой трубы. Можно было удалить опухоль, оставивши нетронутым яичник; но так как на задней поверхности его с боку от небольшого желтого пятна (corpus luteum) замечено было два пузырька величиной в горошину с серозною жидкостью, то я предпочел наложить жом ниже яичника, отсекши его, таким образом, вместе с мешетчатой опухолью.

Опухоль принадлежала правой широкой маточной связке; больная между тем уверяла, что заметила первые признаки опухоли в левом боку.

Поверхность разреза ножки над жомом покрыта раствором двухлористого железа. Рана стянута тремя металлическими швами, проведенными через брюшину на один дюйм от края разреза, и 10 поверхностными шелковыми швами. Нижний металлический шов продет сквозь ножку опухоли. Корпейная подушечка и компресс покрывали рану. Сверх этого положено несколько толстых ватных подушек, которые были прижаты широкими лентами липкого пластыря; последние обхватывали $^3/_4$ туловища. Широкий бинт вокруг туловища составлял последнюю верхнюю часть повязки.

Мешетчатая опухоль содержала $21^3/_4$ фунта чистой серозной жидкости; опухоль без жидкости весила немного более одного фунта; следовательно, вес всей опухоли с содержимым равнялся 23 фунтам.

Остановимся на мешетчатой опухоли. Прежде уже было упомянуто об обстоятельствах операции, при которой наружный покров опухоли был принят первоначально за ложные оболочки, потом за сальник: оба предположения оказались неверными. На препарате (под № 5 в коллекции патологических препаратов Одесской городской больницы) мы видим: в разрезе ножки отсеченную фаллопиеву трубу; утолщенный край широкой маточной связки, в котором содержится яичник; остальная часть широкой маточной связки переходит непосредственно в оболочку, одевающую всю мешетчатую опухоль. Приблизительно диаметр опухоли продольный равнялся 35 см, поперечный — 32 см. Вверху и спереди наружный покров опухоли (так будем называть наружную оболочку) рассечен был на пространстве $4^1/_4$ дюйма; через этот разрез можно было вылущить из него самую мешетчатую опухоль. Наружная поверхность мешетчатой опухоли и внутренняя наружного покрова одеты были очень рыхлой клетчаткой, легко разрывавшейся; клетчатка эта становилась более плотной по мере приближения к ножке опухоли. В этом месте на препарате опухоль оставлена в соединении с своим наружным покровом. Собственно серозную поверхность представлял только наружный покров мешетчатой опухоли.

Содержимое опухоли — прозрачная серозная жидкость. С внутренней поверхности опухоли можно было соскоблить довольно густую массу, которая под микроскопом представлялась состоящей из круглых эпителиальных клеток, напоминавших эпителиальные клетки беллиниевых трубок.

Где зародилась первоначально мешетчатая опухоль? Что не в яичнике и не в фаллопиевой трубе, это ясно. На препарате мы видим целый яичник, лежащий вне опухоли. В толще наружного покрова мешетчатой опухоли проходит гипертро-

фированная фаллопиева труба, отсеченная у маточного конца и свободно открывающаяся брюшным концом (morsus diaboli) на поверхности наружного покрова опухоли. Во время операции мы убедились, что левый яичник здоров и оставили его нетронутым. Внимательное исследование препарата приводит к заключению, что мешетчатая опухоль развилась в правой широкой маточной связке и, вероятно, из розенмюллерова тела (parovarium s. corpus Bosenmülleri). Канал, соответствующий отводящему протоку (vas deferens) мужчины, или первоначальный выводящий проток вольфова тела, исчезает у женщины очень рано; вместе с исчезновением его атрофируется и вольфово тело; остается в толще широкой маточной связки только нитеобразное утолщение, конец которого выдается иногда в виде мешка (cystis) (Virchow's Krankhafte Geschwülste, I Band, 1863, стр. 262, 263). Но как эти мешочки, так и серозные пузырьки, очень часто наблюдаемые в толще широкой маточной связки и на брюшном конце фаллопиевых труб, не могут достигать значительной величины, то, по словам Вирхова, и не имеют значения в патологическом и терапевтическом отношении. West (Lehrbuch der Frauenkrankheiten, ins Deutsche übertragen von Dr. Langenbeck, 1860, стр. 566) говорит, что мешетчатые опухоли, развивающиеся из розенмюллеровых тел, не часто достигают такой величины, которая давала бы возможность распознавать их при жизни, и весьма редко размеры их превышают величину яблока. Из этого он заключает, что если открывается в полости таза опухоль величиной в кулак, то это уже ни в каком случае не будет внеяичниковая опухоль (tumor extraovarialis); здесь в предсказании должна быть высказана возможность дальнейшего разрастания опухоли. И далее, стр. 637, он же, рассуждая о лечении опухолей яичников, говорит: «Все случаи водянки яичника (hydrops ovarii) или вообще опухолей, которые невозможно отличить от водянки яичника, все эти случаи должны быть предоставлены самим себе, если размеры их не превышают двух кулаков; при этом, разумеется, должно принять во внимание, что присутствие таких опухолей не нарушает отправлений тазовых органов, не причиняет тяжких страданий и не обнаруживает наклонности к быстрому разрастанию». И еще дальше на той же странице д-р Уест прямо высказывает, что, распознавши мешетчатую опухоль вольфова тела, позволительно обнадежить больную, что ей не грозит опасности от разрастания такой опухоли.

Хотя только что приведенные места из сочинений проф. Вирхова и д-ра Уеста прямо противоречат нашему заключению о происхождении мешетчатой опухоли, тем не менее, имея в руках препарат и внимательно изучив его, мы должны остаться при своем мнении. Опухоль зародилась первоначально в широкой маточной связке; серозные листки связки одевают

опухоль и развивались по мере разрастания ее; в стенках самой опухоли находится меньше сосудов, чем в наружном ее покрове; последние сосуды имеют больший калибр и через посредство рыхлой клетчатки находятся в соединении с сосудами самой опухоли.

В подтверждение своего мнения наконец прибавлю еще, что опухоль могла быть отсечена без яичника; яичник удален был вместе с опухолью потому только, что на нем замечены два небольших мешочка, наполненные серозной жидкостью. Следовательно, операция в первом случае не могла бы уже быть названа ovariotomia, а просто cystotomia — отсечение мешетчатой опухоли из брюшной полости. (Описание патологического препарата этой мешетчатой опухоли читано в заседании Общества одесских врачей 16 декабря 1867 г.).

7 декабря, 5½ часов вечера: пульс 88, температура 39. 7 часов вечера: тошнота; назначено глотать кусочки льда. Пульс 108, температура 39. 10 часов вечера: жалуется на тошноту и боль в правом боку внизу живота; впрыснуто под кожу Morphii acetici 1/7 г, и скоро затем найден пульс 84, температура 37.

8 декабря спала ночью очень порядочно в течение 6 часов. В 7½ часов утра: отрыжка, незначительная боль в животе. Пульс 90, температура 37,8. В 1 час пополудни: больная выпила немного бульона; пульс 90, температура 38. 6 часов вечера: пульс 110, температура 38,6. Впрыснуто под кожу Morphii acetici 1/7 г.

9 декабря, 12 часов утра. Боль из раны распространяется по животу и в поясницу. Больная сильно потеет. Пульс 116, температура 38,2. 7 часов вечера: пульс 106, температура 37,6. Впрыснуто под кожу Morphii acetici 1/7 г.

10 декабря, 12 часов дня: спала хорошо в течение 10 часов. Отрыжка; незначительная боль в животе. Пульс 106, температура 38. 7 часов вечера: пульс 106, температура 38. Впрыснуто под кожу Morphii acetici 1/7 г.

11 декабря, 12 часов дня. Сон был тревожный. Пульс 112, температура 38. Снята повязка. Полное заживление раны через первичное натяжение; немного грязновато-гнойной жидкости под жомом. Удалены все 3 металлические шва.

12 декабря. Спала очень дурно. Мочилась без помощи катетера. Показалось месячное кровотечение почти двумя неделями раньше срока. 12 часов дня: удалены поверхностные швы раны; рана перевязана раствором Kali hypermanganici (3ß in lbj aquae destillatae). Пульс 110, температура 37,5. 7 часов вечера: пульс 116, температура 37,2.

13 декабря, 12 часов дня. Спала ночью хорошо; больная гораздо спокойнее и веселее. Пульс 108, температура 37,9. Отпал жом; в месте прикрепления ножки немного жидкого сукровичного гноя. В средней части раны чувствуется затвердение под общими покровами; в этом месте проходил средний металлический глубокий шов; из отверстий шва выделилось до

4 чайных ложечек густого гноя. 7 часов вечера: пульс 112, температура 38,3. Впрыснуто под кожу Morphii acetici $^1/_7$ г.

14 декабря. Спала ночью хорошо. 12 часов дня: пульс 104, температура 38,2. Назначено промывательное из теплой воды. 7 часов вечера: пульс 104, температура 38. Промывательное не вызвало испражнения.

15 декабря. Ночью чувствовала боль в животе и имела небольшой озноб, продолжавшийся полчаса. Пульс 104, температура 37,6. Назначено Olei ricini ℥ß.

16 декабря. Имела два обильных испражнения. Позволено лежать на боку. Больная в течение 4 дней уже ест, кроме бульона, курицу, телятину и легкие пирожные; выпивает за обедом немного столового вина. Прекратилось месячное кровотечение.

19 декабря. Рана заживает довольно быстро. Позволено сидеть в кресле.

28 декабря. Рана закрылась. Больная поправилась вполне и предполагает оставить больницу через два или три дня.

ВЫСЕЧЕНИЕ ОПУХОЛИ МАТКИ [10]

(Высечение матки и обоих яичников)

Пелагея Андреевна Токарева, девица, 32 лет; телосложения среднего, малокровна; кроме бледности, кожа имеет желтоватый оттенок. Первое месячное кровотечение получила на 15-м году и уверяет, что очищение всегда было очень обильно, продолжалось от 8 до 10 дней. Кровь отходила часто в виде сгустков; никогда не наблюдалось правильности в появлении месячного кровотечения: иногда являлось оно через две недели, иногда через две с половиною, никогда не бывало более длинного промежутка. Объем живота увеличен и вот размеры его: окружность туловища через пупок 93,5 см, между верхними остистыми отростками 36 см, от лобка до пупка 20 см, от пупка до мечевидного отростка 16,5 см. Пупок сглажен, покровы живота подвижны; справа над пупартовой связкой замечается под кожей опухоль величиной в голубиное яйцо; опухоль довольно твердая, неболящая, подвижная, яйцевидная. В полости живота прощупывается опухоль. Больная объявила, что 9 лет назад заметила начало образования опухоли в полости живота в средине над лобком. Опухоль первоначально медленно развивалась, быстрее стала увеличиваться только в течение последнего года; никогда она не причиняла боли, и в последнее время обременяла больную только своею тяжестью. Больная приписывает болезненное свое состояние присутствию опухоли в животе, уверяет, что легкий отек ног появился с началом образования опухоли и не исчезал затем никогда. Опухоль легко передвигается с боку на бок, имеет неправильную продолговатую форму, которая заметна даже и для глаза. В опухоли слева вверху замечается придаток величиной в кулак; в придатке чувствуется довольно ясное зыбление. Что же касается остальной опухоли, то чувство зыбления в ней очень неопределенное, хотя дает возможность предположить присутствие, если не совсем жидкого, то по крайней мере полужидкого (студенистого) содержимого. Больная исследована мною много раз, и всякий раз я получал

впечатление довольно ясного зыбления в верхнем придатке и неопределенное чувство зыбления в остальной опухоли. Тимпанический кишечный тон при постукивании получался только в верхней части живота.

Исследование per rectum не дало никакого результата — нельзя было достигнуть до маточной шейки. Неправильность в появлении месячного кровотечения и обилие его требовали исследования матки. Я проник осторожно пальцем в полость влагалища, не разрушивши hymen: влагалище вытягивалось воронкообразно, и в конце его с трудом можно было ощупать конец маточной шейки и отверстие ее (os tincae virginae). Органы грудной полости найдены в удовлетворительном состоянии; отправления мочевого пузыря и прямой кишки правильны. Несколько товарищей, приглашенных исследовать больную, объявили, что в опухоли есть зыбление и высказали, что мы, весьма вероятно, имеем дело с многополостной мешетчатой опухолью.

Операция сделана в Одесской городской больнице 2 февраля 1868 г. в 10 часов утра. Присутствовали при операции: старший врач больницы д-р Брусс е; ординаторы больницы: Кондратович, Клеберг, Шмидт, Соловейчик, Вдовиковский, Диамандопуло, Сморчевский, Тедер, Акин; вольнопрактикующие врачи: Дитерихс, Иванов, Коколан, доцент Новороссийского университета д-р Бернштейн. Я приступил к операции ввиду следующих положений: 1) больная выражала настойчиво желание подвергнуться операции; 2) в брюшной полости положительно находилась опухоль; 3) зыбление в опухоли мне представлялось всегда сомнительным, но мнение товарищей врачей, находивших зыбление, признаюсь, поколебало несколько первоначальное мое убеждение. Тем не менее, допустивши как возможность присутствие многополостной мешетчатой опухоли, я был приготовлен встретить твердую опухоль матки; 4) при встрече с маточной опухолью я предположил высечь ее, предположил даже высечь ее вместе с маткой и яичниками, исключая, естественно, случай положительной невозможности произвести подобную операцию, т. е. если бы представились непреодолимые препятствия. Обо всем этом я и предупредил присутствующих. Сделан разрез в 6 дм по средней линии живота между пупком и лобком; после вскрытия брюшины представилась опухоль, покрытая толстой серозной оболочкой; в опухоли, казалось, чувствовалось неопределенное зыбление. Рукой можно было обойти бо́льшую часть окружности опухоли, причем справа внизу, казалось, были найдены плотные сращения опухоли с боковой брюшной стенкой; обнаружилось, что здесь уплотненная брюшина в виде широкой складки переходила с боковой части живота на опухоль. С большим трудом можно было вонзить в опухоль троакар; истечения

жидкости не последовало, содержимое опухоли оказалось плотным; из-под троакара вытекло немного черной крови. Пришлось извлекать целиком всю опухоль, и нужно было расширить первоначальную рану вверх еще на 5 дм. Разрез поведен выше также по средней линии, обойдя пупок с левой стороны. Опухоль извлечена. По сторонам ее висели яичники; близ левого яичника находился серозный пузырь величиной в куриное яйцо. Основание опухоли почти выполняло просвет верхнего отверстия малого таза. Ножки собственно не было. Мы имели дело с опухолью, находившейся в прямой связи с маткой, или, лучше сказать, выросшей из матки. Для удаления ее я составил себе следующий план: отделить брюшину с нижней половины опухоли, чем, естественно, мы устранили возможность поранить мочевой пузырь и прямую кишку; далее, с отделением брюшины мы приобретали возможность достигнуть до основания опухоли или до самой матки, оставляя в стороне прилежащие значительные сосуды и мочеточники. Ввиду этой цели я надсек брюшину с левой стороны опухоли, впереди толстого пучка сосудов, составлявших, повидимому, пучок сосудов левой широкой маточной связки. Наложивши крепкую лигатуру на эти сосуды, я стал отделять брюшину спереди и сзади опухоли, и после получасовой усиленной работы мне удалось отделить ее вокруг всего основания опухоли, так однакоже, что на пространстве $^3/_4$ окружности опухоли я рассек брюшину, оставивши ее целой еще на правой стороне в том месте, где проходил пучок сосудов правой широкой маточной связки. Непосредственно на маточную шейку была наложена цепь большого экразера (Luer'a) и опухоль отдавлена медленными поворотами винта (полоборота каждые 15 секунд). Через 20 минут была пересечена матка, но опухоль удерживалась в связи с тазовыми органами еще складкою брюшины с правой стороны. На эту складку наложен жом, и затем отсечена окончательно опухоль.

Больная была страшно изнурена, хотя потеряла немного крови; операция продолжалась уже более полутора часа, и опасно было продолжать хлороформирование, на которое употреблено уже было более двух унций хлороформа. Нужно было торопиться окончанием операции. Для избежания натяжения я удалил жом, наложивши непосредственно под ним двойную петлю; лигатуры были коротко отсечены и опущены в полость живота. Помощью губок удалена кровь из брюшной полости. Казалось, что кровь сочилась с поверхности обширной раны, но откуда собственно, трудно было решить. Понадеявшись на действие экразера, мы поспешили наложить швы на рану и давящую повязку, состоявшую из нескольких ватных подушек и широких лент липкого пластыря, обнимавших $^3/_4$ окружности туловища.

Больная, еще не совсем освободившаяся от влияния хлороформа, уложена в постель; пульс слабый, малый, показывал около 90 ударов в минуту. Через полчаса она пришла в себя и стала жаловаться на боль в животе; сделано впрыскивание под кожу $^1/_7$ г ρ[ανα] уксуснокислого морфия; боли скоро успокоились, больная стала засыпать.

6 часов вечера: пульс слабый, малый, 94 удара в минуту; больная в полном сознании и отвечает удовлетворительно на вопросы; не жалуется на боль в животе. Имела 3 раза рвоту. Вообще заметная анемия и упадок сил. Сделано предположение о возможности внутреннего кровотечения.

В 7 часов наступила агония и затем смерть через 7 часов после окончания операции.

Опухоль неправильно овальной формы представляет умеренную плотность и упругость; слева вверху имеет два придатка, слегка выдающиеся над поверхностью опухоли: один величиной в гусиное яйцо, другой — несколько более куриного. Плотность придатков меньше плотности самой опухоли. Справа внизу на четыре поперечных пальца выше сечения опухоли находится еще придаток величиной в куриное яйцо. Последний придаток соединен с поверхностью опухоли посредством (предыдущие соединены непосредственно с опухолью) плотной клетчатки. Вес опухоли $14^1/_2$ фунтов. Продольный диаметр ее равняется $27^1/_2$ см, наибольший поперечный—22 см.

Сечение прошло только через маточную ткань, не задевши собственно опухоли. В средине сечения заключается отверстие (канал маточной шейки), через которое входит зонд на расстояние 23 см. $^3/_4$ окружности опухоли покрыты брюшиной. Справа внизу висит яичник с фаллопиевой трубой; слева, несколько выше средины опухоли, замечается другой яичник с фаллопиевой трубой; при левом яичнике находится серозный пузырь величиной в куриное яйцо. Посредине опухоли спереди в толщине брюшинного покрова лежит поперек левая фаллопиева труба в виде шнурка толщиной в полпальца. Длина левой фаллопиевой трубы 26 см, правой — 19 см.

По направлению введенного через отверстие маточной шейки зонда сделан разрез и вскрыта полость матки; длина ее 23 см, ширина в средине 5 см. В верхнем конце полость матки продолжается прямо в левую фаллопиевую трубу, внутреннее отверстие правой фаллопиевой трубы открывается на расстоянии 16 см от входа в полость матки. Толщина маточной стенки в средине 3 см, вначале и вверху — 2 см. Слизистая оболочка полости матки утолщенная, разбухшая, местами пропитанная кровью и покрыта значительным слоем густой слизи. Матка спаяна с правой боковой частью опухоли и брюшинный покров ее служит покровом и для опухоли; очевидно, опухоль зародилась в левой и задней части матки.

В разрезе опухоль представляет желтовато-белую массу, напоминающую разрез мозговика. В центре опухоли замечаются островки губчатого вещества, состоящего из множества сосудов; самый большой островок имеет в диаметре 3 см. Дальнейшее исследование показывает, что опухоль зародилась первоначально под брюшинным покровом матки, вне мышечного ее слоя. Кроме брюшины, опухоль имеет собственную свою оболочку из очень плотной клетчатки, обильной сосудами. Опухоль довольно легко вылущивается из своей оболочки. Местами мышечная ткань матки пропитана, повидимому, инфильтратом, напоминающим ткань опухоли.

Микроскопическое исследование опухоли: препараты, обработанные слабой уксусной кислотой, представляют при увеличении в 300 раз клеточное строение, изредка п р о н и з ы в а е м о е волосными сосудами; местами замечаются группы из круглых клеток с явственным ядром, местами из продолговатых в виде миртового листа; последние клетки расположены в виде отдельных групп и так, что в каждой группе меняется направление продольного диаметра клеток; в продолговатых клетках при обработке уксусной кислотой также выступают явственно ядра. Вообще микроскопические препараты представляют очень красивый рисунок. Опухоль с большой вероятностью можно причислить к саркоматозным опухолям.

Вскрытие сделано через сутки после смерти: бледность всего тела; живот спавшийся, вся рана склеена, но слабо, края ее расходятся при незначительном растяжении. После разведения краев раны открыта брюшная полость, в которой найдена жидкая кровь темного цвета; брюшина слабо красного цвета, особенно на тонких кишках. Извлечено из полости брюшины приблизительно $1^1/_2$ фунта жидкой крови и 3 или 4 кровяных сгустка величиной в голубиное яйцо; кровяные сгустки дряблые, рыхлые. По удалении жидкой крови и кровяных свертков открыта внутренняя рана, занимавшая приблизительно пространство в $1^1/_2$ ладони: передняя и задняя граница раны состояла из края брюшины, на боках лежали лигатуры. Сзади левой лигатуры замечается кровяное пятно на пространстве одного квадратного дюйма; при более внимательном исследовании открывается в пятне сверток величиной в сливу; от свертка кровяное пятно протягивается в рыхлой клетчатке вверх по краю чресленной мышцы (psoas) на 6 дм. Этот кровяной подтек имеет узловатый вид, шириной местами в 1 дм, местами в полдюйма и менее. В средине раны замечается разрез маточной ткани; диаметр разреза равняется 2 дм. В центре разреза матки виднеется отверстие в 3 линии в диаметре; из отверстия при давлении со стороны влагалища вытекла большая капля густой слизи; зонд через это отверстие проходит в полость влагалища. Разрез матки прикрывается краем брюшины, под которой лежит мочевой пузырь. Остав-

шаяся часть матки или, лучше сказать, маточной шейки имеет 2 дм длины и $1^1/_2$ дм толщины.

Поверхность внутренней раны не представляла ни кровяных свертков, ни кровяных подтеков, исключая упомянутое уже место в клетчатке слева, сзади лигатуры. По всему вероятию, здесь находился источник кровотечения. И действительно, дальнейшее исследование открыло, что семянная артерия (arteria spermatica interna sinistra), имевшая калибр вороньего пера, была отсечена в уровень с поверхностью раны; разрез артерии выполнен едва свернувшеюся кровью, и клетчатый покров ее инъицирован на расстоянии $2^1/_2$ дм. С большою вероятностью можно предположить, что источник кровотечения находился в разрезанной семянной артерии. Смерть последовала вследствие внутреннего кровотечения. (Препараты маточной опухоли и влагалища с оставленной частью маточной шейки хранятся в собрании патологических препаратов Одесской городской больницы под № 10 и 11, 1868 г.)

Высечение опухолей яичников есть довольно частая операция в наше время; очень подробное описание настоящего случая я сделал потому, во-первых, что он резко выступает из ряда обыкновенных, во-вторых, потому, что подробное описание несчастных случаев часто бывает также (если не более еще) поучительно, как и описание счастливых. Ввиду этого, милостивые государи, я позволю себе остановиться несколько на вопросе о распознании опухолей яичников и заключу двумя, тремя словами по поводу техники операции в данном случае. При диагностике болезней положение хирурга и терапевта далеко не одинаково. На чьей стороне преимущества, предоставляется судить каждому. Дело только в том, что самая тонкая диагностика терапевта остается тонкой, пожалуй, даже не заподозренной, если больной счастливо вышел из болезни. Не всегда такова судьба тонких хирургических диагностик, и невольно приходится предпосылать им всевозможные случайности и вероятности, потому что дигностику свою хирург должен доказать всякий раз на деле с ножом в руках. В настоящем случае мы встретили при операции как раз то, что подводили под меньшую вероятность, наибольшая же наша вероятность положительно не оправдалась. Из описания операции видно, что мы предполагали иметь дело с многополостною опухолью яичника, не исключив однакож возможности встретить твердую опухоль матки. В пользу первого положения имелись данные: а) опухоль в брюшной полости с неопределенным чувством зыбления; более явственное зыбление в придатке опухоли — обстоятельство, очень часто гово-

рящее в пользу многополостной опухоли яичника. Сложные мешетчатые опухоли яичников представляют содержимое различной плотности в различных полостях, и это зависит и от времени образования полости, и от большего или меньшего количества железистых мешков, которые обыкновенно выстилают внутреннюю поверхность таких опухолей. Известный факт, что ясность зыбления находится в обратном отношении с плотностью жидкости: чем плотнее жидкость, тем неопределеннее чувство зыбления. Я помню опыты, которые показывал проф. Нелатон в Париже: он брал 3 пузыря, и наполнял один чистой водой, другой — водой с прибавлением незначительного процента студени; третий содержал до 40% студени. В первом пузыре чувство зыбления было очень явственное, во втором — менее явственное, в третьем его не было вовсе. Этими опытами воспроизводится прекрасно то, что мы встречаем в природе; некоторые мешетчатые опухоли, содержащие густую массу в виде сваренного крахмала, вызывают в пальцах при исследовании впечатление пузыря с 40% содержанием студени. Такое же точно ощущение получаем мы при исследовании некоторых мягких сарком, миксом и особенно гуммозных венерических опухолей в том периоде, когда в них начинается процесс жирового распадения. Я часто вскрывал такие гуммозные опухоли и не находил в них обыкновенного гноя. Мы знаем из опыта, и ежедневно почти находим доказательства этого опыта в нашем венерическом отделении, что такие зыблющиеся гуммозные венерические опухоли всасываются без малейшего следа. На высеченной опухоли мы можем убедиться в этом неопределенном чувстве зыбления, несмотря на то, что масса ее в сущности плотная, а не жидкая. Если предположить теперь мешетчатую саркому матки (cystosarcoma), то едва ли бы возможно было исключить положительно присутствие мешетчатой опухоли яичника. Затруднительное положение может выясниться только при подробном исследовании и обсуждении других диагностических данных. б) Зыблющиеся опухоли мы встречаем обыкновенно в яичниках. в) Медленный рост зыблющейся опухоли. На основании этого факта можно было допустить мешетчатую опухоль яичника с большей вероятностью, чем саркому; саркомы растут обыкновенно быстрее. Посмотрим, какие данные ложатся в пользу второго положения, т. е. присутствия собственно маточной опухоли: а) беспорядки месячного кровотечения наблюдаются весьма часто при развитии опухолей в самой матке, и в данном случае это наблюдалось. Фиброма, одна из самых частых опухолей матки, была исключена на основании незначительной плотности опухоли и неопределенного зыбления; б) воронкообразная форма влагалища и сильно втянутая в полость живота матка; нельзя было достигнуть до маточной шейки per rectum. Эти два факта были приведены как доказательства

в пользу того, что опухоль принадлежит матке. Если взвесить теперь данные первого предположения с данными второго, то, кажется, перевес останется в пользу опухоли яичника. Под влиянием такого убеждения по крайней мере мы приступали к операции.

На высеченной уже опухоли мы увидели, что не воспользовались еще одним средством при распознавании, именно — введением маточного зонда. Зонд, проникнув в маточную полость длиной почти в 25 см, бросил бы немало света на свойства опухоли. Девственность больной удержала нас от этого способа исследования, но, нужно сознаться, это не оправдание.

Что же касается техники операции в данном случае, то позволяю себе сказать несколько слов относительно отделения брюшины. Не было возможности отнять опухоль и увеличенную матку вместе с брюшиной; мы рисковали рассечь пузырь, мочеточники, а может быть, и близлежащие большие сосуды. С этой целью мы отделили брюшину от опухоли и матки и наложили экразер непосредственно на матку под основанием опухоли. Разрез был чист, и если бы не внутреннее кровотечение из семенной артерии, то можно было бы рассчитывать на возможность счастливого исхода. Случаи выздоровления после высечения матки с обоими яичниками уже наблюдались и занесены как факты в литературу. Наконец выражаю мое мнение, что в подобном положении я отдам другой раз преимущество раскаленному железу перед экразером, бескровный разрез которого иногда оказывается очень кровавым. Впрочем, в данном случае внутренняя семянная артерия дала вторичное кровотечение потому, может быть, что была слишком рано отдавлена, находившись относительно на периферии ножки.

35 ОВАРИОТОМИЙ [11]

В прилагаемой таблице приведены 35 операций, заканчивающих первую полусотню произведенных мной овариотомий. Первые 15 операций описаны были очень подробно; мы не считали необходимым такое же подробное описание остальных случаев ввиду того, что литература в настоящее время не бедна уже казуистикой овариотомий. Между тем наглядное изложение отдельных случаев в таблице облегчает обзор их, отмечает существенные анатомопатологические явления в новообразованиях яичников, показывает данные оперативных приемов и представляет удобный материал для статистических выкладок. Больные наши оперированы были при различных условиях климатических и далеко не при одинаковых условиях обстановки. Так, первые 15 овариотомий сделаны были в Одессе, следующие 13 — в Петербурге и, наконец, последние 22 — в Москве. Принимая во внимание исключительно климатические условия, можно бы предположить, что на юге вообще выгоднее оперировать, чем на севере, потому что из 15 оперированных в Одессе умерли 3, тогда как из 13 оперированных в Петербурге — 6; 6 же умерли и в Москве из 22 оперированных. Такое заключение, однако, было бы крайне ошибочно: при оценке исходов операций необходимо принять во внимание, кроме условий климатических, и многие посторонние обстоятельства. Большинство наших овариотомий производилось в больницах и клиниках, причем наблюдалось иногда, что следовал целый ряд овариотомий, протекавших очень благоприятно в больнице, и затем целый ряд овариотомий, менее благоприятно протекавших, в частных домах. Сделать из этого какое-либо правило для руководства нельзя; необходимо только с бóльшим вниманием изучить обстоятельства, при которых производились овариотомии. Одесская городская больница считается одной из наименее удовлетворительных в гигиеническом отношении; и уже никоим образом гигиеническая обстановка Одесской больницы не может быть поставлена в уровень с гигиенической обстановкой вновь

отстроенных госпитальных клиник Военно-медицинской академии; между тем оперированные в Одесской больнице дали 20% смертности, а оперированные в клиниках петербургских (2-е хирургическое отделение и академическая хирургическая клиника Виллье) — $46^{2}/_{13}$%. Мне сдается, что причина такой существенной разницы смертельных исходов лежит главным образом в том, что первые 15 наших овариотомий относятся к тому времени, когда приемы распознавания мешетчатых опухолей яичников были еще мало разработаны, а техника операции только что вырабатывалась: вследствие этого мы невольно подбирали случаи для овариотомии, т. е. мы были чрезвычайно осторожны в выборе и приступали к операции только тогда, когда явления мешетчатой опухоли яичника были очень точно выражены, и все свидетельствовало в пользу того, что при операции не встречены будут непреодолимые трудности. В то время мы избегали оперировать случаи трудные, с разными осложнениями *. Мешетчатая опухоль яичника неминуемо убивает женщину; успешная овариотомия гарантирует полное выздоровление. Вот почему по мере того, как разрабатывались и совершенствовались средства распознавания мешетчатых опухолей яичников и упрощались оперативные приемы, круг подбираемых для операции случаев расширялся все более и более, а оперирующие становились все предприимчивее.

Уже в Петербурге мы стали производить овариотомии при соблюдении всех подробностей противогнилостных приемов лечения; в настоящее время овариотомия не может быть производима иначе, как только при самом строгом соблюдении правил листеровского способа лечения ран вообще. Между тем противогнилостные приемы в Петербурге сопровождались исходами, далеко менее благоприятными, чем те приемы, которыми мы пользовались при производстве овариотомий в Одессе. Последние состояли в следующем: избиралась в больнице комната, по возможности удаленная и обособленная от остальных палат; она очищалась, стены ее выбеливались раствором извести, полы, окна и двери тщательно вымывались. Затем в течение 2—3 дней комната протапливалась при открытых дверях и окнах для усиления тяги и обмена воздуха. Таким образом приготовлялась комната для каждой овариотомии, производилась ли последняя в больнице или в частном доме, все равно. Этими же правилами мы руководствуемся при производстве овариотомии и в настоящее время; только всем изложенным мерам предпосылаем еще всякий раз тщательное очищение комнаты от пыли. Во всех домах, не исключая и домов с самой роскошной обстановкой, на

* Первые наши овариотомии произведены были в промежуток времени с 1865 г. до 1869 г.

карнизах, в углублениях разных украшений и особенно на печах (если они выступают из уровня стены), вы всегда найдете значительные слои пыли; при усиленных токах воздуха эта тонкая пыль разносится по комнате и постепенно оседает на новых предметах. Необходимо предварительно снять пыль с карнизов; это производится всего действительнее помощью мокрых полотенец; затем уже приступают к очищению комнаты по вышесказанным правилам. Нельзя сомневаться, что строжайшие чистота и опрятность при овариотомии могущественно способствуют благоприятному исходу операции. Чем строже будут применятья при овариотомии приемы листеровского лечения ран, тем благоприятнее будут и исходы этой операции. Идеал чистоты и опрятности в хирургии есть применение листеровских приемов лечения ран.

Если сравнить оперативные приемы, которыми мы пользовались при производстве овариотомии в 1865 г., с теми правилами, которыми мы руководствуемся при операции в настоящее время, то увидим громадную разницу в смысле усовершенствования и упрощения хирургической техники. Теперь мы оканчиваем бóльшую часть наших овариотомий при помощи ножа, пары зубчатых пинцетов и ножниц; пеановские пинцеты служат нам для перевязки кровоточащих сосудов; иногда пользуемся троакаром Spencer Wells для опорожнения объемистых мешетчатых опухолей. Названные инструменты составляют весь несложный инструментальный запас, свидетельствующий о весьма значительном упрощении хирургической техники при овариотомии. В упрощении технических приемов сделано много; но сделанное не представляет еще крайнего предела, — возможно и дальнейшее усовершенствование по этому пути.

Едва ли в настоящее время можно еще серьезно рассуждать о преимуществах внебрюшинного и внутрибрюшинного способов укрепления перерезанной ножки мешетчатой опухоли. Если принять во внимание, что при укреплении ножки вне брюшины можно вызвать сильное натяжение матки и ближайших к ней органов, дать повод к ущемлению кишечника, и, что́ всего важнее, приходится устранить возможность непосредственного, герметического закрытия брюшной полости, то, естественно, все преимущества остаются на стороне внутрибрюшинного способа укрепления перерезанной ножки. Здесь спорным может представиться вопрос: каким способом всего успешнее обеспечить себя от последовательного кровотечения при опускании ножки в брюшную полость? Оперируя в Одессе, мы тогда уже приписывали важное значение и предвещали будущность внутрибрюшинному способу опускания ножки: из 15 овариотомий в Одессе мы опускали перевязанную ножку в полость брюшины 6 раз, и только в одном из этих 6 случаев был смертельный исход. Но тогда мы не

знали противогнилостных приемов и не владели струнной обеззараженной нитью. Со времени же усвоения листеровских приемов мы всегда опускаем ножку в полость брюшины, и до сих пор нам не попадалось случая, в котором этот прием оказался бы неосуществимым. При весьма короткой ножке можно защемить ее предварительно жомом, затем перерезать и перевязать отдельно каждый кровоточащий сосуд. Так поступили мы однажды при вырезывании мешетчатой опухоли у беременной (№ 49): из опасения вызвать раздражение беременной матки в том случае, если бы перевязка ножки сделана была у самой матки, мы перенесли перевязку ближе к опухоли; когда же ножка была перерезана, то оставшийся кусок культи оказался коротким, не мог удержать перевязки и петля соскользнула. Тогда мы извлекли наружу перерезанную ножку и перевязали в ней отдельно каждый кровоточивший сосуд. Исход операции был благоприятный.

Когда предполагают опустить ножку в брюшную полость, то прибегают к отщемлению ее помощью экразера, отжиганию или перевязке. Первые два приема не могут считаться безусловно надежными. Отщемление ножки опухоли помощью экразера производилось нечасто; хотя при этом и получались исходы благоприятные, тем не менее мы знаем, что после размозжения тканей экразером может обнаруживаться последовательное артериальное кровотечение: нам приходилось наблюдать артериальное кровотечение после разделения экразером тканей языка, складок слизистой оболочки прямой кишки и др. Еще менее, может быть, гарантирует от кровотечения отжигание ножки, будет ли оно произведено гальванокаустически или при помощи аппарата Пакелена, все равно. При отжигании частей тела кровотечение останавливается вследствие обугления тканей и образования пробок в отверстиях разделенных артерий. Если пробки эти могут оставаться на месте неподвижно, как при прижигании, например, поверхности костного распила, то они прочно останавливают кровотечение. В тех же случаях, когда пробки образовались в мягких тканях, легко меняющих свое положение, они не могут держаться прочно, — легко происходит последовательное кровотечение. Несомненно, что перевязка ножки обеспечивает от кровотечения всего вернее. Ножку опухоли перевязывают шелковой или струнной нитью. Смотря по объему ножки, перевязка производится в 2—3 или даже в 4 пучках. При разделении ножки, например, на две половины, перевязывается каждая половина отдельно или так, что обе нити перевязки образуют между собой цепь. Ножка перерезывается сантиметра на 1,5 или на 2 к периферии от перевязки, которая заключена в ней, как в петле. Последнее необходимо для того, чтобы помешать соскальзыванию перевязки. Мы употребляем для

перевязки ножки исключительно струнную нить (№ 3 или 4); многие пользуются шелковой нитью. Обеззараженная шелковая нить не вызывает обыкновенно гнойного воспаления, но обмешечивается соединительной тканью и остается в теле на многие годы. Иногда в полости мешочка, одевающего шелковую петлю, образуется сукровично-гнойная жидкость *; в некоторых случаях вокруг петли развивается нагноение, и через известные промежутки времени (иногда очень продолжительные, до 3—4 месяцев) петля выводится наружу как постороннее тело. Струнная же нить, заложенная среди живой ткани или оставленная в полости брюшины, сначала разбухает, а позднее рассасывается до полного исчезновения; рассасывание, смотря по калибру нити, происходит в течение более или менее продолжительного промежутка времени, от 4 до 16 дней **. Способность струнной нити рассасываться среди живой ткани составляет драгоценное ее свойство; в этом свойстве струнной нити противогнилостный способ лечения нашел одно из лучших приобретений, а операция овариотомии — счастливейший прием упрощения оперативной техники. Опасаются, что через посредство струнной нити могут быть внесены в организм заразные начала. Но опасение это с равным правом можно приложить и ко всем другим частям наших современных перевязок, потому что заготовление их совершается фабрично. Если выраженное опасение принадлежит одинаково и шелковой нити, то не подлежит сомнению, что за струнной нитью должно быть оставлено преимущество на первенствующее значение.

Прежде чем перейти к оценке статистических выводов, укажем на значение некоторых фактов, отмеченных при этих 35 овариотомиях. Так, 27 раз перерезанная ножка опухоли опущена была в полость брюшины ***; 8 раз операция произведена была по способу Л е д р а н а. Сравнительно очень частое применение способа Л е д р а н а объясняется тем, что до сих пор мы всегда доводили до окончания всякую овариотомию; нам приходилось преодолевать иногда чрезвычайные трудности, как, например, в № 30, в котором мешетчатая опухоль левого яичника представляла непреодолимые сращения на уровне мыса (promontorium); наложена была перевязка на плотные сращения, и масса новообразования срезана над перевязкой; больная выздоровела. В тех случаях, где мешетчатая опухоль никоим образом не могла быть высвобождена, мы прибегали к удалению ее по способу Л е д р а н а. Часть мешетчатой опухоли, которую предполагалось оставить в брюшной полости, притягивалась по возможности к ране брюшной стенки; накладывался густой шов из струнной,

* Диссертация доктора *В. Масловского*, СПБ, 1866.
** Диссертация доктора *Элиашевича* (СПБ).
*** В этом числе находится и № 22, в котором опухоль не имела ножки.

обеззараженной нити между сывороточным покровом опухоли и краем перерезанной пристеночной брюшины; после того опухоль срезывалась, и края срезанного мешка еще раз сшивались плотно с краем раны общих покровов живота. Если на дне оставленной части мешка нет сосочковатого новообразования или множественного развития мешетчатых образований, то подобные случаи протекают обыкновенно благоприятно; больные почти не лихорадят, несмотря на то, что после оконченного шелушения внутренней поверхности мешка почти всегда наблюдаются обильное нагноение и разрастание пышной грануляционной ткани, выполняющей полость мешка. По способу Ледрана приходится оперировать те случаи, когда сращения представляются непреодолимыми; в этих случаях иногда операция остается неоконченной. Из 35 последних овариотомий мы применили способ Ледрана 8 раз; только в 3 из этих 8 случаев исход был смертельный: следовательно, способ этот как крайняя мера в затруднительных положениях дает сравнительно немало надежды на спасение больной.

Очень часто при овариотомии встречаем явления, которые можно было предугадывать до операции только с некоторой долей вероятности, а иногда и такие, которых совсем нельзя было предвидеть: неожиданные случайности весьма часто встречает оперирующий мешетчатые опухоли яичников. Однажды по вскрытии брюшной полости у девицы К., 27 лет (№ 47), представилась опухоль белесовато-розового цвета; цвет опухоли и необычайная толщина стенок ее заставили допустить возможность, что мы имеем дело с беременной маткой; вследствие родившегося сомнения мы до прокола опухоли произвели двойное ручное исследование следующим образом: указательный и средний пальцы левой руки введены были через рану в полость брюшины, в таз, а указательный палец правой руки — во влагалище; тогда можно было точно определить матку, ее положение, ножку опухоли и положение правого яичника; прием исследования оказался весьма удобным; больная выздоровела.

Подводя итоги для всех 35 последних овариотомий, мы получаем такие заключения:

1. Из 35 оперированных выздоровели 23, умерли 12; процент смертности равняется, стало быть, $34^2/_7$. Если же из числа умерших исключить 3 умерших вследствие злокачественного новообразования (2 раза рак яичника, 1 раз — саркома), то получится только $25^2/_7\%$ смертности.

2. В числе оперированных было 24 замужних и 11 девиц.

3. Мешетчатые опухоли яичников представляли сращения брюшины со стенками и с разными органами брюшной полости 28 раз и только 7 раз опухоли были без сращений.

4. 27 раз перевязанная ножка опухоли после перерезки опущена была в полость брюшины (в этом числе значится

и № 22, в котором опухоль яичника не имела ножки); 8 раз мешетчатые опухоли яичников оперированы были по способу Л е д р а н а.

5. Мы приписываем важное значение возможности закрыть герметически полость брюшины непосредственно после операции. Однако же в тех случаях, когда в полость брюшины попадает известное количество крови, сукровицы или случайно излившейся студневидной жидкости из опухоли, мы вводим одну, иногда две очень толстые дренажные трубки. Они проникают в полость брюшины; назначение их — способствовать выведению наружу попавших в полость брюшины жидкостей, что обыкновенно достигается, благодаря применению после операции давящей повязки. 27 раз брюшная полость была закрыта герметически непосредственно после операции, 8 раз — вводилась в полость брюшины толстая дренажная трубка.

6. 30 раз встречены были многополостные мешетчатые новообразования яичников (cystomata), 2 раза — однополостные (cystides simplices s. uniloculares) и 3 раза — кожевики (cystides dermoidales).

7. Овариотомия односторонняя произведена была 26 раз, двусторонняя — 7 раз; в 2 случаях вопрос, была ли овариотомия двусторонняя или односторонняя, остался неразрешенным по причине весьма обширных сращений, вследствие которых пришлось применить способ Л е д р а н а.

8. Присоединив 15 овариотомий уже опубликованных, мы получим 50 овариотомий. Из 50 оперированных умерли 15 (30%), но в числе 15 умерших показаны и 4 умершие вследствие злокачественных новообразований яичников (№ 5, 21, 34 и 48); они должны были умереть и независимо от операции. Исключая их из общей цифры умерших, мы получим новую цифру смертности — 11. Эта цифра дает уже не 30% смертности, а всего 22%.

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
16	Никифорова, Ксения. Крестьянка Яросл. губ.	Зам. рож. 3 раза	47	1874 г. 28/IV. 2-е хирургич. отд. М.-Х. академии	Односторонняя правая	Внутри брюшины
17	Третьякова, Софья Ефим. Учительница музыки; урож. земли Войска Донского	Зам. рож. дважды	27	1874 г. 24/XI. 2-е хирург. отд. М.-Х. академии	Односторонняя правая	Внутри брюшины
18	Шарон, Марья Георг.	Дев.	29	1876 г. 14/III в частной квартире в Петербурге	Двусторонняя	Ножка левой меш. оп. опущ. была в брюш., а пр. вшита в рану жив. Из пол. таза чрез задн. св. влаг. пров. дрен. тр. средн. кал.

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
Обыкн. перев. и давление при помощи ватн. подушечек	Умерла 29/IV 1874 г. при явлениях гнилостного перитонита	Опухоль стала развиваться за $1^1/_2$ года до поступления в клинику; 6 раз делаем был прокол для облегчения больной; опухоль накоплялась после каждого прокола весьма быстро. Размеры живота: окружность через пупок 110 см, от мечевидного отростка до пупка 30, от пупка до лона 27. Сращения мешетчатой опухоли с передней брюшной стенкой, с большим сальником, тонкой кишкой и flexura sigmoidea. Мешетчатая опухоль содержала 43 ф. студенистой жидкости; опухоль состояла из множества отдельных мешетчатых образований. В стенках ее во многих местах заложены были узлы сгущенного гноя (творожистые образования)
Обыкновен.	Умерла 25/XI 1874 г. при явлениях гнилостного перитонита	Опухоль в животе стала развиваться за $2^1/_2$ года до поступления в клинику. 6 раз делаем был прокол и всякий раз выпускалось около $1^1/_2$ ведра жидкости. 3 прокола сопровождались впрыскиванием иодистого раствора (разведение иодной настойки?) в полость мешетчатой опухоли; после впрыскивания иодистой смеси ощущалась кратковременная боль в животе, но новое накопление обнаруживалось также быстро, как и после обыкновенного прокола троакаром, без впрыскивания иодистой смеси. Размеры живота: окружность через пупок 101 см, от мечевидного отростка до пупка 23, от пупка до лона 17. Мешетчатая опухоль имела плотные сращения спереди с брюшной стенкой, с большим сальником, с задней стенкой таза в дугласовом пространстве и справа, внизу живота, со слепой кишкой. Новообразование состояло из множества мешетчатых опухолей, содержавших студенистую массу; главный мешок имел емкость в $1^1/_2$ ведра
Обыкнов. перевязка	Умерла 15/III 1876 г. при явлениях гнилостного перитонита	Мешетчатая опухоль развивалась в течение многих лет. Сначала извлечена была опухоль правого яичника, имевшая сращения с тонкими кишками и с боковыми стенками живота. Затем извлечена была опухоль левого яичника, представлявшая весьма плотные сращения со стенками малого таза, с дном матки, S-romano и прямой кишкой. Мешетчатые новообразования состояли из множества полостей, наполненных студневидной жидкостью; во многих полостях находились более или менее развитые сосочковатые новообразования (papillomata). Papilloma, разрушив стенки мешетчатых образований, выступила свободно в таз и при помощи перемычек из соединительной ткани была сращена с S-romano и прямой кишкой

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
19	Дмитровская, Людмила Васильевна. Жена священника из Севастополя	Зам. рож. 4 раза	29	1878 г. 4/X в клинике Виллье СПБ	Односторонняя правая	Внутри брюшины. Ножка была перевяз. толст. струнной нитью
20	Феодосьева, Ольга Петр. Акушерка	Дев.	29	1878 г. 1/X в частной квартире, в С.-Петербурге	Односторонняя левая	Внутри брюшины
21	Размахнина, Афанасья Емельяновна. Жена чиновника из Вятской губ.	Зам.	55	1878 г. 15/X в клинике Виллье в С.-Петербурге	Односторонняя левая	По способу *Ледрана*
22	Г., Александра Львовна. Жена генер.	Зам. рож. 14 раз	52	1878 г. 8/XI в частной квартире в С.-Петербурге	Односторонняя	Опухоль не имела ножки: питан. ее происходило при посредстве весьма обширн. сращен. с окружающи-

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
Листеровская перев. 3 осн. шва чр. брюшину из струнной нити	Выздор. 16/X 1878 г.	Опухоль развилась в течение 2 лет. Последние роды были за $2^1/_2$ года до поступления в клинику. Размеры живота: окружность через пупок 78 см, от мечевидного отростка до пупка 22, от пупка до лона 23; от передневерхней ости до пупка с каждой стороны 32. Опухоль представляла сращения: с передней брюшной стенкой, с тонкой кишкой на пространстве 2 см²; с боковыми стенками малого таза, с прямой кишкой и маткой. Наложено было 12 перевязок из струнной нити на кровоточившие места после отделения сращений. Опухоль состояла из множества отдельных полостей, содержавших студенистую массу. На внутренней поверхности этих мешетчатых образований замечались сосочковатые разрастания (papillomata)
Листеровская перев.	Выздор. 20/X 1878 г.	Развитие опухоли началось в феврале 1878 г. Размеры живота: окружность через пупок 79 см, от мечевидного отростка до пупка 20, от пупка до лона 22. Опухоль с содержимым весила 12 ф. Внутренняя поверхность мешка покрыта была пазухами и перемычками, оставшимися после слияния отдельных мешетчатых образований с общим мешком. Выпущенная жидкость имела студневидные свойства
Листеровская перев.	Умерла 19/XI 1878 г. при явлен. гнойн. воспал. брюшины	Многополостная опухоль стала развиваться в апреле 1878 г. В сентябре 1878 г. в Казани сделан был прокол опухоли троакаром; выпущено было немного кровянистой жидкости. При вскрытии брюшной полости найдено было, что матка была вытеснена кверху в брюшную полость; мочевой пузырь тоже был приподнят вверх, дно его лежало на 6 поперечных пальцев выше лона. *Вскрытие:* явления гнойного перитонита, сращения с большим сальником и кишками, преимущественно с flexura sigmoidea. Опухоль опускалась глубоко в малый таз. Передняя стенка прямой кишки найдена уже прободенной и выполненной прибовидными разрастаниями. Местами стенки мешка представляли *саркоматозное перерождение*
Листеровская перев.	Умерла 11/XI 1878 г.; гнилостный перитонит	За 2 года до операции прекратились месячные и в то же время обнаружилось развитие опухоли в животе. Много раз повторялись явления перитонита, особенно сильны были они в апреле 1878 г. Размеры живота: окружность через пупок 89 см, от мечевидного отростка до пупка 15, от пупка до лона 21. Обширные сращения с передней и боковыми стенками живота; плотные сращения с петлями тонких кишок на большом протяжении с большим сальником. При отделении сращений на тонких кишках вскрыта была полость последних в 3 местах; места эти немедленно зашивались струнной нитью. В одном месте нельзя было

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
						ми частями
23	Герасимова, Екатерина. Крестьянка Новгородской губ.	Зам. рож. 1 раз	21	1878 г. 15/XII в клинике Виллье в С.-Петербурге	?	По способу *Ледрана*
24	Знаменская, Глафира Ивановна. Дочь священника, урожд. Тульской губ.	Дев.	25	1879 г. 25/IX в клинике Виллье в С.-Петербурге	Односторонняя (?)	По способу *Ледрана*
25	Никитина, Александра. Крестьянка Смоленской губ.	Зам.	38	1879 г. 28/X в клинике Виллье в С.-Петербурге	Двусторонняя	По способу *Ледрана*

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
		отделить плотных сращений с тонкой кишкой на протяжении 3 см²: здесь оставлена была на кишечнике часть стенки мешетчатой опухоли. Стенки мешетчатой множественной опухоли (cystoma) были весьма плотны и толсты (в некоторых частях толщина стенки до 0,5 см). Опухоль содержала студневидную жидкость
Листеровская перев.	Выздор. в марте 1879 г.	За год до операции больная родила и после родов заметила, что живот стал быстро увеличиваться. Размеры живота: окружность через пупок 104 см, от мечевидного отростка до пупка 23, от пупка до лона 21; между верхнепередними остями подвздошных костей 55. Опухоль представляла такие обширные и прочные сращения, что об отделении их нельзя было и думать. Вырезанная часть стенок мешка имела местами толщину в 1 см. Cystoma содержала около 1½ ведра кофейного цвета мутной жидкости
Листеровская перев.	Выздоровела	Опухоль стала развиваться в октябре 1878; 2 августа 1879 г. сделан был прокол опухоли троакаром. До операции лихорадила беспрерывно (38,3—38,5°). Размеры живота: окружность через пупок 86 см, от мечевидного отростка до пупка 19, от пупка до лона 18. По причине обширных сращений спереди и сбоков передней брюшной стенки продлен первоначальный разрез кверху, мимо пупка слева, так что длина всего разреза была 28 см. Далее, обнаружились сращения с диафрагмой, с большим сальником, с брыжейкой толстых кишок, с боковыми частями малого таза; среди обширных сращений едва можно было открыть матку. Стенки иссеченной части мешка плотные и весьма толстые, местами имели до 1 см толщины. Содержимое — сероватая студенистая жидкость
Листеровская перев.	Умерла 30/X 1879 г. при явлениях перитонита	На 35-м году жизни замечены были признаки опухоли в правой нижней части живота; через год обнаружилась другая опухоль в левой стороне; и скоро затем обе опухоли слились. В начале 1878 г. прекратились месячные. Размеры живота: окружность через пупок 105 см, от мечевидного отростка до пупка 26, от пупка до лона 28. При вскрытии брюшной полости открылись обширные и весьма плотные сращения; пришлось продлить разрез кверху еще на 8 см, так что получилась рана в 24 см. *Вскрытие:* гнойный перитонит. Обнаружились сращения опухоли со слепой кишкой, с некоторыми петлями тонкой кишки, с нисходящей ободочной кишкой. Правый расширенный мочеточник, в палец толщиной, терялся в массе ложных оболочек и не мог быть освобожден из них. Левый расширенный и удлиненный мочеточник обходил массу новообразования

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
26	Лейпман, Матильда. Еврейка из Минской губ.	Зам. рож. 9 раз	39	1879 г. 9/XII в частной квартире в С.-Петербурге	Односторонняя правая	Внутри брюшины
27	Ломайер, Екатерина Николаевна	Зам. рож. 9 раз.	45	1880 г. 17/II в частной квартире в С.-Петербурге	Односторонняя правая	Внутри брюшины
28	Кабизова, Ольга. Дочь мещанина, урож. Петербургск. губ.	Дев.	21	1880 г. 24/II в клинике Вилье в С.-Петербурге	Односторонняя левая	Внутри брюшины
29	Изд., Марья Николаевна из Симбирска	Зам. рож. 6 раз	34	1880 г. 1/XI в частной квартире в Москве	Односторонняя левая	Внутри брюшины
30	Л., Анастасья Матвеевна, уроженка Тамбовской губ.	Дев.	51	1881 г. 6/I в помещении общины сест. милосерд. у окраины г. Москвы	Двусторонняя	Внутри брюшины. Обе ножки опухоли перетянуты шелко-

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
		спереди и на уровне лона проникла в смещенный влево мочевой пузырь. Матка срослась плотно с новообразованием; близ левого ее рога находилась промежуточная фиброма в куриное яйцо. Почки бледны; лоханки и чашечки их сильно растянуты
Листеровская перев.	Выздоров.	Развитие опухоли замечено было в правой нижней части живота в 1876 г. Размеры живота: окружность через пупок 106 см, от мечевидного отростка до пупка 16, от пупка до лона 20. Опухоль состояла из одной полости и содержала сукровичную жидкость. Возле опухоли, в толще ножки ее, лежал правый яичник
Листеровская перевяз.	Выздоров.	Размеры живота: окружность через пупок 119 см, от мечевидного отростка до пупка 20, от пупка до лона 19. Сращения с большим сальником, а справа внизу — с тонкой кишкой. Опухоль содержала в стенках своих множество отдельных мешетчатых образований; стенка главного мешка имела по местам толщину в 0,75—1 см; внутри его поверхность одета сосочковатыми новообразованиями, из которых одно имело величину апельсина
Листеровская перев.	Выздоровела 14/X 1880 г.	Развитие опухоли в нижней части живота началось на 19-м году жизни. Размеры живота: окружность через пупок 90 см, от мечевидного отростка до пупка 20, от пупка до лона 19,5. На внутренней поверхности мешка множество пазух и перемычек — остатки вскрывшихся мешетчатых образований; в одном месте мешка опухоль в кулак; по вскрытии ее найдена кашицеобразная масса и пук волос каштанового цвета; в толще стенки последнего мешка заложено было костяное новообразование неопределенного очертания приблизительно в грецкий орех
Листеровская перев.	Умерла 6/XI 1880 г. перитонит	Опухоль в животе стала развиваться за 2 года. Сращение опухоли было только с большим сальником. Во время извлечения опухоли оторвался один пучок приращенного сальника и последовало значительное кровоизлияние в полость брюшины. 6/XI сильная рвота и острые боли в животе: по снятии повязки найдено было выпадение кишечной петли через нижний угол раны. Выпавшая часть кишечника была вправлена; в нижний угол раны вставлена толстая дренажная трубка. Наложен был снова густой шов на рану
Листеровская перев. Дренажная трубка протянута бы-	Выздоров.	За 1 год и 2 месяца до операции замечено было развитие опухоли в животе. С 30-го года жизни страдает припадками падучей, являющимися приблизительно раз в месяц. Размеры живота: окружность через пупок 108 см, от мечевидного отростка до пупка 21, от пупка до лона 20, от передней верхней ости до пупка — справа 24, слева 23. Опухоль имела сращения: с боль-

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
						вой нитью; шелк. же нитью перетян. было и сращение левой оп. возле мыса
31	Дмитровская, Людмила Васильевна. Жена священника из Севастополя (см. № 19)	Зам. рож. 5 раз	31	1881 г. 8/II в клинике Московск. унив.	Односторонняя левая	Внутри брюшины
32	К., Софья Павловна, урож. Тверской губ.	Дев.	21	1881 г. 21/II в частной квартире в Москве	Односторонняя левая	Внутри брюшины

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
ла через всю рану		шим сальником, с петлями тонких кишок, и особенно плотные сращения в малом тазу. После удаления массы новообразования правого яичника извлечена была опухоль левого яичника; здесь, около мыса, нельзя было отделить очень плотных сращений опухоли; наложена была петля из шелковой нити на сращения, и выше отрезана была масса новообразования. Вся масса новообразования представляла множественную кистому с студневидным содержимым; на внутренней поверхности некоторых мешетчатых опухолей находились сосочковатые разрастания (papillomata); одно из них было в кулак взрослого человека
Листеровская перев.	Выздоров.	В 1878 г. 1/X у больной иссечена была опухоль правого яичника (см. № 19). В 1880 г. замечено было развитие новой опухоли в левой нижней части живота. При поступлении в клинику больная оказалась беременной: операция отложена была до послеродового времени. В ноябре 1880 г. родила ребенка 6½ месяцев. Перед операцией размеры живота: окружность через пупок 81 см; от мечевидного отростка до пупка 16; от пупка до лона 23,5. На месте рубца, оставшегося после первой овариотомии, грыжевое выпячивание на 8 см над уровнем окололежащих покровов длиной в 12 см, а шириной в 6—7. Разрез сделан по рубцу: здесь оказалось чрезвычайное истончение покровов, до 3—5 мм; брюшина под разрезом оказалась совершенно гладкой, на ней не было заметно и следов рубцового образования. Опухоль представляла сращения только с большим сальником и была выполнена на внутренней своей поверхности сосочковатыми новообразованиями (papillomata) такого же свойства, как и новообразования, найденные в опухоли, иссеченной во время первой овариотомии
Листеровская перев.	Выздоров.	Опухоль была с голову взрослого; на ней в разных местах прощупывались отдельные бугроватости в сливу и куриное яйцо. Развитие опухоли в животе замечено было за 5 лет до операции. Главная опухоль содержала студенистую жидкость вроде горохового отвара; в ней найден комок волос в виде кружка в 18 см в диаметре; волосы имели длину в 30 см. На внутренней поверхности стенки мешка торчал зуб, очертанием своим напоминавший средний верхний резец; он был желтоватого цвета и представлял хорошо развитую коронку и конический корешок. Отдельные опухоли содержали густую студенистую массу и покрыты были на внутренней своей поверхности волосами (cystoma dermoidale)

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
33	Г., Евдокия Никифоровна. Жительница Москвы; жена учителя гимназии	Зам. рож. 1 раз	55	1881 г. 24/III в частн. кв. в Москве	Односторонняя левая	Внутри брюшины
34	Горева, Дарья. Мещанка из Вологды	Зам. рож. 2 раза	50	1881 г. 28/IV в клинике Москов. универ.	Двусторонняя	Внутри брюшины
35	Ищенко, Александра. Мещанка из Полтавы	Дев.	25	1881 г. 12/IX в клинике Москов. универ.	Односторонняя левая	Внутри брюшины

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
Листеровская перев.	Выздоров.	Развитие опухоли замечено было за 19 лет в левой нижней части живота. Размеры: окружность через пупок 89 см; от мечевидного отростка до пупка 19; от пупка до лона 20; от передней верхней ости до пупка справа 20 см, а слева 19. По вскрытии брюшной полости найдено сращение только с большим сальником. Опухоль имела очень тонкие стенки — в 3—4 мм; величина в 2 головы взрослого; полость содержала студневидную жидкость. На внутренней поверхности главного мешка множество выемок и складок — остатки от вскрывшихся в главный мешок отдельных, малых, мешетчатых образований. Осталось еще много невскрытых мешетчатых полостей.
Листеровская пер. 2 толст. дренаж. трубки введены были в полость брюшины	Умерла 3/V 1881 г. при явлен. гнойн. перит.	Развитие опухоли в животе замечено было за 8 месяцев. Размеры: окружность через пупок 93 см; от мечевидного отростка до пупка 21; от пупка до лона 19. Задний свод влагалища выполнен плотными бугроватыми массами; свободная жидкость в брюшине окружает массы новообразования. Принимая во внимание сравнительно очень быстрый рост опухоли, отек нижних конечностей, значительное расстройство общего питания, еще до операции выражено было предположение о возможности злокачественного новообразования. По вскрытии брюшной полости вытекло много (3—4 ф.) сукровичной жидкости. После прокола опухоли снова вытекала студневидная жидкость: левая — представляла сращение с левой стороной матки и со стенками таза в подвздошной ямке; правая опухоль имела также сращения с маткой и весьма плотные еще сращения в дугласовом пространстве; стенки опухолей местами имели толщину в 0,5 см; внутренняя поверхность главного мешка одета была сосочковатым новообразованием. Близ тех мест опухоли, которые представляли сращения с маткой, толщина стенок доходила до 3 см, здесь найдено наибольшее развитие бугроватостей, оказавшихся при микроскопическом исследовании *раковыми*. *Вскрытие:* гнойное воспаление брюшины. Вся брюшина, и пристеночная и внутренностная, покрыта просовидными узелками в маковое и конопляное зерно; такими же узелками покрыты пристеночный и легочный листки плевры (*carcinosis universalis*). Левый мочеточник сильно растянут вследствие сдавления близ ножки новообразования.
Листеровская перев.	Выздоров. I/X 1881 г.	Опухоль развивалась в течение 4 лет; дважды наблюдались припадки перитонита в левой половине живота. Размеры: окружность через пупок 96,5 см; от мечевидного отростка до пупка 21,5; от пупка до лона 21; от передней верхней ости до пупка справа 24 см, а слева 23 см. Сращений не

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
36	Превлоцкая, Лидия Иван. Дворянка из Харькова	Зам.	52	1881 г. 14/IX в клинике Москов. универ.	Односторонняя	По способу *Ледрана*
37	Косорогова, Евфимия. Мещанка из Орла	Зам.	37	1881 г. 10/X в клинике Москов. универ.	Двусторонняя	Внутри брюшины
38	Константинович, Александра Семеновна. Дворянка из окрестностей Переяславля, Владимирской губ.	Зам.	41	1881 г. 17/X в клинике Москов. универ.	Двусторонняя	Внутри брюшины

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
		было. Опухоль состояла из одной огромной полости, со студневидной жидкостью кофейного цвета, и нескольких малых полостей в лесной и грецкий орех. Внутренняя поверхность мешка представлялась бархатистой и покрыта была зернистыми наращениями (papillomata)
Листеровская перев. 6 дрен. труб. заложен. между опух. и пер. брюшн. стенкой. 2 толстые дрен. трубки опущ. на дно остав. полости мешка	Выздоров. Рубцевание оконч. через $1^1/_2$ мес. после операции	Опухоль была с большой арбуз. По вскрытии брюшной полости найдены были такие плотные сращения с передней брюшной стенкой, что нельзя было отличить листка брюшины от стенки опухоли. Опухоль была вскрыта; часть ее иссечена, а стенка пришита к краям раны брюшной стенки так, что сначала наложен был струнный шов между сывороточным листком опухоли и сывороточным покровом брюшной стенки, потом шелковый шов между краями разрезов стенки опухоли и общих покровов. Стенка опухоли имела толщину в 2—3 мм. Полость мешка содержала студенистую жидкость шоколадного цвета
Листеровская перев. 2 толст. дренажн. трубки опущены в пол. брюшин.	Выздоров. 4/XII 1881 г.	Окружность живота через пупок 122 см; от мечевидного отростка до лона 67; между верхними остями 63. Cystoma utriusque ovarii. Опухоль каждого яичника состояла из множества отдельных опухолей, содержавших студневидную жидкость. Обширные сращения с передней брюшной стенкой, с большим сальником на пространстве 2 ладоней. На 14-й день после операции — отек всей левой нижней конечности от закупорки левой бедренной вены. Отек исчез через 2 недели
Листеровская перев.	Умерла 21/X 1881 г. Peritonitis acutissima обнаружилась за 15 час. до смерти; первые же дни после операц. состоян. больной было очень хорошо	Окружность живота через пупок 126 см; от мечевидного отростка до пупка 32; от пупка до лона 20,5; от передней верхней ости до пупка справа 21,5, слева 29,5. Найдены были сращения между большим сальником и опухолью правого яичника. Опухоль левого яичника имела громадные размеры и состояла из нескольких полостей, наполненных то сукровичной, то студневидной жидкостью (то бесцветной, то кофейного цвета). Толщина стенок 2—3 мм; в некоторых местах стенок опухоли заложены были небольшие костяные бляшки. Мешетчатая опухоль правого яичника была величиной в куриное яйцо; она содержала кашицеобразную массу, волосы и множество кристаллов холестерина; в стенке ее заложена была костяная пластинка в 2 см длиной и 1 см шириной. *Вскрытие:* явления гнойного воспаления брюшины. Матка увеличена в объеме: в полости ее на дне

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
39	Рытикова, Софья. Мещанка из Подольска, Моск. губ.	Зам.	56	1881 г. 7/XI в клинике Москов. универ.	Односторонняя левая	Внутри брюшины ножка опухоли ширин. в 6 попер. пальц., разделена на 5 част. и кажд. часть перев. отд. струнной нитью
40	Аренсбургер, Евдоксия. Мещанка Гдовского уезда, Петербургск. губ.	Дев.	31	1881 г. 8/XII в клинике Москов. универ.	Двусторонняя	Внутри брюшины
41	Григорович, Елизавета Васильевна. Дворянка из Ростова, Ярославской губ.	Зам. рож. 2 раза	26	1882 г. 19/I в клинике Москов. универ.	Односторонняя правая	По способу *Ледрана*

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
		справа 2 фибромы в боб каждая. Печень увеличена, мускатна. Брайтовы почки. Сильное наличие кровеносных сосудов мягкой мозговой оболочки и вещества мозга
Листеровская перев. Через нижний угол раны введена была в полость брюш. толстая дрен. трубка	Выдоров. 6/XII 1881 г.	Размеры: окружность через пупок 90 см; от мечевидного отростка до пупка 16; от пупка до лона 19; от передней верхней ости до пупка справа 18,5, а слева 23. На пространстве 2 поперечных пальцев на ножке опухоли сращения с большим сальником; сращения с тонкой кишкой близ слепой кишки, на протяжении 10 см. Опухоль содержит около 10 ф. светлой, студневидной жидкости; стенка опухоли толщиной в 3 мм. В стенках опухоли заложены еще 3 малые мешетчатые опухоли. На внутренней поверхности главной опухоли возвышались на 1,5 см сосочковатые разрастания (papillomata) на пространстве в 4 см²
Листеровская перев.	Выздоров. 5/I 1882 г.	Появление опухоли замечено в июле 1881 г. Размеры: окружность через пупок 79 см; от мечевидного отростка до пупка 12; от пупка до лона 19; от передней верхней ости до пупка справа 18, а слева 17. После удаления опухоли левого яичника замечено перерождение и правого яичника: он состоял из нескольких мешетчатых образований и в целом был с огурец. Главный мешок содержал жидкость шоколадного цвета; в малых же мешетчатых образованиях заключалась студневидная бесцветная густая масса
В полость оставш. части мешка насыпано до 2 г иодоформа. *Иодоформная повязка.* 18 IV 1882 г. больная подверглась оп. отщемл. внутр. почечуйных шиш. по прич. обильн. кровотечений	Выздоров. 10/V 1882 г. при вых. из кл. рана живота представл. гноившуюся грануляц. поверхность, в углублении которой обнаружилось разрастание сосочковатой опухоли (papillomata)	Появление опухоли в правой нижней части живота замечено в 1878 г. С тех пор была дважды беременна: во время второй беременности сделан был прокол мешетчатой опухоли, один раз в левой боковой стороне, другой раз по белой линии. Размеры: окружность через пупок 96 см; от мечевидного отростка до пупка 16; от пупка до лона 18; между передней остью и пупком справа 17, а слева 21. Обширные и весьма плотные сращения в *дугласовом* пространстве и с дном матки, так что об извлечении опухоли не могло быть и речи. Срезана была бо́льшая часть опухоли, а оставшаяся часть пришита сначала струнной нитью (между сывороточным покровом мешка и пристеночной брюшиной), а потом еще и помощью шелковой нити. На дне оставшейся части мешка замечалось множество скученных мешетчатых образований, представлявших объем с головку новорожденного; они были перетянуты у основания своего общей струнной нитью и срезаны. Срезанная часть новообразования представляла мешки с студневидным содержимым

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
42	Боголепова, Анна, дочь священника из г. Серпухова	Дев.	31	1882 г. 23/I в клинике Москов. универ.	Односторонняя левая	Внутри брюшины
43	Р., Марья Гавриловна. Землевладелица из Екатеринослава	Зам. рож. неск. раз	59	1882 г. 14/III в частн. доме в Москве бл. вокзала Ник. ж. д.	Односторонняя правая	Внутри брюшины
44	Вострякова, Феодосья. Крестьянка из Умани	Зам. имела дважды выкид.	25	1882 г. 2/X в клинике Москов. универ.	Односторонняя левая	Внутри брюшины
45	Кобарова, Прасковья. Жена псаломщика из Твери	Зам.	48	1882 г. 16/X в клинике Москов. универ.	?	По способу *Ледрана*

Продолжение

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
Листеровская перев. В нижн. углу раны залож. дренаж. трубка	Выздоров. 6/II 1882 г. При выбытии из клиники явления легочного процесса ожесточились	Опухоль стала развиваться за 8 лет. Первые месячные на 16-м году; но часто запаздывали на месяц и 6 недель. С мая 1881 г. совсем прекратились. На 15-м году показались припадки падучей; 1—2 в месяц. Ясно выраженное хроническое воспаление в верхушках легких. Размеры: окружность через пупок 89 см; от мечевидного отростка до пупка 23,5; от пупка до лона 18; между пупком и передней верхней остью справа 19,5, а слева 21,5. Сращения опухоли с передней брюшной стенкой и с большим сальником. Главная опухоль содержала до 12 ф. студневидной жидкости. На дне ее находилась меньшая опухоль в апельсин. Кроме того, на внутренней поверхности главного мешка рассеяны плотные новообразования, от горошины до сливы: под микроскопом они оказались аденосаркомой
Листеровская перев.	Умерла 20/III 1882 г. При явлен. гнилостного перитонита	Опухоль стала развиваться за $1^1/_2$ года. Размеры: окружность через пупок 90,5 см; от мечевидного отростка до пупка 19; от пупка до лона 17; от передней верхней ости до пупка справа 21, а слева 20. Объемистая опухоль, состоявшая из множества скученных мешетчатых образований, не могла быть извлечена через разрез в 15 см; нужно было, обойдя пупок слева, продлить разрез кверху еще на 10 см. Мешетчатые образования содержали студневидную жидкость; некоторые мешки имели весьма тонкие стенки, легко разрывавшиеся; другие наполнены были сосочковатыми разрастаниями (papillomata) в виде цветной капусты
Листеровская перев.	Выздоров. 9/XI 1882 г.	Размеры промадные: окружность через пупок 117 см; от мечевидного отростка до пупка 33; от пупка до лона 22; от пупка до передней верхней ости с каждой стороны 28. За 5 месяцев до операции прекратились месячные. Новообразование состояло из множества отдельных мешков, содержавших большой частью густую студневидную массу, которая не могла вытекать через троакар. Вследствие этого разрез живота, обойдя пупок слева, был увеличен до 28 см. Опухоли представляли сращения с передней брюшной стенкой и с большим сальником вверху, близ верхнего угла разреза; в нижнем углу разреза найдены сращения над лоном в виде перемычки в 2 поперечных пальца. Заживление раны последовало безлихорадочно. Но к концу второй недели после операции больная залихорадила (38—38,6°); близ пупка, на пространстве ладони, обнаружилось уплотнение в передней брюшной стенке, разрешившееся вполне на 12-й день
Листеровская перев.	Выздоров.	За 6 лет до поступления в клинику у больной прекратились месячные; в то же время обнаружено было присутствие опухоли внизу живота, справа

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
46	Москалева, Александра. Купчиха, уроженка Сибири, из окрестн. Томска	Зам. рож. 2 раза	26	1882 г. 30/X в клинике Москов. универ.	Односторонняя левая	Внутри брюшины
47	Клейникова, Софья. Мещанка г. Москвы	Дев.	27	1882 г. 13/XI в клинике Москов. универ.	Односторонняя левая	Внутри брюшины

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
		Размеры: окружность через пупок 96 см; от мечевидного отростка до пупка 20; от пупка до лона 20. Сращения опухоли с тонкими кишками, со слепой кишкой (слепая кишка и червеобразный отросток смещены кверху и к середине живота); непреодолимые сращения найдены в полости таза — с прямой кишкой, мочевым пузырем и в *дугласовом* пространстве. Передняя поверхность опухоли представлялась свободною, без сращений. Главный мешок содержал сукровичную жидкость соломенножелтого цвета; на дне его находилось несколько малых, мешетчатых образований, содержавших студневидную массу; последние были вскрыты
Иодоформная перевязка	Выздоров.	Вышла замуж на 16-м году; на 18-м забеременела. Во время беременности заметила появление опухоли слева, внизу живота; но опухоль не помешала правильному течению беременности и родам. За 2 месяца до поступления в клинику прекратились месячные. Размеры необычайные: окружность через пупок 125 см; от мечевидного отростка до лона 62; от передней верхней ости до пупка с обеих сторон по 44. Опухоль была совершенно свободна, без сращений; стенки ее имели в толщину 3—4 мм. Громадная опухоль содержала 1 п. 18 ф. сукровичной жидкости. На внутренней поверхности мешка было много узелков в просяное и конопляное зерно: это были fibromata
Иодоформная перев. Наложены 3 основных чр. брюшину серебряные шва. Поверхностный скорняж. шов из струнной нити	Выздоровела	За 2 года стала развиваться опухоль. Размеры: окружность через пупок 85 см; от мечевидного отростка до пупка 17,5; от пупка до лона 16. По вскрытии брюшной полости представилась белесовато-розовая поверхность опухоли; цвет опухоли и необычайная толщина стенок ее заставили допустить возможность, что мы имеем дело с беременной маткой. Вследствие этого мы произвели двойное ручное исследование следующим образом: указательный и средний пальцы левой руки введены были в полость брюшины через рану, в таз, а указательный правой — во влагалище; теперь можно было ясно определить матку, ее положение, ножку опухоли и положение правого яичника. Прием исследования оказался весьма удобным. Внутренняя поверхность одиночного мешка представлялась гладкой, блестевшей, как бы сывороточной; она покрыта была тонким слоем студневидной массы; в полости мешка содержалось 15 ф. темножелтой мутной жидкости. На задней стенке мешка, на 8 см выше положения ножки опухоли, на внутренней поверхности сосочковатая опухоль (papilloma) в сливу величиной; близ нее рассеяно было еще несколько сосочков

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
48	Гр., Фелиц. Петр. Жена Московск. фабриканта	Зам. рож. 1 раз за 25 лет	45	1882 г. 11/XII в частн. лечебнице	Односторонняя правая	По способу *Ледрана*
49	Иоффе, София Мещанка из Владимира, еврейка	Зам. рож. 8 раз	35	1882 г. 14/XII в клинике Москов. универ.	Односторонняя левая *на IV месяце беремен.*	Внутри брюшины

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
		в просяное зерно. В некоторых местах толщина стенки опухоли доходила до 1—1,5 см
Иодоформная перевязка	Умерла 14/XII 1882 г. при явлениях peritonitidis cancrosae	За 8 лет была выброшена из экипажа; с тех пор заметила медленное образование опухоли в левой стороне живота. В последние 2 месяца опухоль стала разрастаться весьма быстро и обнаружились опасные явления затрудненного дыхания, с мелкими хрипами в смежных долях обоих легких. Размеры: окружность через пупок 118 см; от мечевидного отростка до пупка 19; от пупка до лона 24,5; от пупка до передней верхней ости справа 25, а слева 29. При вскрытии брюшной полости потекла жидкость черного, кофейного цвета; обнаружилось узловатое перерождение брюшины пристеночной, внутренностной и всей поверхности опухоли *(degeneratio cystidis, ovarii dextri cancrosa)*
Иодоформная перев. Наложены 4 основн. серебрян. шва и поверхностный скорняж. шелковый шов	Выздоров. 19/I 1883 г. последовал выкидыш мацерированного плода. Плод умер за неделю до выкидыша. После выкидыша быстрое поправление	Рожала 8 раз, последний раз за 10 месяцев. Опухоль в левой нижней части живота стала развиваться за 2 года. До операции определена беременность 4 месяцев. Но так как cystoma разрасталась быстро, то было определенное показание произвести операцию еще в первой половине беременности. Слева вверху помещалась опухоль; справа, доходя до уровня пупка, беременная матка. Размеры живота: окружность через пупок 116 см; от мечевидного отростка до пупка 19; от пупка до лона 21; от пупка до передней верхней ости справа 24; а слева 26. По вскрытии брюшной полости в белой линии представилась беременная матка; большой сальник был сращен спереди и слева с беременной маткой, а спереди и внизу — с опухолью, на пространстве ладони с каждым из названных органов. Петля тонкой кишки на протяжении 8 см была сращена с верхней частью опухоли. Ножка в 4 поперечных пальца ширины и в 2,5 см длины содержала вены, толщиной в указательный палец. Она была разделена на 3 пучка и перевязана струнной нитью № 4, по возможности ближе к опухоли. Последняя имела межуточное положение и лежала близко к матке, раздвинув брюшинные листки широкой маточной связки. Когда ножка опухоли была перерезана, то в течение 2 минут мы наблюдали поверхность разреза и, убедившись, что она не кровоточит, опустили ножку в брюшную полость. Вдруг обнаружилось артериальное кровотечение в полости таза: мы приподняли беременную матку кверху, повернули кпереди левым рогом, — и тут обнаружилось, что струнная петля соскользнула со внутренней пряди перехваченной ножки опухоли; на каждый кровоточивший сосуд (их было 6) наложены были струнные нити № 2,

№ п/п	Фамилия, имя, звание	Девица или замужем	Возраст	Когда и где сделана операция	Односторонняя или двусторонняя овариотомия	Ножка опухоли
50	Пл., Елизавета Иосифовна. Дворянка, жительница Москвы	Дев.	58	1882 г. 22/XII в клинике Москов. универ.	Односторонняя левая	Внутри брюшины

Продолжение

Способ лечения после операции	Исход	Примечания
Иодоформная перев. Наложено было на раны 5 основных серебрян. швов; поверх. скорняж. шов из струнной нити	Умерла 28/XII 1882 г. peritonitis septica	и все опущено в полость таза. Затем рана была зашита. Первая перевязка сделана была на 9-й день: под повязкой найдено было до 100 г густого гноя, развившегося в подкожной и подбрюшинной клетчатке. Гной пробился через средину наружной раны, губы которой в общих покровах разъединились на пространстве 1,5 см. После операции все время температура была нормальна Опухоль замечена слева, внизу живота, в августе 1881 г. В мае 1882 г. размеры были так велики, что потребовался прокол: выпущено было ведро желтоватой жидкости. Размеры: окружность через пупок 116 см; от мечевидного отростка до пупка 32; от пупка до лона 27. Другие размеры не могли быть взяты по причине необычайной отвислости и отечности покровов нижней части живота. Нижние конечности до паховой складки были в отечном состоянии. Через небольшой разрез в 1 см стала вытекать желтоватая, сукровичная жидкость. Разрез был расширен: долго нельзя было ориентироваться относительно истинного расположения новообразования. Когда же после двойного ручного исследования обнаружилось, что мы находились не в полости брюшины, а в полости обширного мешка нового образования, — тогда мы стали пытаться отделить опухоль. Не без больших усилий удалось открыть свободную (несросшуюся) поверхность опухоли слева внизу, на подкрыльцовой линии; отсюда стало возможным отделить опухоль. Обнаружилось весьма плотное и обширное (на пространстве 20 см²) сращение опухоли с пристеночным листком брюшины спереди по белой линии: стенка опухоли и пристеночный листок брюшины слились в этом месте в одну оболочку так, что только при значительном насилии и отрыванием брюшины по частям удалось разъединить здесь оба сывороточные листка. Найдено было еще сращение опухоли с большим сальником на протяжении 3 см и очень плотное сращение в виде перемычки в 2 поперечные пальца, близ слепой кишки. На сращения наложены были струнные нити, а потом они были перерезаны. Ножка опухоли длиной в 6 см, а толщиной в 2 поперечные пальца, разделена была на 2 пучка и перевязана толстой струнной нитью № 4. Новообразование состояло из одного обширного мешка, содержащего до 33 ф. жидкости и из множества отдельных малых мешетчатых образований, торчавших в полости большого мешка. Стенки большого мешка имели толщину 1,5 мм, стенки малых мешетчатых опухолей были очень тонки, легко разрывались и содержали иногда довольно тягучую студневидную жидкость.

ШОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ НАДЛОБКОВОМ СЕЧЕНИИ [12]

Почти до наших дней оперативные приемы на мочевом пузыре исчерпывались показаниями для иссечения камня или случайно попавшего в мочевой пузырь постороннего тела. С тех же пор, как лечение болезней мочевого пузыря сделалось местным преимущественно, когда стало возможным иссекать новообразования из полости пузыря, и когда, может быть, мы стоим накануне иссечения целых частей его *, представляется естественным подумать о расширении области оперативных приемов на мочевом пузыре.

Самые сокровенные органы нашего тела стали доступными хирургическому ножу. Нет органа в брюшной полости, на котором нельзя было бы применить тот или другой оперативный прием; и брюшина не есть уже непреодолимая преграда для хирурга, владеющего приемами обеззараживания. Ввиду этого мочевой пузырь, как один из органов брюшной полости, не может подлежать исключению из общего правила. В мочевой пузырь можно проникать: 1) путем естественным через мочеиспускательный канал; 2) искусственным путем: а) со стороны промежности или б) со стороны надлобковой области. Из всех этих путей следует предпочесть наиболее удобный в анатомо-физиологическом смысле; но все-таки однажды избранный путь не должен остаться единственным и исключительным.

Для раздробления мочевых камней небольшого размера и для выведения их наружу будут пользоваться естественным путем, несмотря на возражения со стороны некоторых хирургов; возражения эти являются, нужно думать, выражением временного увлечения. Проф. Volkmann говорит, что камнедробление не может иметь всеобъемлющего значения (да об этом и хлопотать нечего), потому что при нем невозможно применение строгого обеззараживания. Petersen **

---

* *Н. Знаменский*, О частичном иссечении стенок мочевого пузыря и пр. «Медиц. обозр.», 1884, № 2 и 4.

** *Petersen*, Centralblatt für Chirurgie, 1884, S. 832.

идет еще дальше: он говорит, что камнедробление и et litholapaxia заслуживают место только на страницах «История медицины». Даже H. Thompson, этот великий мастер камнедробления, в последнем своем сочинении * как бы умаляет значение той операции, для усовершенствования которой он посвятил все годы своей научно-практической деятельности. Так, он говорит, что за камнедробление должны браться только самые опытные и искусные хирурги; в противном случае лучшие исходы будут получаться при (высоком) сечении пузыря. Не проглядывает ли в этих словах доверие к тому оперативному приему, который представляет больший простор для действия оперирующего? Такой поворот мысли навеян, быть может, успехами, полученными при иссечении новообразований из полости мочевого пузыря.

Итак, мы видим, что даже H. Thompson начинает склоняться в пользу искусственного пути для проникновения в мочевой пузырь. Но таких путей несколько. Какой же из них должен быть предпочтительно избран? Боковое промежностное сечение (sectio lateralis) освещено вековым опытом. Но историческая давность его не может оправдать анатомической несостоятельности; за этим способом всегда останутся и анатомические неудобства, и тяжелые иногда наблюдаемые последствия **. Кроме бокового сечения, в промежности употребляется еще и серединное (sectio mediana). Последнее должно занять более прочное положение, потому что в основе его лежат определенные и очень простые анатомические условия. Через серединное сечение у мужчины укорачивается естественный путь, ведущий в пузырь, и получаются почти те же условия, какие представляет женский мочеиспускательный канал. А в полости женского мочевого пузыря, благодаря короткости мочеиспускательного канала, можно выполнить почти все оперативные приемы, пользуясь естественным входом per urethram.

15 октября 1886 г. в хирургической факультетской клинике Московского университета мы иссекли из полости мочевого пузыря у женщины 41 г., Елизаветы С., опухоль с яблоко величиной. Предварительно был расширен мочеиспускательный канал так, что через него свободно проходили два сложенные вместе пальца. Затем давлением со стороны передней стенки влагалища было вывернуто наружу дно мочевого пузыря и легко иссечена опухоль. Она занимала trigonum Lieutaudii, имела широкое основание и состояла из плотной соединительной ткани (fibroma); одета была слизистой оболочкой пузыря. Размеры ее: 3,6, 3,1 и 2,8 см.

---

* *H. Thompson*, The suprapubic operation of opening the bladder, London, 1886

** *И. В. Склифосовский*, Летопись хирургического общества, 1885.

На третий день после операции больная могла уже задерживать мочу и произвольно испускать ее. 28 октября 1886 г. Елизавета С. оставила клинику в состоянии полного здоровья.

Серединное промежностное сечение упрощает проникновение в мужской мочевой пузырь, но нельзя сказать, что это проникновение так же легко, как и у женщины. У мужчины приходится проникать через предстательную часть шейки, а эта часть допускает только ограниченное растяжение, в пределах $3^1/_2$ см; протаскивая через предстательную часть тела, превышающие в поперечнике $3^1/_2$ см, мы рискуем получить надрывы железы и сумки ее, — осложнение далеко не желательное. Извлечение посторонних тел, случайно попавших в мочевой пузырь, извлечение мочевых камней, в диаметре не превышающих $3^1/_2$ см, введение указательного пальца в полость пузыря с целью исследования его или введение инструментов для удаления новообразований, — словом, целый ряд показаний оправдывает тем не менее самостоятельное положение этого способа промежностного сечения и подтверждает необходимость его. Но все наши заботы должны сводиться к тому, чтобы заживление раны совершалось через первое натяжение. Это есть естественное заживление свежей раны; оно составляет идеал, к которому хирург должен постоянно стремиться. Нагноение в ране — это патологическое состояние раны. Заживление раны через первое натяжение возможно при известных условиях и при непременном соприкосновении раневых поверхностей. Такое соприкосновение достигается наложением шва. Хотя серединное сечение в промежности и не исключает возможности наложения шва, покамест однакоже техника такого шва еще не выработана. После этого сечения рана заживает обыкновенно через нагноение.

Но есть возможность проникнуть в полость мочевого пузыря через рану, допускающую наложение шва: такая рана получается при надлобковом сечении. Отсюда обнажается стенка пузыря, не покрытая брюшиной; здесь можно сделать рану, через которую свободно извлекаются камни самых больших размеров; через такую рану легко обозревается вся полость мочевого пузыря и удобно производятся в ней всевозможные оперативные приемы.

Надлобковое сечение пузыря есть тот способ, о котором проф. Volkmann сказал, что это идеальный и наилучший способ *. Странная судьба этого способа! Случайно вызванный к жизни (Pierre Franco, Lausanne'ский хирург, в 1560 г. впервые применил этот способ на живом человеке; применил он его, очутившись в безвыходном положении при иссечении камня боковым промежностным способом), он встретил мало

* Verhandlungen der Deutschen geselschaft für Chirurgie, XV Congress, S. 55.

сочувствия в момент зарождения, несмотря даже на то, что смелая попытка P. Franco увенчалась полным успехом. Не больше сочувствия оказано было этому способу и лет 300 спустя, когда некоторые хирурги принялись за восстановление его, указывая на несомненные его преимущества с анатомической стороны. Этих-то анатомических преимуществ не хотели признавать, и в несправедливых нападках доходили до того, что до очевидности простое положение считали крайне опасным и непреодолимо трудным. В чем заключается опасность и трудность при надлобковом сечении мочевого пузыря? Противники этого способа приводят два довода в защиту своего отрицающего положения: а) возможность ранения брюшины и б) возможность затека мочи в тазовую клетчатку. Крепко держась этих доводов, они всегда старались подкрепить их клиническими наблюдениями и ссылками на статистические выкладки. К чему приводить свидетельства pro et contra, выписывать статистические цифры? Не стану делать этого потому, во-первых, чтобы не утомлять слушателей повторением известного: ведь в последние годы создалась чуть не целая литература по этому вопросу; во-вторых, статистические выкладки подчас показывают не то, что следовало бы им показывать, и это может происходить невольно, смотря по источникам, из которых берутся цифры для выкладок; в-третьих, накопившиеся в литературе статистические данные нельзя употреблять в наше время для доказательства того или другого научного положения в хирургии: статистические данные, собранные в долистеровское время, ничего не доказывают при решении вопросов, народившихся в послелистеровский период развития хирургии.

Говорят, что при вскрытии пузыря над лоном можно ранить брюшину. Представляется, следовательно, техническая трудность; но техника операции допускает усовершенствование. Едва ли следует приписывать слишком важное значение этому возражению. Обеззараживание дает возможность оперировать в полости брюшины почти так же безопасно, как и во всяком другом месте человеческого тела. Кроме этого, выработаны уже приемы, при помощи которых легко избежать ранения брюшины. Вскрытию мочевого пузыря предпосылается предварительное его растяжение. Наполняя пузырь 200 или 300 г жидкости, получаем приподнятие складки брюшины над лоном на 2—4 см у взрослых. При большем количестве жидкости можно достигнуть еще большего отодвигания брюшины кверху. Peterson и Fehleisen* предлагают соединять предварительное растяжение мочевого пузыря с растяжением прямой кишки; при этом складка брюшины поднимается иногда до 8 см над лоном: получается более чем достаточное

* *Langenbeck's* Archiv für Klinische Chirurgie, B. XXXII.

пространство для свободного вскрытия передней стенки мочевого пузыря без опасения ранить брюшину *. Мы прибегали только ко впрыскиванию жидкости в мочевой пузырь: дело обходилось без поранения брюшины.

На передней части растянутого мочевого пузыря заворот брюшины обозначается нередко поперечным валикообразным возвышением, которое перемещается слегка снизу вверх при дыхательных движениях. По вскрытии общих покровов и после разделения мышц находим тонкую пластинку фасции (fascia transversa Cooperi). Разделив ее, попадаем из первого или подмышечного клетчаточного пространства в клетчаточное предпузырное пространство. Если произвести еще большее растяжение мочевого пузыря, продолжая вливание в полость его жидкости, то легко заметить дальнейшее отклонение кверху вышеописанного поперечного валика брюшины. Теперь можно вскрыть переднюю стенку пузыря. Необходимо хлороформировать больного до полной анестезии и совершенного ослабления мышечного сокращения. Я слышал часто жалобы, что в малой ране над лоном невозможно оперировать: рана глубока, тесна, узка, имеет неподатливые края. Такие жалобы обыкновенно выражают врачи, испробовавшие операцию на живом человеке; никогда не жалуются на это изучившие добросовестно операцию на трупе; но думаю, что и последние не выражают жалобы только до первой пробы на живом человеке. Если больной вполне анестезирован, напряжение мышц исчезает, и тогда легко раздвигаются губы раны, на дне которой хорошо распознаются все анатомические тонкости. Проф. Trendelenburg ввел еще одну существенную техническую поправку: он предложил класть на стол оперируемого так, чтобы голова его обращена была к окну, а таз приподнят: тогда свет падает на переднюю стенку пузыря и на лоно. Рассекаемые части прекрасно освещаются. Но особенно большое значение мы придаем набрасыванию нитяных петель на переднюю стенку мочевого пузыря. Мочевой пузырь заложен в клетчатке тазовой полости так, что может перемещаться и кверху, и в стороны. Если набросить на переднюю стенку его две шелковые петли с боков предполагаемого продольного разреза, то можно приподнять кверху переднюю стенку до уровня раны покровов и сделать ее вполне доступной для ножа и для последовательного накладывания шва. Нитяные петли несравненно удобнее, чем острые крючки и зубчатые пинцеты, при употреблении которых затемняется поле операции.

---

* У детей до 16 лет, т. е. до развития половых органов, мочевой пузырь помещается в большом тазе; расстояние между складкой брюшины и верхним краем лона сравнительно велико: до 10 лет его можно считать в 3—4 см. Мочевой пузырь начинает опускаться в малый таз после развития половых органов.

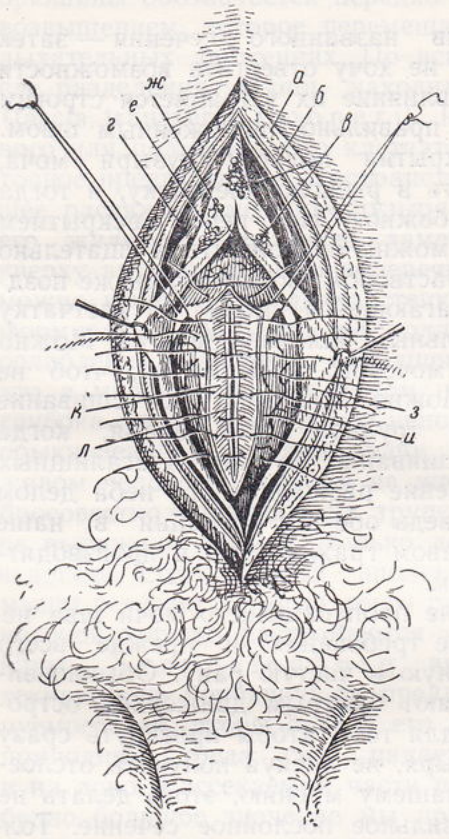
Итак, в нашем распоряжении целый ряд оперативных приемов, обеспечивающих вскрытие мочевого пузыря без ранения брюшины. Да если бы случайно была ранена брюшина, велика ли беда от того? Чуть не ежедневно производится вскрытие брюшной полости; ранение брюшины не вызывает опасности: мы оперируем безгнилостно.

Второе возражение против названного сечения — затек мочи в тазовую клетчатку. Я не хочу отвергать возможности мочевых затеков; но вредное влияние их устраняется строгим обеззараживанием раны и правильно наложенным швом. Предвижу возражение: по вскрытии полости пузыря моча, иногда гнойная, может попасть в рыхлую клетчатку, и тогда гнилостное заражение неизбежно. Но перед вскрытием полости мочевого пузыря его можно опорожнить и тщательно промыть обеззараживающим раствором; возможность же позднейшего проникновения разлагающейся мочи в клетчатку устраняется опять-таки тщательным наложением шва. Можно ли наложить шов на рану мочевого пузыря так, чтоб не могла просачиваться моча? Можно. Говорят, что сшивание мочевого пузыря чрезвычайно трудно. Было время, когда лучшие хирурги считали и сшивание пузырно-влагалищных свищей химерой, а воссоединение расщепленного неба делом совершенно невозможным. А ведь обе эти операции в наше время пользуются полным правом гражданства и производятся обыденно каждым хирургом.

Для получения прочного, не пропускающего мочи шва необходимо выполнить некоторые требования и прежде всего необходимо получить правильную и чистую рану. Обыкновенно мочевой пузырь прокалывают быстрым движением остроконечного ножа; это делают для того, чтобы проткнуть сразу все слои стенки мочевого пузыря, не рискуя получить отслоение слизистой оболочки. По нашему мнению, этого делать не следует. Мы предлагаем правильное послойное сечение. Толщина стенки мочевого пузыря, при умеренном его растяжении, равна 3—4 мм; в сокращенном же состоянии толщина стенки его равна 15 мм и больше *. При послойном сечении пузыря получается гладкая поверхность раны с обеих сторон; на дне раны просвечивает темноватая растянутая слизистая оболочка пузыря. Поверхность разреза вполне достаточна для наложения шва. Но после вскрытия и слизистой оболочки стенки пузыря сокращаются, и поверхность сечения становится еще шире. После извлечения камня или новообразования накладывается шов. При накладывании шва нужно строго соблюдать условие, чтобы нить не приходила в соприкосновение с мочой; с другой стороны, выгоднее употреблять нить рассасывающуюся, т. е. струнную. Если стенка мочевого пузыря правиль-

* *König*, Spec. Chirurgie, B. II, S. 486.

но рассечена, то после истечения жидкости получаются гладкие поверхности раны в 5—10 мм. Притягивая помощью шелковых петель переднюю стенку пузыря вперед и вверх, можно удобно накладывать швы на рану. Достаточно двух рядов шва (см. рис). Первый ряд состоит из стежков, вкалываемых и выкалываемых на поверхности раны с каждой стороны; второй — из стежков, накладываемых так: слева вкалывается игла через наружную поверхность стенки пузыря, а выкалывается на поверхности раны; справа — вкалывается на поверхности раны, а выкалывается на наружной поверхности стенки пузыря. Накладывая такие швы вперемежку, на расстоянии $^1/_2$ см один от другого, мы можем получить герметическое закрытие раны пузыря (см. рисунок). В этом легко убедиться, если сделать вслед за тем впрыскивание воды в пузырь. Можно прибавить еще 2 или 3 ослабляющие шва, — это третий ряд швов. Последние вкалываются и выкалываются на 1 см от края раны. Они также должны быть заложены только в толще стенки пузыря. При таком способе сшивания можно рассчитывать на сращение раны per primam intentionem.



а — подкожный жир, *б* — поверхностная фасция, *в* — прямые мышцы, *г* — апоневроз прямых мышц (белая линия), *е* — поперечная фасция, *ж* — брюшина, *з* — вывороченная поперечная фасция, *и* — стенка пузыря, *к* — окровавленная поверхность стенки пузыря, *л* — слизистая оболочка пузыря.

После операции моча выводится через катетер. У взрослых можно оставлять катетер в полости мочевого пузыря на несколько дней. Последнее труднее достигается у детей; можно, однакоже, и у них оставлять катетер в пузыре дня на три, связывая им руки и ноги.

У собак опыты сшивания мочевого пузыря дают почти всякий раз заживление через первое натяжение, вероятно, потому, что у них пузырь одет брюшиной и представляет, следовательно, все удобства для наложения шва по способу Lembert'a. То же самое происходит и в тех случаях, когда

у женщины случайно ранится мочевой пузырь, например, во время иссечения мешетчатой опухоли яичника: наложенный при подобных обстоятельствах шов дает обыкновенно заживление per primam intentionem. Нет оснований не допускать у человека сечение той части пузыря, которая одета брюшиной: здесь удобно можно наложить шов по способу Lembert'a. Если шов Lembert'a, наложенный на рану кишечника, дает заживление per primam intentionem, то почему такой же шов не даст непосредственного заращения раны мочевого пузыря? Ведь свежая моча не вредна для раны, а кишечные газы и жидкое содержимое кишок гораздо опаснее для пластической операции, чем моча.

Когда окончено сшивание раны мочевого пузыря, накладывается шов и на рану общих покровов. В нижнем углу наружной раны можно оставить дренажную трубку на 3 или 4 дня.

ИДЕАЛЬНАЯ ХОЛЕЦИСТОТОМИЯ [13]

Жестокие страдания, причиняемые прохождением камней через желчные пути, ставят врача в беспомощное положение; и мысль об иссечении желчных камней должна была представиться естественным образом. В 1618 г. Fabricius Hildanus мечтал об этой операции, а J. L. Petit в 1743 г. сделал уже попытку осуществить эту мечту. Дальнейшее развитие мысли в данном направлении подвигалось медленно; в наше же время, при усовершенствовании приемов обеззараживания, когда брюшная полость стала доступной для хирургического ножа, должна получить право гражданства и хирургия печени и желчных ее путей. В литературе имеется уже порядочный казуистический материал, но все-таки он далеко еще недостаточен для установки прочных правил для тех или других показаний к оперативному вмешательству; и каждый новый случай составляет желанное приобретение.

Так как вскрытие брюшной полости представляет сравнительно неопасную операцию, то показания для производства в ней операций должны иметь в виду не сравнительную легкость оперативного приема, а его целесообразность. Для решения вопроса о свойстве зыблющейся опухоли печени мы прибегаем иногда к пробному проколу шприцем Pravaz'a. Такой прокол, делаемый ради распознавания, представляет бо́льшую опасность, нежели пробное вскрытие полости брюшины: в первом случае возможно и обсеменение брюшины эхинококками, и воспаление ее вследствие истечения желчи, гноя и пр.; во втором же — опасность почти равна нулю. Показания для оперативного вмешательства при страданиях желчных путей можно свести приблизительно к следующим: 1) травматические повреждения желчного пузыря, ранения его и разрывы; 2) камни в желчном пузыре (cholelithiasis); 3) водянка и нагноение желчного пузыря; 4) непроходимость общего желчного протока (инородные тела, новообразования, органические сужения и пр.). Для удовлетворения всех этих показаний выработаны в настоящее время собственно 4 оперативные приема: прокол, сечение желчного пузыря (cholecystotomia),

иссечение его (cholecystectomia) и искусственное соединение полости желчного пузыря с полостью кишечника, т. е. искусственный желчно-пузырно-кишечный свищ. Прокол троакаром при скоплении в желчном пузыре должен быть отвергнут вообще как прием неточный и опасный; им можно пользоваться разве только в тех случаях растяжения желчного пузыря, когда между ним и прилегающей брюшной стенкой образовалось сращение. Остаются, следовательно, 3 приема. Из них наиболее целесообразный, к которому хирург обязан прибегать всего чаще, — это сечение желчного пузыря. Сечение желчного пузыря сопровождается наложением шва; условия для наложения шва благоприятны. Представляя мышечный орган, желчный пузырь спадается и сокращается вслед за опорожнением полости его, и плоскость сечения в стенке пузыря значительно увеличивается. Это облегчает наложение шва на поверхность раны без прокалывания слизистой оболочки пузыря. Второй ярус шва захватывает сывороточный листок и представляет все выгоды сшивания сывороточных поверхностей (шов Lembert'a). Если выводные желчные протоки проходимы (а это бывает почти всегда при камнях в желчном пузыре), то наложение шва на рану желчного пузыря обязательно. Ведь мы считаем нужным накладывать шов на мочевой пузырь и добиваться заращения раны его первым натяжением при надлобковом сечении, а необходимость наложения шва при ранении кишок, желудка никто уже не считает возможным оспаривать. Правда, иногда при попытках наложения шва на рану желчного пузыря встречаются неожиданные препятствия от опускания печени, вздутия желудка и кишок, оттягивания пузыря кзади вследствие сморщивания новообразованных соединительнотканных тяжей. В таких случаях с большой выгодой можно применить положение больного, предложенное проф. Trendelenburg'ом при наложении шва на рану мочевого пузыря, т. е. с приподнятым тазом при низком положении головы; при этом печень по тяжести прилегает к грудобрюшной преграде, а нижняя поверхность ее и желчные протоки становятся вполне доступными. Если бы застрявший в желчном протоке камень нельзя было бы вытеснить обратно в полость желчного пузыря, то выгоднее оставить дальнейшие насильственные попытки выдавливания камня или раздавливания его корнцангом снаружи через посредство стенок протока (Lawson Tait) и приступить к извлечению камня чрез разрез стенки протока: в виде мешка растянутый проток после разреза сокращается более или менее, вследствие чего получается поверхность раны, вполне достаточная для наложения шва без прокалывания слизистой оболочки.

Langenbuch в 1882 г. предложил производить иссечение желчного пузыря (cholecystectomia) для коренного устра-

нения мучений при образовании желчных камней. Не отвергая вполне необходимость этой операции, я ставлю такой вопрос: создаются ли условия для образования желчных камней всегда в полости желчного пузыря или же ядро будущего желчного камня приносится в пузырь из желчных путей печени? Последнее вероятнее для большинства случаев. Но раз это так, то иссечение желчного пузыря, хотя и возможное анатомически, не находит себе оправдания с физиологической точки зрения и вовсе не может иметь значения коренной операции. Никто еще не предлагал иссекать мочевой пузырь для коренного излечения больного при каменной болезни; но если мочевой пузырь представляет раковое перерождение, тогда можно защищать и иссечение всего мочевого пузыря. Я полагаю, что эти положения, mutatis mutandis, можно приложить и к желчному пузырю, когда приходится взвесить значение его иссечения.

В том же 1882 г. Winiwarter предложил производить искусственно соединение полости желчного пузыря с полостью кишок. Это идеал оперативного приема при крайне затруднительном, безвыходном положении. В уме внимательного наблюдателя подобная мысль могла родиться из сопоставления патологических явлений в случаях полной закупорки выводных желчных протоков. В литературе собрано немало наблюдений, указывающих на попытки природы разрешить такие затруднительные положения естественным образом: наблюдали уже сообщение растянутого желчного пузыря с полостью желудка, кишечника, с наружной поверхностью тела чрез кожу, с просветом воротной вены, полости брюшины. Предложение Winiwarter'a составляет попытку подражать тому, что́ производит vis naturae medicatrix, и уже поэтому стоит близко к истине. В хирургии подобный прием применялся неоднократно; и хотя в большинстве случаев он имеет значение паллиативной меры, тем не менее иногда значение его бывает и коренное: если при невозможности иссечь раковое новообразование выхода желудка gastroenterostomia получает значение операции, временно облегчающей страдания больного, то при простом рубцовом сужении его она будет иметь значение коренной операции. То же самое можно сказать и относительно образования искусственного желчно-пузырно-кишечного свища.

Ад. В., дворянка, 43 лет, поступила в Хирургическую факультетскую клинику 10 марта 1890 г. с опухолью живота. Больная среднего роста, хорошего сложения, очень хорошо упитана. В надчревной области справа замечается выпячивание. На коже живота очень заметны послеродовые рубцы. На месте выпячивания прощупывается опухоль, обозначающаяся довольно резко; она плотна, продолговата, книзу заостряется в виде конуса. Верхняя ее граница на один поперечный палец не доходит до реберного края; нижняя пальца на три ниже пупка; с внутренней стороны опухоль заходит на два поперечных пальца за белую линию живота, с

наружной лежит на наружной возлесосковой линии. Ощупывание опухоли затрудняется обилием жира в брюшной стенке; однакоже можно убедиться, что кожные покровы не спаяны с опухолью и легко смещаются справа налево. При сокращении мышц передней брюшной стенки получается впечатление, что опухоль при этом становится как бы неподвижной; впечатление это неясно, благодаря обилию жира. Опухоль безболезненна. В органах пищеварения, кровообращения и дыхания уклонений от нормы не найдено.

Больная происходит из совершенно здоровой семьи. Родилась в Калишской губернии, последнее же время жила в Калуге. Рожала 9 раз; 3 детей умерли. Всегда пользовалась отличным здоровьем. В августе 1889 г. появилась очень острая боль на два поперечных пальца вправо от пупка; боль держалась 4 дня, исчезла вдруг и больше не возвращалась. Вскоре после прекращения боли больная заметила близ пупка опухоль с голубиное яйцо. До декабря 1889 г. опухоль не болела и не разрасталась; с декабря же стала быстро увеличиваться.

15 марта 1890 г. произведена холецистотомия. Когда больная вдохнула достаточное количество хлороформа, сделан был продольный разрез живота по наружному краю правой прямой мышцы. После вскрытия полости брюшины обнаружилась продолговатая опухоль, плотно прилегавшая к нижней поверхности печени и выступавшая за край ее кпереди сантиметров на 5. В глубокой части опухоли, близ двенадцатиперстной кишки, прощупывалось очень твердое тело (камень). Тело это нельзя было сместить: оно было ущемлено в выводном протоке желчного пузыря (ductus cysticus). Тогда вскрыт был пузырь продольным разрезом в 4 см и выпущено его содержимое, представлявшее густоватую слизистую жидкость в виде рисового отвара; только после этого, и то не без труда, удалось высвободить камень из места его ущемления. После извлечения камня полость пузыря была промыта раствором сулемы ($^1/_{10}$%), а на рану его наложен шов из тонкой шелковой нити. Шов проведен в два яруса: первый ярус соединял поверхности раны в толще стенки пузыря, не захватывая слизистой оболочки; второй же был проведен через сывороточные листки пузыря. Пузырь опущен был в полость брюшины, а рана брюшной стенки зашита обычным образом, т. е. наложены три основные шва, скорняжий шелковый шов на листок брюшины и отдельный скорняжий шов на рану общих покровов. Яйцевидный камень имел негладкую поверхность, состоявшую из маленьких бугроватостей, с конопляное зерно и меньше; размеры его — 3 и 2 см, вес 7,5 г. Количество собранной жидкости из полости желчного пузыря 210 см³.

Заживление раны шло безукоризненно: ни разу температура не поднялась выше 37,4°. 20 марта удалены были основные швы, а 24 марта и все остальные. 30 марта г-жа В. выписана из клиники с советом носить брюшной пояс по крайней мере в течение года.

РАСТЯЖЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (ECTASIA VESICAE FELLEAE)[14]

Область хирургического вмешательства при болезнях печени вообще ограничена и до наших дней обнимала только лечение эхинококков и гнойников печени. Но в течение последних 10 лет хирурги все чаще и чаще стали проникать в эту область — сделались предприимчивее, так что в настоящее время возникает новая область хирургической деятельности. В разработке ее принимают участие хирурги почти всех стран, и хирургическая клиника Московского университета также участвовала в начавшемся движении: на страницах «Врача» помещены были две статьи, касавшиеся хирургического вмешательства при болезнях печени *. Для объяснения причин быстрого развития «хирургии печени» (sit venia verbo!) недостаточно ограничиться указанием на успехи современной хирургии под влиянием господствующих идей, — необходимо отметить еще, что назрела очевидная потребность хирургического вмешательства при многих страданиях печени и желчных ее путей. Изучая анатомопатологические изменения при болезнях в желчных путях (не говоря уже о новообразованиях печени), мы находим такие глубокие расстройства в строении органов, при которых дальнейшее лечение терапевтическое оказывается несостоятельным: тут обозначен естественный предел, за которым должны наступить права хирургического вмешательства. Возьмем для примера случай растяжения желчного пузыря или так называемую водянку желчного пузыря (ectasia vesicae felleae). Чем оно может быть обусловлено? Накопившийся казуистический материал показывает, что желчный пузырь может растягиваться при задержании содержимого его вследствие непроходимости выводного протока (ductus cysticus): от желчных камней, заращения (obliteratio), сдавления новообразованием, выполнения про-

* Идеальная холецистотомия. «Врач», 1890, № 27. Иссечение опухоли печени. Ibid., 1890. № 27.

тока круглыми глистами (ascarides), попадающими в него из кишечника, и др. Если желчный пузырь растягивается вследствие заращения выводного его протока, если растяжение достигает таких размеров, что мешок выполняет всю полость живота и спускается в таз, чего можно достигнуть в подобном случае при помощи одних терапевтических врачебных средств? При гнойном воспалении желчного пузыря смертельный исход — почти естественное явление, и если иногда еще возможно выздоровление, то только при хирургическом вмешательстве.

Правда, значение хирургического вмешательства ослабляется тем, что к нему прибегают обыкновенно как к средству крайнему, истощивши все способы лечения; с другой стороны, ограничивается хирургическое вмешательство и тем еще, что распознавание болезней желчных путей представляется иногда делом нелегким. Желчный пузырь может растягиваться до таких размеров, что достигает уровня пупартовой связки, даже спускается в малый таз. О протяжимости желчного пузыря дает понятие известный опыт Durian'a: ему удалось при медленном и постепенном впрыскивании вогнать в полость желчного пузыря до 15 фунтов сала. Когда растянутый желчный пузырь достигает очень больших размеров, то может быть принят за мешетчатую опухоль яичника у женщины; еще легче может быть смешан с пузырной глистой печени (echinococcus), замкнутым скоплением в полости брюшины, блуждающей почкой, растяжением почечной лоханки и др. Можно выйти из затруднительного положения при распознавании, принимая во внимание следующие явления: предшествовавшие припадки cholelithiasis, медленное развитие опухоли на месте желчного пузыря, протяжение ее под печень, положение опухоли непосредственно под брюшной стенкой, гладкую поверхность опухоли, закругленной снизу. Растянутый желчный пузырь представляет опухоль плотную или зыблющуюся; она обыкновенно безболезненна, сдвигается справа налево, при дыхательных движениях смещается вверх и вниз. Такую опухоль нельзя сместить под печень, как блуждающую почку. Вот признаки растяжения желчного пузыря (ectasia v. f.). Если при всех описанных явлениях замечается боль в опухоли и лихорадочные движения — это гнойное скопление в полости желчного пузыря (см. наблюдение 1). В большинстве случаев, вероятно, empyema желчного пузыря развивается на почве первичного катарального скопления, когда в полость пузыря проникают гноеродные микробы, например, при изъязвлении стенки желчного пузыря от постоянного ее раздражения застрявшим камнем, или когда при растяжении желчного пузыря наступают общие заболевания (typhus, sepsis, malaria и др.). Как бы то ни было, распознавание бывает иногда чрезвычайно затруднено и при

ясно выраженном зыблении даже пробный прокол не выясняет сущности дела. Скопившаяся первоначально желчь всасывается с течением времени, и дальнейшее накопление жидкости представляет отделение стенки самого пузыря и дальнейшие его изменения. Так, в мешке встречалась сывороточная жидкость, как при водянках вообще (оттуда — hydrops v. f.), тягучая жидкость в виде яичного белка, коллоидная в виде крахмального отвара и пр.; иногда в жидкости отсутствует и муцин, и белок. В таких случаях и пробный прокол не разъясняет сомнений. Во втором нашем наблюдении выпущенная из желчного пузыря жидкость подвергнута была тщательному химическому исследованию * и в ней не найдено ни желчного пигмента, ни желчных кислот. То же самое сообщает и Courvoisier в двух случаях **.

Хотя хирургическое вмешательство при страданиях желчных путей получило, повидимому, право гражданства, далеко однакоже не выяснены приемы такого вмешательства. Что делать при растяжении желчного пузыря? Такой вопрос наступает при каждом наблюдении зыблющихся новообразований в области печени и особенно в тех случаях, когда опухоль образована растяжением желчного пузыря. Этим вопросом пришлось нам задаваться в течение истекшего академического года. В клинику нашу принято было 3 больных — 2 мужчин и одна девушка — с зыблющимися опухолями в области печени; во всех 3 случаях поставлено было одно и то же распознавание — echinococcus hepatis. У девушки был действительно эхинококк, развившийся в верхней части правой доли печени; в 2 остальных случаях мы имели дело с растяжением желчного пузыря. В обоих случаях мы встретились с необычайным растяжением желчного пузыря; жидкость, наполнявшая желчный пузырь в обоих случаях, представлялась слизисто-гнойного свойства. Наблюдения будут приведены в конце статьи; теперь же остановимся на хирургических приемах, примененных для лечения.

В обоих случаях мы ограничились вскрытием желчного пузыря и соединением стенок его помощью шва с губами раны брюшной стенки. Это — cholecystostomia. Возможно ли применение такого оперативного приема для лечения обширных растяжений желчного пузыря? Некоторые хирурги пользуются им почти исключительно, и L. Tait, которому бесспорно принадлежит наибольшее число наблюдений, оперируя своих больных подобным образом, получает превосходные исходы. Но он считает своих оперированных выздоровевшими и в тех случаях, когда они оставляют клинику с незакрывшимися

* В университетской химической лаборатории проф. *А. Дм. Булыгинского.*

** *Courvoisier*, Casuistisch-statist. Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege, Leipzig, 1890, S. 75.

свищами, из которых продолжает выделяться гнойная или слизисто-гнойная жидкость. Основательно ли считать подобных больных выздоровевшими — это спорное дело. Больной, подвергшись операции, избег опасности, грозившей, может быть, его жизни; но он остался при свище, который будет действовать угнетающим образом на нравственное его состояние. Нужно принять во внимание и то обстоятельство, что такой свищ поддерживается отделительной поверхностью стенки желчного пузыря, следовательно, будет существовать до тех пор, пока останется отделительная поверхность.

Если рассматривать растяжение желчного пузыря, содержащего слизисто-гнойную или гнойную жидкость как гнойник, можно допустить, что с течением времени стенки полости подвергнутся сморщиванию, полость выполнится грануляционной тканью и в конце концов получится полное заращение мешка, как после опорожнения всякой другой гнойной полости. Но ввиду возможности такого исхода необходимо принять, что вся внутренняя поверхность мешка потеряла свойства отделительной физиологической поверхности и оделась грануляционной тканью, что едва ли мыслимо при таких обширных растяжениях, какие приходится наблюдать в случаях, подлежащих оперативному лечению. Ввиду таких соображений и фактов, полученных путем наблюдения до настоящего времени, едва ли при значительных растяжениях желчного пузыря найдет широкое применение простая cholecystostomia. После продолжительных страданий желчных путей вследствие скопления камней в желчном пузыре и выводном его протоке находим иногда при вскрытии такое сморщивание желчного пузыря, что с трудом можно открыть его в виде небольшой неправильного очертания полости или в виде трубчатого образования. В подобных случаях стенки желчного пузыря патологически изменены, утолщены, сморщены, местами истончены и представляют даже язвенное разрушение, как, например, в случаях сообщения полости желчного пузыря с одним из прилегающих полых органов или даже с поверхностью общих покровов. В таких случаях при развившейся уже наклонности к сморщиванию стенок и при уничтожении слизистой оболочки желчного пузыря можно допустить возможность полного заращения оставшейся еще части полости его; в противном случае — невозможно.

Рассуждая о разных способах оперирования при страданиях желчных путей по поводу cholecystotomiae idealis *, мы ограничили применение cystectomiae только исключительными случаями поражения желчных путей, например, при раковом новообразовании. Нужно согласиться, однакоже, что область применений cholecystectomiae должна быть расширена, — она

* См. «Врач», 1890, № 27.

должна вместить в себе, кроме случаев глубокого перерождения стенок пузыря под влиянием язвенного процесса и сморщивания тканей, еще и случаи необычайного расширения пузыря. В самом деле, что предпринять в том случае, когда желчный пузырь под влиянием слизисто-гнойного скопления растягивается до таких размеров, что выполняет всю полость живота, спускается в таз и производит сдавление органов, заключенных в полости живота? Принимая во внимание анатомопатологические изменения тканей и возможность случайных осложнений в зависимости от продолжительного нагноения в полости вскрытого мешка и от остающегося затем свища, мы склоняемся в пользу иссечения такого мешка, мы полагаем, что в подобных случаях следует применять такой же способ оперирования, какой применяется при новообразованиях в брюшной полости вообще и в частности при новообразованиях мешетчатых. Но в некоторых случаях при иссечении мешка желчного пузыря можно встретить необычайные трудности. Согласен. Трудность, однакоже, не исключает возможности. Она, в зависимости от некоторых общих условий и личных свойств оперирующего, то более, то менее приближает действия наши к достижению цели. Строго говоря, мы не имеем до сих пор точно выработанных оперативных приемов для лечения при различных страданиях желчных путей. Приемы эти должны быть еще выработаны и усовершенствованы. В тех случаях, где анатомопатологические изменения тканей пузыря и последовательные изменения в виде, например, непреодолимых сращений его с прилегающими органами делают полное иссечение желчного пузыря невозможным, мы предлагаем ограничиться частичным его иссечением при условии сделать оставшуюся часть стенок желчного пузыря доступной для дальнейшего воздействия на нее; так, можно соединить края оставшейся части мешка со внешней раной таким образом, чтобы отделить ее вполне от полости брюшины и оставить в полном сообщении с наружной поверхностью покровов живота.

1-е наблюдение. Г. К., доктор медицины, 35 лет, уроженец северной губернии. Сводообразное растяжение верхней части живота преимущественно справа; прощупывается опухоль. Размеры опухоли: в поперечном направлении 32 см, в продольном 20 см; она подходит под край ребер, справа доходит до linea axillaris media, слева — до linea parasternalis sinistra; нижняя граница опухоли доходит справа до пупартовой связки, по середине лежит на 7 см выше лонного сращения. Опухоль безболезненна, не дольчата, гладка, упруга, зыблется; она подвижна справа налево, кверху смещается немного, книзу же вовсе не смещается; при дыхательных движениях следует за грудобрюшной преградой. Органы кровообращения, дыхания, пищеварения в удовле-

творительном состоянии; моча кислой реакции. 1 017 уд. в.; суточное ее количество 1 800 см³. Замечается выпадение волос на голове, бороде, усах и на лобке.

Отец больного умер от холеры на 73-м году жизни; мать умерла на 65-м году жизни от воспаления легкого. Женат; дети здоровы. В детстве Г. К. перенес корь и скарлатину, на 22-м году жизни — сыпной тиф. На 28-м году появилось лихорадочное состояние, продолжавшееся 10 дней; лихорадочные приступы протекали так: в 12 часов дня — озноб; к 3 часам пополудни напряженность лихорадочной температуры достигала 39°; к 11 часам ночи лихорадочный приступ оканчивался, иногда с потом. Уже в это время врач, исследовавший больного, обратил внимание на необычайное напряжение брюшной стенки в стороне печени, но ему не удалось прощупать опухоли по причине очень большой тучности больного. Впервые была найдена опухоль в животе в декабре 1889 г.; с этого времени больной начал худеть, и опухоль все резче и резче стала выступать справа из-под реберного края. В марте 1890 г. определено было зыбление в опухоли.

Лихорадка, появившаяся впервые на 28-м году жизни (1883 г.), повторялась раза два или три в год и продолжалась в таком виде до 16 декабря 1889 г.; с этого же дня установилась лихорадка ежедневная и протекала по типу вышеуказанному. Неоднократное исследование селезенки давало всякий раз отрицательный ответ; хинин не действовал. К изложенному нужно прибавить, что на 30-м году у больного (1885 г.) был приступ жестоких схваткообразных болей в стороне печени; такие приступы повторялись 5 раз в течение $1^1/_2$ года.

22 января 1891 г. больной подвергнут был операции, которая состояла в следующем (cholecystostomia): разрез проведен был параллельно правому реберному краю, отступивши от него на $1^1/_2$ см; длина разреза 9 см. Оказалось, что сывороточный пристеночный листок плотно сращен был с брюшинным покровом опухоли. Через прокол выпущено было сначала 3 250 см³ гноя; затем мешок вскрыт и края разреза стенки его соединены были шелковым узловатым швом с краями раны общих покровов. В полость гнойного мешка введена была широкая лента иодоформной марли длиной около 3 аршин.

После операции больной не залихорадил ни одного раза. 21 февраля Г. К. оставил клинику; в это время выделение гнойной жидкости было в незначительном количестве; глубина свищевой полости равнялась 3 см.

Исследование гнойной жидкости показало только присутствие гнойных шариков зернистого распада; ни крючков, ни оболочек эхинококка не было найдено при многократном исследовании содержимого мешка.

2-е наблюдение. Л. Пр., булочник, 42 лет, уроженец Калужской губернии. Стенка живота в области правого подреберья сильно напряжена и выпячивается опухолью шаровидного очертания; при дыхательных движениях опухоль смещается вниз и вверх. Размеры живота: от мечевидного отростка до лобка 36 см, от мечевидного отростка до передневерхней части таза справа 33, слева 31 см; окружность живота через пупок 95 см, а через место наибольшего выпячивания опухоли 99 см. Опухоль безболезненна, дает зыбление, ощущаемое ясно до пупка и получаемое отчасти и влево от белой линии живота. При постукивании тупой звук печени получается: по linea mamillaris на уровне верхнего края V ребра, по linea axillaris antica — на VI ребре и по linea axillaris media — на верхнем крае VII ребра. Тупой звук печени переходит непосредственно в тупой звук опухоли.

Аппетит слабый; отрыжка после принятия пищи. Число дыханий 20 в минуту. Пульс 80 ударов. До 10-летнего возраста жил крестьянским мальчиком в Калужской губернии, затем переехал в Московскую и с 23 лет живет в Москве. Родители больного (отец 92, мать 80 лет) здоровы. На 24-м году страдал кашлем с кровохарканьем. За 6 лет перенес кровавый понос, продолжавшийся месяц. В сентябре 1890 г. заметил боль в правом подреберье; в начале декабря того же года, снимая нагруженную хлебом доску с полатей, ушиб локтем правый бок. Несмотря на врачебную помощь, Пр. через 3 дня стал ощущать сильную боль во всем животе, обнаружилась рвота, понос, и температура тела поднялась до лихорадочной напряженности. С этого времени ослабел у больного аппетит; он стал худеть. 5 февраля 1891 г. обнаружился озноб, и живот стал увеличиваться.

30 марта 1891 г. вскрыта была опухоль продольным разрезом в 10 см, проведенным по наружному краю правой прямой брюшной мышцы. После рассечения толщи брюшной стенки найдены были частичные сращения между обеими листками брюшины. Приступлено было к наложению швов для прочного соединения опухоли с пристеночным листком брюшины; но уже на третьем уколе иглы стало просачиваться через уколы содержимое мешка. Ввиду этого через стенки мешка продеты были две толстые нити, помощью которых опухоль притянута была к ране брюшной стенки; мешок был вскрыт. После истечения значительного количества густого гноя зеленоватого цвета (около 10 фунтов) разрез был расширен и края его соединены швом с краями наружной раны. После опорожнения полости мешка (всего выпущено 14 фунтов гнойной жидкости) в нее заложены были куски иодоформной марли.

5 мая текущего года больной пожелал выйти из клиники. Длина остававшейся еще полости на месте бывшего гнойного мешка равнялась 12 см. Тщательное исследование выпущен-

ной жидкости показало полное отсутствие желчного пигмента и желчных кислот.

Итак, в обоих случаях получено относительное выздоровление. Мы говорим «относительное», потому что осталось свищевое отверстие, из которого выделялся гной. Когда прекратится выделение гноя, трудно сказать, хотя нет оснований исключить возможность полного заращения свища. До некоторой степени закрытие свища как в одном, так и в другом случае обусловлено причиной, вызвавшей растяжение желчного пузыря. К сожалению, о причинах в обоих случаях можно говорить только гадательно. В обоих случаях можно допустить присутствие камней в желчном протоке. Вскрывши мешок, мы каждый раз производили исследование полости с помощью введенного пальца; но такого исследования недостаточно. Гораздо основательнее можно было бы судить о причинах растяжения желчного пузыря и о сущности анатомопатологических изменений как в стенках мешка, так и в соприкасавшихся с ними органах в том случае, если бы предварительно вскрыта была брюшная полость.

ИССЕЧЕНИЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ (FIBROMYOMA LIPOMATODES SARCOMATODES HEPATIS) [15]

В печени область оперативной деятельности очень ограничена. Только при гнойниках и мешетчатых опухолях (echinococcus) применяется хирургическое лечение. Наиболее разработаны в настоящее время хирургические приемы, прилагаемые к выводным путям печени, к желчному пузырю и желчным протокам; но можно полагать, что область применения их будет расширяться, и печень станет доступной для непосредственного хирургического вмешательства в такой же мере, как всякий другой паренхиматозный орган брюшной полости. Никто не станет оспаривать, что ранения печени, сопровождаемые опасным кровотечением, требуют деятельного вмешательства; при соблюдении приемов обеззараживания необходимо в таких случаях остановить кровотечение перевязкой сосудов или помощью тампонации, даже наложить шов на рану. Деятельное вмешательство возможно и при других показаниях, например, при удалении новообразований печени. Чаще других опухолей в печени встречаются мешетчатые (echinococcus); из плотных же опухолей преобладают злокачественные, так что клиницист, установив присутствие новообразования в печени, обыкновенно допускает, что новообразование это раковое. В огромном большинстве случаев он прав, потому что раковые новообразования печени встречаются как правило, саркоматозные же редко. Но и те и другие могут развиваться в печени или первично, или последовательно, в виде переноса. В последнем случае не может быть речи об оперативном вмешательстве; при первичном же развитии злокачественного новообразования в печени иногда, может быть, возможно и оперативное вмешательство; еще чаще возможно оно при развитии в ней новообразований, клинически доброкачественных. Я далек от мысли возводить в правило однажды виденное явление; тем не менее не могу не признать, что наблюденное дает основание высказать некоторые предпо-

ложения, не лишенные фактической опоры. Печень, пораженная межуточным воспалением (hepatitis interstitialis, cirrhosis), представляет избыточное развитие соединительной ткани, среди которой остаются сосуды, печеночные же клеточки исчезают. Такое состояние ткани замечается и в тех местах, которые подвергаются давлению при развитии новообразований.

При оперативном удалении мешетчатых опухолей печени я не раз убеждался, что части печени, подвергавшиеся давлению от разрастания мешка, лучше выдерживали сшивание, чем нормальная печень. При развитии плотной опухоли в печени происходит такое же давление на прилегающие ткани. Это анатомо-патологическое явление не должно упускать из вида, приступая к оперативным приемам на печени; оно имеет значение при сечении печени, при удалении из нее новообразований и преимущественно при наложении шва. В зависимости от этого условия, т. е. от оплотнения межуточной печени, стоят, вероятно, упорные кровотечения и обильные истечения желчи, наблюдаемые иногда после извлечения мешка эхинококка: освобожденные от давления сосуды быстро наполняются кровью (желчью), расширяются и в местах разделения остаются зияющими вследствие слабой податливости окружающей их соединительной ткани.

Привожу случай удаления новообразования, развившегося в печени.

К. Елена, замужняя еврейка, 24 лет, среднего роста, правильного сложения, здоровая брюнетка; костяк и подкожный жир развиты хорошо. Живот увеличен и выпячен, преимущественно справа, в средней части. Окружность живота через пупок 85 см, от меча до пупка 15 см, от пупка до лона 17 см; от пупка до передней верхней ости справа 18 см, а слева 15. Через покровы живота прощупывается опухоль с голову взрослого человека, плотная, местами бугроватая; при дыхании слабо смещается книзу. Опухоль перемещается справа налево, очень легко приподнимается кверху и укладывается в надчревной области, но мало смещается книзу. Когда больная поворачивается на бок, вправо или влево, опухоль смещается в соответственную сторону. При ощупывании удается легко подвести руку под опухоль снизу и с обоих боков, но нельзя подвести руку под опухоль сверху. При постукивании тупой звук получается на пространстве ладони взрослого человека на уровне пупка справа; при отвесном положении больной верхняя граница тупого звука опускается книзу на два поперечных пальца; между реберным краем справа и верхней границей тупого звука на месте опухоли получалась постоянно полоса барабанного звука в 3—4 поперечные пальца. Ощущение тяжести в правой надчревной области; запоры; расширение почечуйных вен. В сутки выделяется около 1 500 см³ мочи нормального

свойства, уд. в. 1 014. Иногда сердцебиения. Спит плохо; очень мнительна.

Мать больной пользуется хорошим здоровьем; отец же слабого сложения, страдает хроническим катарром легких; бабушка умерла от рака гортани. Сама больная перенесла в детстве дифтерит и скарлатину. На 23-м году вышла замуж, через 6 месяцев забеременела и родила своевременно здорового ребенка. На 2-й неделе после родов заметила случайно опухоль у пупка; опухоль эта была с кулак взрослого человека и в поперечном направлении длиннее, чем в продольном. Она быстро росла и в 7 месяцев достигла вышеописанных размеров.

18 ноября 1889 г. приступлено к операции. Точного распознавания сделано не было: я допускал связь опухоли с большим сальником или брыжейкой и менее всего останавливался на возможности связи ее с печенью, потому что при постукивании всякий раз получалась полоса барабанного звука между печенью и новообразованием. Первоначальный разрез между пупком и лоном по белой линии живота в 15 см длиной оказался недостаточным для извлечения опухоли: пришлось продлить его кверху почти до меча. Обнаружилась опухоль, исходившая из квадратной доли печени, справа от круглой печеночной связки. Квадратная доля печени переходила как бы непосредственно в новообразование; на месте перехода замечался перехват в $2^1/_2$ поперечные пальца толщиной; в месте перехвата имелись кровеносные сосуды с воронье перо. На перехват наброшен был упругий жгут; выше жгута продета крепкая стальная игла, лежавшая поверх покровов живота; опухоль отрезана. Ниже жгута ткань печени соединена была с пристеночным листком брюшины 4 шелковыми швами, выше которых наложены были еще 3 шелковые шва для соединения культи с краями раны брюшной стенки. Далее наложены были основные швы на рану и скорняжий шов в два яруса. Давящая обеззараживающая повязка на живот.

В течение 4 суток после операции больная ощущала большую слабость, жаловалась на отрыжку, тошноту и рвоту. Вечером в день операции температура стала подниматься и дошла до 38,4° на 2-е сутки; затем она стала падать и на 5-й день после операции была уже нормальной. 25/XI: переменена повязка и сняты основные швы. 28/XI: перемена повязки и удалены поверхностные швы и упругий жгут. 1/XII снята и стальная игла.

Рана зажила первым натяжением, нагноение замечалось только в месте закрепления культи. 27/I 1890 г. К. Елена выписана из клиники вполне здоровой.

Микроскопическое исследование опухоли произведено проф. И. Ф. Клейном. Вот его заключение: fibromyoma lipomatodes. В разрезах местами замечались островки круглых клеточек:

это разрастание перителия сосудов и представляет, вероятно, начало саркоматозного перерождения опухоли.

Опухоль оказалась очень сложной по гистологическому своему строению. Быстрый рост ее зависел, вероятно, от начавшегося саркоматозного перерождения. Присутствие гладких мышечных волокон можно объяснить, быть может, связью опухоли с круглой печеночной связкой.

О РАНЕНИИ БРЮШИНЫ [16]

Было время, когда с кафедры учили, что ранение брюшины опасно в высокой степени, предупреждали, что брюшина есть «noli me tangere». Учившие так и не заботились о противоречии, которое представляла обыденная практика; делали рассечение грыжевого мешка при ущемлении грыжи, вправляли выпадавшие из полости брюшины органы при различных ранениях и получали полное выздоровление нередко при отсутствии лихорадки, — но все-таки продолжали настойчиво утверждать, что предел хирургическому ножу положен брюшиной. На наших глазах совершалась перемена и обнаружилась несостоятельность прежнего учения благодаря громадным успехам в области овариотомии. Иссечение перерожденных яичников составляет операцию, дающую сравнительно со многими другими операциями слабый процент смертности (25% у Спенсер-Уэльса), который давно заставил умолкнуть все возражения и дал право гражданства этой операции наряду с другими, производимыми ежедневно в наших клиниках и больницах. Успехи овариотомии способствовали расширению области оперативных приемов в брюшной полости, и можно сказать, что оперативной хирургии представляется еще широкое поле для завоеваний в серозных полостях вообще и в брюшной в частности. Усовершенствование техники овариотомии, усовершенствование хирургической техники вообще в зависимости от современного учения патологической анатомии, применение обеззараживающих средств и приемов, особенно введение в хирургическую практику карболизованной струнной нити — все это дает основания надеяться, что область операций, производимых в серозных полостях, будет постепенно расширяться. Я далек от мысли делать обобщения на основании одиночного факта; однако если это одиночный факт поставить рядом со многими другими, сродными ему, то это дает право не только изложить подробно самый факт, но и сделать выводы, логическая необходимость которых вызовет потребность проверки. Перехожу к изложению операции, которая вызвала только что выраженную мысль.

В октябре 1876 г. обратилась ко мне за советом З. С. Кашкина, замужняя женщина, 33 лет. Она имела большую опухоль в правой половине живота. Опухоль величиной почти с голову взрослого человека имела овальное очертание, не доходила до края ребер на $1^1/_2$ поперечных пальца и только на один поперечный палец была выше пупартовой связки. Не имея определенной границы снаружи, она подходила к белой линии по середине живота.

Покровы над опухолью нормального цвета, неподвижны; через них просвечивало несколько вен толщиной в гусиное перо. Опухоль плотна, тверда, неболящая. Она передвигалась вместе с толщей брюшной стенки; сделано предположение, что она срослась с брюшиной.

Опухоль замечена за полтора года. В последнее время стала быстро разрастаться; обнаружились стреляющие боли по направлению к соответственной крыльцовой впадине и к поясничке. Г-жа К. два раза рожала. Общее состояние здоровья весьма удовлетворительно.

Сделав предположение, что опухоль саркоматозного свойства, зародилась, вероятно, в подбрюшинной клетчатке и скоро срослась с брюшиной, мы приступили к операции 21 ноября 1876 г. Больная была предупреждена, что если предположение о сращении с брюшиной оправдается, необходимо будет вскрыть полость брюшины; тогда предсказание становилось бы гораздо менее благоприятным. Сделав большой полулунный разрез, выпуклостью обращенный к серединной линии живота, мы образовали языкообразный лоскут, состоявший из кожи и подкожной клетчатки и имевший в основании 18 см. Боковые разрезы лоскута граничили с краем ребер вверху и с пупартовой связкой снизу. Обнажено было новообразование. Все слои мышц брюшной стенки терялись в массе новообразования; их можно было различить только кнаружи in linea axillaris. Отсюда приступлено было к отделению новообразования. Скоро обнаружилось, что и брюшина органически слилась с массой новообразования, и об отделении листка брюшины от опухоли не могло быть и речи.

Новообразование было удалено тогда, когда вырезана была вся правая половина передней брюшной стенки вместе с брюшиной: вверху разрез был проведен близ края ребер, внизу—на $1^1/_2$ поперечных пальца выше пупартовой связки. Arteria epigastrica inferior была перерезана сантиметра на 3 выше места отхождения из наружной подвздошной артерии и перевязана карболизованной струнной нитью. Кишечный канал и значительная часть печени были обнажены; но, благодаря глубокой анестезии, при покойном и равномерном дыхании петли кишок не выпадали. Удалив при помощи губок излившуюся в брюшную полость кровь, мы прикрыли обнаженные внутренности языкообразным лоскутом из общих покровов, одетых

снизу толстым слоем жирной клетчатки. Лоскут был пришит густым узловатым швом из шелковой нити. Наложена была на живот давящая повязка, состоящая из нескольких слоев ваты. Лед снаружи и для глотания при рвоте. Раствор солянокислого морфия в виде подкожных впрыскиваний. При операции употреблялся 2% раствор карболовой кислоты для обмывания раны.

Вырезанная опухоль соответствовала собственно правой половине брюшной стенки. На внутренней поверхности ее остался кусок брюшины (peritoneum) в 15 см². Значительно утолщенный листок брюшины так плотно сливался с массой новообразования, что даже на препарате не мог быть определяем без повреждения. При гистологическом исследовании найдено строение веретенообразноклеточковой саркомы.

Через две недели рана зарубцевалась. Больная почти не лихорадила после операции; только в течение первых трех дней поднималась температура до 38°С. В нижнем углу раны обнаружилось нагноение в подкожной клетчатке лоскута; оно ограничилось пространством в куриное яйцо. Спустя две недели после операции больная могла оставить постель, но продолжала носить давящую повязку на животе. Без повязки обнаруживалось тягостное ощущение выпячивания внутренностей.

Мы видели, что даже на вырезанном препарате невозможно было отделение брюшины. Если бы листок брюшины остался нетронутым, не было бы выпячивания внутренностей. Это неверно. Выпячивание происходило бы непременно после удаления мышечных слоев. Но спрашивается — при удалении новообразования в данном случае следовало ли вообще оставлять листок брюшины обнаженным на пространстве 15 см²? Мы полагаем нет, потому что питание обнаженного листка брюшины было бы невозможно: последовало бы омертвение брюшины и смертельный исход. Это соображение представляет еще довод в пользу того, что необходимо было удалить всю толщу брюшной стенки вместе с брюшиной.

Два обстоятельства здесь вызывают на размышления: необыкновенно быстрое заживление раны без всяких осложнений и последовательное выпячивание внутренностей. Мы начали с того, что до недавнего еще времени ранение брюшины считалось опасным в высокой степени. После операций в брюшной полости (ovariotomia, hysterotomia и пр.) иногда наступает смерть быстро, через несколько часов. Причину смерти англичане видят в shock'e. Но слово «shock» не определяет сущности дела, оно ничего не выражает или под ним скрывается незнание ближайшей причины смерти. Мы постараемся объяснить впоследствии, что́ должно разуметь под слово «shock». Почему опасно ранение брюшины и вскрытие полости ее? Прежде ответа на вопрос следует обратить внимание на анатомо-физиологические свойства брюшины. Имея по-

стоянно в виду эти свойства и направляя наши хирургические и терапевтические приемы всегда сообразно этим свойствам, скорее всего можно избежать ошибки прикрывать словами неизвестное и непонятное.

Брюшина обладает пластичностью в высокой степени. Это свойство всех серозных оболочек. При воспалении их скоро выступают форменные элементы, диференцирующиеся в стойкую соединительную ткань. Эта соединительная ткань в виде ложных оболочек встречается во всех серозных полостях; она соединяет листок серозный пристеночный с висцеральным, образует перемычки; при помощи таких ложных оболочек кишечные петли и передняя поверхность печени соединились с внутренней поверхностью лоскута, т. е. с клетчато-жирным слоем его в нашем примере. Если раздражение чисто, если оно не превышает известную меру напряжения, то всегда последует воспаление с образованием пластического выпота и оболочек соединительной ткани. Как только нарушается требуемое условие, явятся те моменты, при которых непосредственное образование новой соединительной ткани сделается невозможным, и обнаружится другой исход, в зависимости от нагноения или от всосания в массу крови гнилостных элементов. Задача хирургии подметить требуемые условия. Ничего определенного в этом направлении наука не имеет, но с большей или меньшей вероятностью можно допустить, что быстрота действий, мягкость и нежность приемов, самая строгая чистота и опрятность составляют требования, при удовлетворении которых могут быть устранены неблагоприятные осложнения при наших операциях. Обширнейшие ранения брюшины, благодаря пластичности ее, заживают через первое натяжение. Известно, какое значение получает это свойство брюшины при различных проникающих ранениях. Вследствие раздражения серозных поверхностей или вследствие нарушения физиологических условий, необходимых для правильности отправления их, может происходить серозный выпот. Он происходит иногда весьма быстро и достигает огромного количества, но также быстро и всасывается. Долгое время оставшийся неподвижным, серозный выпот может всасываться иногда в течение 3—4 дней, если условия давления изменяются, например, после извлечения из грудной полости части серозного выпота, остаток его иногда скоро исчезает через всасывание. То же происходит и в полости брюшной, что доказывается и опытным путем: впрыскивая большие количества жидкости в брюшную полость животным, мы замечаем, что она быстро всасывается без заметных осложнений, если эта жидкость не имела раздражающих свойств. При вскрытии брюшной полости наносится уже известное раздражение, под влиянием которого быстро происходит выпот серозной жидкости. Это можно заметить всякий раз при овариотомии, при вскрытии больших грыжевых мешков.

Всегда при этих операциях попадает известное количество крови в полость брюшины. Должно удалять излившуюся кровь. Но несколько крови и еще большее количество серозной жидкости всегда остается в полости брюшины. Она всасывается без последствий. Так бывает в огромном большинстве случаев, но бывает, что больные умирают быстро. Тогда-то говорят, что смерть последовала от shock'a. Смерть последовала оттого, что оставшаяся в полости брюшины кровь и серозная жидкость подверглись разложению; продукты гнилостного разложения, всосавшись в массу крови, произвели быстрое отравление, которое может убить организм в течение первых 24 часов после операции. Такие быстрые животные самозаражения мы встречаем и при некоторых других условиях, когда в короткий сравнительно промежуток времени образуется огромная масса гнилостного распада, поступающего в круг кровообращения, как, например, при обширных ожогах, при отморожениях, при размятии тканей тела действием больших огнестрельных снарядов. Не задержание известного количества крови в полости брюшины становится опасным, а опасными становятся те условия, при которых эта кровь задержана. Если в полость брюшины не внесено чрезмерное раздражение, не попали посторонние раздражающие тела, если вскрытая полость брюшины не приходила в соприкосновение с зараженным госпитальным воздухом или с нечистой водой, то излившаяся кровь всосется без последствий; в противном случае она даст повод для нагноения или гнилостного заражения всего организма.

Поверхность брюшины обширна; она равняется почти поверхности всего тела (Langenbeck's Archiv. f. Chirurg., 1876, т. 20, тетр. 1, стр. 64). При обнажении ее должно последовать сильное охлаждение температуры тела. И при операциях, производимых на поверхности тела, если они долго продолжались и если больной долгое время оставался обнаженным, замечается значительное понижение температуры, обнаруживаемое, между прочим, чувством озноба, который наступает тотчас после операции. Естественно, что обнажение обширной серозной полости брюшины должно сопровождаться охлаждением; охлаждение достигает тем большей степени, чем долее будет продолжаться операция. Повышение температуры комнаты, в которой происходит операция со вскрытием брюшной полости, по крайней мере до 16° или 17°R имеет веское основание, которым не должно пренебрегать. Если указанное обстоятельство имеет важное значение, то не меньшее значение получает и та сумма раздражений, которая получается от соприкосновения поверхности брюшины с атмосферным воздухом, от соприкосновения ее с губками и инструментами, употребляемыми при самой операции. Эти раздражения, суммируясь, должны произвести сильный эффект в виде рефлекса на сосудодвигательные нервы брюшной полости. Это явление рефлекса объективно

выражается охлаждением конечностей и всей поверхности тела (после иссечения опухолей яичников, после вскрытия больших грыжевых мешков и пр.), синевой слизистых оболочек, малым нитевидным пульсом и др. Случается, что оперированные не выходят из этого состояния и умирают в течение первых суток. При вскрытии находим сильную гиперемию серозной оболочки и переполнение кровью сосудов брюшной полости. Принимая во внимание все изложенное, нужно полагать, что летальные исходы при вскрытии полости брюшины обусловливаются суммированием раздражений на поверхности брюшины и явлениями рефлекса и преимущественно условиями, при которых происходит быстрое гнилостное разложение органических жидкостей. Уже теперь выработался известный метод иссечения опухолей яичников и матки; основания этого метода не твердо установлены, и потому допускаются разными хирургами уклонения от этих оснований или свои требования. Многие из этих оснований выработаны путем практики, ощупью так сказать, и требуют еще доказательной проверки путем опытного исследования. Но можно сказать, что те основания, которые вытекают из физиологических свойств брюшины, должны быть твердо установлены. При всех операциях, сопровождаемых вскрытием полости брюшины, должна быть соблюдаема самая строгая чистота и опрятность, как и при всех операциях вообще. Должно заботиться о том, чтобы не вносить никаких раздражающих начал, наблюдая за чистотой атмосферного воздуха помещения, в котором производится операция, и за абсолютной чистотой воды и всех предметов, необходимых при ней. Вскрытие брюшной полости не есть операция университетских амфитеатров. Следует приготовлять предварительно помещение, в котором предполагается произвести подобную операцию. Однажды я вынужден был рассечь брюшную стенку по серединной линии от лона до мечевидного отростка; только через подобный разрез можно было удалить громадное новообразование яичника. Сращение последовало через первое натяжение. Оперированная выздоровела. Операция эта была произведена в доме, долгое время остававшемся без обитателей; предварительно предприняты были еще меры для самого тщательного очищения той комнаты, в которой производилась операция. Соблюдая все это, мы устраним условия, благоприятствующие гнилостному разложению органических жидкостей, неизбежно остающихся в брюшной полости. Этим достигается уничтожение условий для гнилостного самозаражения (septicaemia). Отсюда естественным образом вытекают и те правила, которыми должно руководствоваться при лечении повреждений, сопровождаемых вскрытием брюшной полости: чем скорее будет поставлен больной в условия, при которых пластическое воспаление будет протекать ненарушимо, тем больше данных для благоприятного исхода проникающего повреж-

дения. Есть положения, при которых слишком активное вмешательство со стороны хирурга вредит больному. Благо, если хирург умеет оценить надлежащим образом эти положения.

У нашей больной * происходило выпячивание внутренностей в правой половине передней брюшной стенки; выпячивались внутренности на пространстве всего языкообразного лоскута. Г-жа К. чувствовала себя сносно только тогда, когда из нескольких ватных подушечек приготовлялась поддерживающая и давящая повязка для живота. Делаемы были попытки приготовить повязку в виде обыкновенных поясов, употребляемых при пупочных грыжах. Эти попытки ни к чему не приводили: выпадению нельзя было помешать, потому что для этих поясов нельзя было приискать прочной точки опоры. Тогда мы поступили следующим образом: был сделан гипсовый снимок туловища (торс) **. По гипсовому снимку были выкованы две стальные полосы, обходившие туловище слева; нижняя полоса плотно обнимала тазовое кольцо скелета. Обе полосы обнимали немного более половины окружности туловища. Задние концы стальных полос укреплялись в подушечке, хорошо прилаженной к выемке крестцовой области и плотно выполнявшей ее. Передние же концы прикреплены были к широкой пластинке, прикрывавшей всю поверхность лоскута правой половины передней брюшной стенки. Таким образом, передняя пластинка соответствовала пространству, на котором недоставало мышц и брюшинного пристеночного покрова и через которое происходило выпячивание внутренностей. При помощи этого протеза внутренности удерживались в брюшной полости, не происходило выпячивания, сопровождаемого тягостным ощущением. Надев протез, больная чувствовала себя очень хорошо.

---

* Мы имеем известие, что по настоящее время (14 мая 1877 г.) г-жа Кашкина находится в отличном состоянии здоровья.

** Этот снимок (торс) г-жи Кашкиной хранится в кабинете 2-го хирургического отделения Клинического госпиталя. На нем видно отчетливо очертание языкообразного лоскута правой половины передней брюшной стенки.

GASTROTOMIA ПРИ СУЖЕНИИ ПИЩЕВОДА [17]

Dysphagia может зависеть или от функциональных расстройств, или от механических препятствий в зеве и пищеводе. Причина первых может быть центрального происхождения, как при травматических повреждениях головного мозга, иногда периферического, куда относятся параличи мышц зева и пищевода при дифтерите, или при сдавлении блуждающего нерва, когда глотание пищи становится невозможным. Механические препятствия глотания могут происходить: а) от присутствия посторонних тел, случайно застревающих в зеве и пищеводе; б) от изменений просвета этих путей вследствие воспалительных процессов слизистой оболочки и клетчатки подслизистой; в) наконец, от изменений просвета вследствие новообразований. Обыкновенно встречается раковое новообразование. Почти все случаи сужения пищевода у больных свыше 40-летнего возраста образуются на почве ракового новообразования. Исключений мало и они принадлежат тем случаям, где этиологическим моментом служило травматическое повреждение зева (ранение посторонним острым телом) или влияние химического агента, например, проглоченной минеральной кислоты или концентрированного щелочного раствора.

Раковое новообразование, составляя одну из самых обыкновенных причин сужения пищевода, развивается обыкновенно в нижней части его: очень часто встречается заболевание в месте перекрещивания пищевода с дыхательной трубкой и в месте прохождения пищевода через грудобрюшную преграду. На эту часть пищевода приходится половина всех случаев раракового сужения пищевода. Несколько реже поражается средняя часть пищевода; тем не менее на нее выпадает треть из остающейся цифры заболеваний. Следовательно, на верхнюю часть пищевода выпадает сравнительно небольшое число заболеваний. Это необходимо иметь в виду при обсуждении вопроса о лечении сужений пищевода вообще и раковых сужений его в особенности.

Оперативная хирургия внесла мало в вопрос о лечении злокачественных новообразований зева и пищевода. Оперативное

пособие при сужениях пищевода ограничивается зондированием с целью постепенного расширения просвета и искусственным кормлением.

При параличе мышц зондирование пищевода и искусственное кормление получают высокое терапевтическое значение; можно поддержать таким путем силы организма до восстановления функционального отправления мышц. В некоторых, весьма редких, впрочем, случаях можно при помощи постепенного расширения восстановить возможность глотания пищи. Мы предполагаем те случаи, когда сужения пищевода образуются сокращением рубцовой ткани, развившейся, например, вследствие ожога или разрушения частей влиянием химического агента. Показания для оперативных приемов не сложны и в тех случаях, где глотание затруднено присутствием посторонних тел, застрявших в зеве или пищеводе: посторонние тела должны быть извлекаемы или проталкиваемы далее в желудок.

Несравненно более трудную задачу представляют случаи ракового сужения пищевода. Попытки проф. Czerny и Billroth'a иссекать части пищевода, пораженные раковым новообразованием, до сих пор остаются единичными в литературе.

Нельзя сказать, что эти попытки останутся без подражателей. Но нужно прибавить, что они должны ограничиваться только незначительной частью заболеваний. Анатомически доступная для иссечения верхняя часть пищевода поражается раком реже, чем остальные части его.

Если в огромном большинстве случаев иссечение ракового новообразования пищевода невозможно, не представляется ли возможности открыть новый особый путь для питания больного? Речь может итти об образовании нового пути в пищеводе (oesophagotomia) или прямо в желудке (gastrotomia). Принимая во внимание вышеприведенное исчисление, нужно согласиться, что при раковых сужениях пищевода oesophagotomia очень редко применима, потому что новообразование развивается большей частью в нижнем отделе пищевода. Чаще найдет применение вскрытие желудка — gastrotomia. Операция эта предпринимается или с целью удалить постороннее тело из желудка, или тогда, когда сужение пищевода препятствует абсолютно введению пищи в желудок. Но какая огромная разница в исходах этой операции при тех и других показаниях! Kaiser собрал 13 случаев, в которых gastrotomia сделана была с целью извлечь постороннее тело из полости желудка. Операция предпринималась в различные сроки — от 3 дней до $2^1/_2$ лет после дня поступления постороннего тела в желудок. Из 13 оперированных выздоровело 11. Тогда как из 31 случая операций, предпринятых при сужении пищевода, выздоровело всего 3. Из этих 3 случаев выздоровления в 2 показанием служило рубцовое сужение пищевода (Verneuil,

Trendelenburg) и в одном — раковое (Schönborn) *. Больной Schönborn'a прожил 3 месяца после операции. Весьма большая смертность свидетельствует, казалось бы, против операции. Тем не менее более подробное исследование дела показывает, что подобное заключение не совсем точно. В числе приведенных случаев gastrotomiae при сужении пищевода 3 раза операция сделана была при рубцовом сужении, и получено 2 выздоровления. Такой благоприятный исход операции дает право заключить, что в случаях абсолютной невозможности глотания пищи при рубцовом сужении всегда показана gastrotomia. Таким образом, приходится остановиться только на показаниях к операции вследствие ракового сужения.

Пораженные раковым сужением пищевода погибают приблизительно в течение одного года со дня более или менее выраженного препятствия при проглатывании пищи. Умирают они вследствие истощения, и при вскрытии находим обыкновенно следующие анатомопатологические явления: сообщение пищевода с дыхательной трубкой, воспаление легкого, прободение сердечной сорочки, полости подреберной плевры, гнилостное воспаление клетчатки in mediastino. Если больные умирают после операции gastrotomiae, то находим те же самые анатомопатологические явления: и здесь смерть наступает от истощения при одном из названных осложнений, но не вследствие операции. Операция не осложняется обыкновенно разлитым воспалением брюшины. Это наблюдалось до сих пор, а со времени введения противогнилостного способа лечения ран опасность со стороны самой операции должна уменьшаться еще больше. Оперированные умирают оттого, что gastrotomia предпринимается уже при крайней степени истощения. Подтверждение этого находим в случае Schönborn'a, где благодаря рано предпринятой операции больной прожил 3 месяца после операции, несмотря даже на то, что последовательное лечение сопровождалось некоторыми неблагоприятными обстоятельствами **. При раке пищевода gastrotomia приносит пользу и тем уже, что устраняет раздражение новообразования прохождением пищевых веществ и введением инструментов при зондировании. Насколько при этом условии может быть продлена жизнь больного, этот вопрос может быть разрешен путем сравнения. Одно верно — возможность кормления восстановляется. Curling свидетельствует, что образованием искусственного заднего прохода при раковом сужении прямой кишки можно продлить значительно дни больного благодаря тому, что устраняется беспрерывное раздражение новообразования каловыми массами; рост новообразования идет медленнее. Операция образования искусственного заднего

* König's Lehrbuch der speciellen Chirurgie, Zweite Aufl., 2 Bd, S. 102.

** *Schönborn*, Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir., Bd. 22, H. 2, 1878.

прохода производится часто в Англии, и обыкновенно показанием для нее служит рак в нижней части кишечника. При этом условии операция получила право гражданства, и применение ее оправдывается только тем, что при помощи ее можно продлить дни больного.

Всякая операция должна быть оценена с точки зрения действительной пользы для больного. В этом отношении при злокачественном новообразовании пищевода можно говорить только об относительной пользе: операцией мы достигаем временного продления жизни и устранения ужасной картины голодной смерти. При рубцовых сужениях пищевода вопрос об операции разрешается иначе: здесь достигается абсолютное выздоровление. Можно предложить еще вопрос: есть ли возможность сделать существование больного сносным при свищевом отверстии в желудке и при условии, что только через это отверстие должно совершаться введение пищи? На этот вопрос можно отвечать утвердительно, особенно ввиду счастливого предложения проф. Trendelenburg'a заменить естественный пищевод искусственным из каучуковой трубки *. Оперированный им мальчик берет пищу в рот, пережевывает ее, получая удовольствие вкусовых ощущений, обволакивает обильно слюной и затем выбрасывает через трубку в желудок; для этого он вставляет один конец искусственного пищевода в свищевое отверстие желудка, другой, приспособленный, берет в рот. Правда, свищевое отверстие в желудке не представляет удобства для больного, но вместе с тем нельзя не заметить, что оно не может представлять и большой тягости, особенно ввиду сознания, что свищ составляет условие существования больного. Мальчик проф. Trendelenburg'a, покинув постель после выздоровления, предался беззаботно детским забавам, забыв о свище желудка. Он вставлял себе пробку в дренажную трубку, проходившую в желудок через свищевое его отверстие, и достигал таким образом полного закупоривания свища. Другое наблюдалось в случае проф. Schönborn'a, — жидкости из желудка вытекали беспрерывно, несмотря на всевозможные приспособления для запирания свищевого отверстия. Здесь вскрыта была передняя стенка желудка, получено было большое овальное отверстие, нижний конец которого касался большой кривизны желудка. Если отверстие в желудке очень велико и особенно если лежит низко, близ большой кривизны желудка, то достигнуть полного запирания его не легко; но не трудно запирать небольшое свищевое отверстие, имеющее в поперечнике $1^1/_2$ или 2 см.

Прежде чем перейдем к описанию случая gastrotomiae, произведенной в хирургической академической клинике в этом

---

* *Trendelenburg*, Ueber einen Fall von Gastrotomie, in Langenbeck's Arch. für klin. Chir., Bd. 22, H. 1, 1878.

академическом году, остановимся на тех трудностях, которые, по мнению некоторых хирургов, представляются при выполнении операции. Во-первых, отыскание желудка не всегда легко. Gastrotomia производится в то время, когда больной приходит в состояние крайнего истощения; сокращенный желудок оттягивается кверху и влево, так что при вскрытии брюшной полости его не видно. Если глотание жидкостей не абсолютно невозможно, то можно предпослать операции принятие шипучей смеси: освобожденная угольная кислота растянет желудок и сделает отыскание его более легким. При таком условии возможно и применение приспособления д-ра Schreiber'a, который вводит в полость желудка тонкий резиновый пузырь, прикрепленный к концу желудочного зонда. При надувании пузыря растягивается желудок, очертание которого обозначается через брюшную стенку до вскрытия полости живота *. Но весьма часто приходится оперировать при условиях абсолютной невозможности проглатывания даже жидких веществ. Предложенные приспособления делаются неприменимыми. В таком случае приходится руководиться анатомическими свойствами желудка, и особенно расположением arteriae gastroepiploicae; открывши эту артерию, мы можем ориентироваться быстро относительно всех частей желудка и прилегающих органов.

Другая трудность представляется в том, чтобы удержать вскрытый желудок в соединении с передней брюшной стенкой. Вследствие естественного своего положения желудок оттягивается кзади; оттягивание это выражается еще больше при сильном сокращении желудка вследствие голодания. Во время кашля, икоты и при глубоких вдыхательных движениях пришитый к передней брюшной стенке желудок может оторваться. Это и случилось однажды с больным, оперированным Sedillot'ом. Для устранения подобной случайности предлагают оперировать в два приема: сначала вскрывают брюшную полость и пришивают желудок к краям раны передней брюшной стенки. Когда последует сращение между желудком и брюшной стенкой, приступают ко вскрытию желудка. Не говоря о том, что легче сделать подобное предложение, чем выполнить его, нужно заметить, что дважды предпринятая над истощенным больным операция представляет известные неудобства. Gastrotomia предпринимается над больным, который не может глотать пищи, не может питаться; нужно вскрыть желудок для введения пищи. А тут предлагается два приема для такого вскрытия, и между обоими приемами пройдет несколько дней, в течение которых больной может умереть или истощиться еще в большей мере. Verneuil, которому принадлежит случай полного выздоровления post gastrotomiam, наложил

* Langenbeck's Arch. f. klin. Chir., B. 22, H. 2, S. 500.

14 швов из серебряной проволоки. Этому шву он приписывает важное влияние на успех gastrotomiae *. Мы полагаем, что введением противогнилостного способа лечения и струнной карболизованной нити для хирургического шва устраняются вполне упомянутые опасения, и можно всякий раз производить операцию gastrotomiae сразу.

Юсов Сергей, мужчина 38 лет; шкипер парохода; уроженец Петербургской губернии. Больной крайне истощен и слаб; губы и оконечности ручных пальцев подернуты синевой. Жалуется на невозможность глотать пищу: в течение 15 дней не принимал ни твердой, ни жидкой пищи; за три дня до поступления в хирургическую клинику перестал глотать даже воду. На тонкой исхудалой шее слева прощупывается уплотнение пониже перстневидного хряща; уплотнение ткани не имеет определенной границы и принадлежит, повидимому, пищеводу. Это подтверждено было при введении желудочного зонда, который на этом месте встретил непреодолимое препятствие. Юсов всегда пользовался хорошим здоровьем. В декабре 1878 г. заметил в первый раз затруднение при проглатывании пищи. В течение двух недель уже питание больного поддерживается кое-как через прямую кишку при помощи промывательных из мясного сока с яичным желтком. 8 марта 1879 г. сделана была gastrotomia. От мечевидного отростка вниз и влево почти параллельно краю VIII ребра сделано было сечение на 6 см длины. По вскрытии брюшины представилась левая доля печени; над нею лежала поперечная ободочная кишка. Сильно сокращенный желудок лежал в левом подреберье далеко сзади под диафрагмой. Захваченная пальцами передняя стенка желудка была притянута к ране и удержана здесь двумя шелковыми петлями, продетыми через стенку желудка в верхнем и нижнем углу раны. Затем приступлено было к накладыванию шва следующим образом: сначала наложен шов из карболизованной струнной № 2 нити между серозным покровом желудка и краем разрезанной брюшины (peritonaeum). Потом был вскрыт желудок, и край раны стенки желудка пришит был к краю раны передней брюшной стенки при помощи шелковой нити: шов прохватывал мышечный слой и общие покровы. Получилось отверстие в полость желудка в $3^1/_2$—4 см длины. Операция производилась при постоянном орошении 2% раствором карболовой кислоты; орошение было прекращено тогда, когда с затянутым последним шелковым швом была вполне закрыта полость брюшины.

Непосредственно после окончания операции влито было в желудок 4 столовых ложки холодного молока и одна рюмка хереса. Чувство глубокой благодарности выразилось в глазах

---

* *Verneuil*, Observation de gastrotomie pratiquèe avec. succès. etc., Bull. d l'Acad. de mèd., N. 44, 1876.

больного, получившего эту несложную пищу после невольного, весьма длительного голодания. Через 3 часа предписано было повторить кормление только жидкой пищей. Хотя силы больного, видимо, стали поправляться, обнаружился голос, пульс поднялся, тем не менее спустя 20 часов после операции больной умер.

Вскрытие: рана в передней стенке желудка на $2^1/_2$ см ниже места перехода пищевода in cardiam. На всем протяжении раны произошла полная склейка между стенкой желудка и передней брюшной стенкой. Особенно прочна спайка по направлению шва из струнной нити; здесь только местами замечены небольшие точечные кровоизлияния в серозном покрове желудка. В пищеводе на 3 см ниже перстневидного хряща замечается сужение просвета на пространстве 1 см; в суженное место не проходит даже оконечность мизинца. Под этим суженным местом начинается растяжение вследствие язвенного процесса инфильтрированной новообразованием стенки пищевода. В середине изъязвленного места замечается круглое отверстие в $^1/_2$ см диаметром, ведущее в полость дыхательной трубки (trachea). Пониже язвы замечается второе сужение просвета пищевода, а затем пищевод представляется нормальным на всем протяжении до желудка. На высоте сужения пищевода замечается уплотнение лимфатических желез с правой стороны. На внутренней поверхности дуги аорты замечаются небольшие, слегка возвышающиеся над уровнем внутренней оболочки пятна. Левое легкое эмфизематозно по краям; в нижней доле его замечаются плотные гнезда серого цвета, непроходимые для воздуха; некоторые бронхи в местах уплотнения легочной ткани представляются равномерно расширенными; слизистая оболочка бронхов покрыта гноем. Правое легкое срослось с грудной клеткой на всей своей поверхности; в верхней части его замечается значительное развитие соединительной ткани с бронхиэктатическими полостями; эти полости наполнены гноевидной жидкостью. Юзов умер вследствие крайнего истощения при явлениях pneumoniae. Pneumonia у страждущих раковым сужением пищевода развивается иногда при отсутствии непосредственного сообщения пищевода с дыхательной трубкой и при отсутствии явлений непосредственного продолжения новообразования на легкие и подреберную плевру. В подобных случаях находим прижатие блуждающего нерва новообразованием или погружение его в массу распада тканей или гноевидного скопления. У Юсова обе причины служили для развития pneumoniae: у него было сообщение пищевода с дыхательной трубкой на высоте новообразования, было и прижатие левого блуждающего нерва.

Считаем необходимым остановиться на некоторых обстоятельствах, сопровождавших gastrotomiam у Юсова. Рана желудка заложена была очень выгодно в физиологическом

отношении, всего в $2^1/_2$ см от места перехода in cardiam. Но это физиологическое преимущество вяжется с техническими неудобствами: чем глубже лежит та часть желудка, в которой делается отверстие, тем труднее удержать ее в тесном соединении с передней брюшной стенкой. Тем не менее двойной шов в данном случае сопровождался прекрасной спайкой. Того же можно достигнуть при помощи двойного шва из шелковой нити, из нити металлической. Но в этих случаях возможно нагноение в глубоком слое шва, прорезывание тканей, чего не бывает в тех случаях, когда употребляется струнная нить. Ежедневный опыт показывает, что струнная нить всасывается бесследно, не вызывая нагноения в тканях, для соединения которых она была употреблена. Итак, употребляя двойной шов таким образом, чтобы глубокий его слой состоял из струнной нити, мы всякий раз можем производить gastrotomiam в один прием и можем рассчитывать на достаточную прочность соединения желудка с брюшной стенкой.

Мы указали уже, что в числе причин необычайной смертности post gastrotomiam прежде всего следует указать на то, что операция эта производилась почти исключительно при раковых суженіях пищевода и производилась обыкновенно в последние минуты, при крайнем истощении организма. Gastrotomia при подобных условиях не имеет значения, даже трудно оправдать производство ее. Если операция предназначена для продления жизни больного, если она должна стать наряду с другой операцией, имеющей такое же жизненное значение (мы имеем в виду образование искусственного заднего прохода при раковых поражениях в нижней части кишечника), то она должна быть производима заранее. Для видевших препарат Юсова это требование стало слишком ясным и законным. Всякая попытка проглотить какую-либо жидкость должна была сопровождаться попаданием ее в дыхательную трубку. Уплотненные гнезда легочной ткани развились вследствие проникания посторонних тел в бронхи. Отверстие, сообщавшее пищевод с дыхательной трубкой, равнялось $^1/_2$ см в поперечнике; через него легко было проникнуть желудочным зондом среднего калибра, следовательно, представлялась возможность влить через зонд пищевые вещества не в желудок, а прямо в дыхательное горло. Исключив эту случайность, мы не можем оставить без внимания того обстоятельства, что постоянным зондированием вносится повторное раздражение, под влиянием которого злокачественное новообразование должно еще быстрее разрастаться и скорее вступить в период распада.

ГАСТРОТОМИЯ. СМЕРТЬ НА 19-й ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ [18]

Вторая гастротомия была произведена нами при тех же условиях ракового новообразования в пищеводе и по тем же приемам, как и первая (Медицинский вестник, 1879, № 21 и 22). Смерть оперированного Ф. Батовского произошла вследствие истощения: несмотря на сравнительное удобство кормить больного через свищевое отверстие желудка, питание все-таки, было недостаточное. Ниже мы представим историю больного; теперь же остановим внимание на тех обстоятельствах, разъяснение которых необходимо, полагаем, в интересах судьбы самой операции гастротомии.

1) Двойной шов — глубокий из струнной нити, поверхностный из шелковой — оправдал все ожидания. Когда вскрыта была полость желудка, из нее вытекло около 2 унций желчи, смешанной с желудочным соком. Истекавшая жидкость легко удалялась при помощи губки, — ни капли ее не попало в полость брюшины. Края разрезанной стенки желудка соединены были с краями разреза общих покровов частым узловатым швом из шелковой нити. Непосредственно после окончания операции влита была в желудок жидкая пища; и это не помешало прочному сращению per primam intentionem между желудком и передней брюшной стенкой. Правда, на 10-й день после операции обнаружилась отслойка общих покровов в нижней части раны; попадавший сюда при кашле желудочный сок способствовал, вероятно, увеличению этой отслойки. Тем не менее по линии наложения шва из струнной нити образовалась уже такая прочная спайка, что нечего было опасаться разъединения.

2) Батовский умер от истощения. Раковое новообразование до смерти оставалось местным процессом. Хотя новообразование и представлялось изъязвленным на всей внутренней поверхности пищевода, однакоже нигде стенка пищевода не была прободена. Нигде не было найдено каких-либо следов

переноса ракового процесса (metastasis). Узел серовато-желтого цвета, найденный в нижней доле правого легкого, имел величину горошины. При микроскопическом исследовании он оказался состоявшим из соединительной ткани, внутри которой находился творожистый распад. Клиническая картина свидетельствовала наглядно о постепенном истощении организма, несмотря на то, что больного кормили усердно и что вся пища, попадавшая в желудок, усваивалась. Больной стал получать жидкую пищу со дня операции. В сутки вводилось в желудок от 10 унций до 3 фунтов жидкой пищи; так, 6 декабря влито было в течение суток всего около 40 унций жидкой пищи (молока, бульона, кумыса, мясного сока, вина). А больной продолжал все худеть, истощался; пульс его становился все слабее и чаще, дыхание — чаще и поверхностнее (12 декабря пульс 110 в минуту, едва ощутимый, 32 поверхностных дыхания в минуту). Моча имела постоянно кислую реакцию. Количество мочекислых солей со дня операции все уменьшалось. Суточное количество мочи колебалось между 500 и 800 см³. Уд. вес мочи: 27 ноября 1 029; 28 — 1 029; 29 — 1 029; 30—1 030. Позднее он стал уменьшаться: 9 декабря 1 020; 11 — 1 018; 13 — 1 018. Количество плотных частей в моче: 27 ноября 29,0 г; 28—34,8; 29—46,4. Потом количество это стало уменьшаться и держалось в последние дни перед смертью около 36 г. В начале ограничивались введением в желудок только жидкой пищи; воды не давали. Терпеливый больной покорно подчинялся всем предписаниям, не жалуясь ни на что. Но к концу первой недели стали замечать, что он охотно держал во рту лед или смоченное полотенце; воды все еще не просил, может быть, потому, что глотание было абсолютно невозможно. 11 декабря впервые введено было ½ стакана воды прямо в желудок через свищевое отверстие, и затем уже ежедневно больной получал один или два стакана воды, кроме жидкой пищи. Улучшения в питании не последовало: силы больного продолжали падать, и он истощался все более и более. С 8 декабря температура стала падать и понизилась до 35,7°; до смерти она держалась приблизительно на этом уровне, повышаясь иногда по вечерам до 37°.

3) Вопрос о кормлении после гастротомии представляется в высокой степени важным. Должно ли приступать к кормлению тотчас после операции или же следует выждать, пока не последует полного сращения желудка с передней брюшной стенкой? Одни придерживаются первого взгляда, другие — второго. После искусственного вскрытия желудка мы имеем дело с органом, отправление которого ослаблено уже вследствие продолжительного голодания. Следовательно, при кормлении это обстоятельство не должно быть упускаемо из виду. Если нет основания опасаться, что швы разойдутся преждевременно, то можно приступить к кормлению непосредственно после опера-

ции. При том способе сшивания раны (двойной шов), которым мы пользуемся, можно вводить жидкую пищу в желудок тотчас после операции. Мы полагаем, что с первых дней после операции больной может употреблять и плотную пищу, например, мясо и небольшое количество мучнистых веществ, но при условии, чтобы вводимая в желудок пища была подготовлена физиологически для более легкого усвоения, т. е. пережевана, размягчена, смочена слюной, соединена иногда с пепсином. Обработанную таким образом пищу можно смело вводить через свищевое отверстие в желудок.

Другие выжидают до образования прочных сращений и поддерживают питание больного per rectum. Этот способ питания недостаточен. Батовский усваивал всю пищу, которая вводилась ему через свищевое отверстие в желудок, и все-таки истощался. Видно, что одной жидкой пищей, даже в таком значительном количестве, как мы показали выше (до 3 фунтов в течение 24 часов), нельзя поддержать питание организма на требуемой высоте. Вот почему важно начинать кормление как можно раньше, с первого дня операции, и необходимо давать достаточное количество пищи не только жидкой, но и плотной.

Привожу историю болезни.

Ф. Батовский, мужчина 56 лет, не может принимать плотной пищи, с трудом проглатывает небольшое количество воды. Общее состояние больного довольно удовлетворительное; мышечная система порядочно развита, но слабо выражен подкожный жирный слой; кожа суха. Олива № 1 встречает непреодолимое препятствие в пищеводе на расстоянии 33 см от края верхних резцов. Живот втянутый, спавшийся; мечевидный отросток грудины выпячивается. Болезненность в левой доле печени. В правой подключичной области притупленный звук при постукивании и ослабленное дыхание.

В 1869 г. перенес воспаление легких; страдал позднее повторно кровохарканием. За 4 месяца до поступления в клинику стал замечать препятствие при проглатывании пищи. Препятствие возрастало постепенно, и в течение двух последних недель проглатывание плотной пищи стало невозможным.

26 ноября сделана была gastrotomia. Разрез в 8 см длины проведен был от конца мечевидного отростка грудины параллельно с хрящом VIII ребра. По вскрытии брюшины через рану высунулась левая доля печени. Она была тотчас вправлена и удерживаема пальцами помощника. Пальцами захвачена была передняя стенка желудка и пронизана шелковой нитью в верхнем и нижнем углах раны. Желудок оказался вздутым; он плотно прилегал к краям наружной раны. Когда сывороточный покров желудка соединен был частым узловатым струнным швом с краем разрезанной пристеночной брюшины, мы вскрыли желудок разрезом в $2^1/_2$ см длины. Вытекло около 2 унций желчи; она легко была удалена и не могла попасть в

полость брюшины. Край стенки вскрытого желудка соединен был с краем разрезанных общих покровов узловатым швом из шелковой нити. Непосредственно после окончания операции влито было в желудок 10 десертных ложек молока и 3 десертные ложки вина (хереса). Ежедневно затем больной получал от 10 до 40 унций жидкой пищи. Для кормления употреблялись бульон, молоко, кумыс, вино; позднее прибавляли еще мясной сок, яйца.

4 декабря замечено было отслоение общих покровов в нижнем углу раны на пространстве $1^1/_2$ см; на другой день обнаружилось такое же отслоение общих покровов и в верхнем углу раны на пространстве $^1/_2$ см. В местах отслоения образовались небольшие пазухи, в которые при кашле попадали иногда желудочный сок и пищевые средства. Наложены были металлические швы для удержания в соприкосновении отслоившихся частей; швы плохо держали.

5 декабря обнаружилась острая боль во всем животе. Назначено Opii puri gr. $^1/_6$ три раза в сутки. Боль исчезла к следующему дню. Силы больного угасали постепенно, несмотря на то, что все количество пищи, попадавшей в желудок, усваивалось. Температура тела стала падать и установилась ниже нормы: 11 декабря температура утром 34°.

14 декабря Бутовский умер. За два дня до смерти обнаруживался по временам бред.

Вскрытие. Пищевод: раковое образование обнимало всю окружность его на пространстве 8 см, начиная от места разделения дыхательной трубки (trachea) книзу. Края изъязвленной поверхности были приподняты валикообразно, что и обусловливало полную непроходимость в этом месте. Искусственное отверстие в передней стенке желудка находилось в $3^1/_2$ см от входа в желудок и имело 3 см длины. Вокруг искусственного отверстия очень плотные сращения желудка с передней брюшной стенкой, струнные нити всосались. В верхней и нижней частях свищевого отверстия отслойка замечалась только в общих покровах: глубокие слои вскрытой брюшной стенки представляли прочные сращения с желудком. Сердце уменьшено в объеме. Полость левого желудочка уменьшена; мышца его бледножелтого цвета. Полость правого желудочка сердца растянута. Левое легкое местами соединено с грудной стенкой старыми ложными оболочками, правое представляло подобные же сращения; в верхушке его замечены узелки желтоватого цвета; в нижней доле правого легкого такой узел величиной с горошину. Передний край левой доли печени сращен с передней стенкой желудка. Слизистая оболочка желудка полнокровна, местами покрыта кровяными подтеками. Мягкая оболочка мозга отечна, ткань мозга переполнена кровью; боковые желудочки растянуты сукровичной жидкостью.

К ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (КОПРОЛИТ) [19]

Привычные запоры наблюдаются у горожан чаще, чем у сельских жителей, вероятно, потому, что в образе жизни первых чаще допускаются излишества и отступления от самых простых требований гигиены. Наши наблюдения показывают, что наиболее тяжелые заболевания в зависимости от привычных запоров выпадают на долю жителей городов. При запорах перистальтическое движение кишечника ослаблено; это составляет обычную причину задержания каловых масс в кишечном канале. Задержанные же каловые массы превращаются иногда в плотный каловый сверток или кишечный камень (enterolithiasis), если в той или другой части кишечника развивается механическое препятствие в виде перегиба кишки, случайной ее перетяжки, перекручивания кишечной петли. В кишечной петле, освобожденной из грыжевого мешка после ущемления, обнаруживается иногда паралличное состояние, при котором приостанавливается передвижение кала в течение многих дней, и получается картина внутреннего ущемления; то же наблюдается иногда и при воспалении брюшины. В том и другом случае может быть дан повод для образования каловой пробки. Естественно, что при сужении просвета кишки после зарубцевавшихся язв или вследствие развития новообразования (обыкновенно ракового) получаются такие же благоприятные условия для развития каловых свертков в кишках.

Enterolithiasis встречается у жвачных животных и некоторых однокопытных. У человека кишечные камни встречаются чаще всего в толстой кишке, слепой, червеобразном отростке или в расширениях прямой кишки; гораздо реже попадаются они в подвздошной кишке, обыкновенно в нижней части ее, близ слепой кишки, когда здесь застревают иногда посторонние тела, извне попавшие в кишечник, или выделившиеся из желчного пузыря объемистые желчные камни.

Различают два вида кишечных свертков: собственно каловые свертки в виде крутой каши или скомканной глины и ки-

шечные камни, состоящие из фосфорнокислой извести, фосфорнокислой магнезии, фосфорнокислой аммиак-магнезии и разных органических непереваренных частей.

Вот эти-то каловые свертки кишечника бывают иногда причиной диагностических ошибок. Их принимали ошибочно за опухоли желудка, кишок, печени, селезенки, почки, даже за опухоли яичника и за беременность *. Как ни невероятны подобные ошибки, они повторяются и будут повторяться, потому что каловые свертки, уподобляясь опухоли, могут оставаться в кишечнике целые месяцы без перемены и не препятствовать испражнениям: мимо застрявших каловых пробок проходит содержимое верхней части кишечника, больные испражняются более или менее правильно и даже ежедневно. Женщина лет 50, имевшая раковое новообразование в правой молочной железе, от времени до времени страдала поносом, появлявшимся у нее б е з в и д и м о й п р и ч и н ы. Однажды у нее обнаружилось затруднение при мочеиспускании. При исследовании per vaginam et per rectum обнаружено было растяжение нижней части прямой кишки каловым свертком, при котором больная испражнялась почти ежедневно, и иногда, как сказано уже, страдала поносом. Только помощью крепкой металлической ложки можно было извлечь сверток по частям. Он весил около 3 фунтов. С тех пор беспричинные поносы у больной не повторялись. В нижней части прямой кишки легко определить присутствие каловой пробки, введя палец per anum: если же пробка находится в вышележащей части толстой кишки, то определение ее не так просто. Каловая пробка отличается от новообразования тем, что при сдавлении может менять свой вид. Но чрезвычайно редко удается через брюшные покровы сдавить каловый сверток так, чтобы получилось изменение его объема и очертания; не всегда даже удается передвинуть каловую пробку, особенно если она находится в толстой кишке при очень короткой брыжейке (mesocolon). Продолжительное задержание в кишечнике каловой пробки может вызвать целый ряд последовательных анатомопатологических изменений и прежде всего катарральное поражение слизистой оболочки и образование язв (ulcus stercorale). А вслед за изъязвлением может развиться peritonitis, сращение кишки с соседними частями, перегиб кишки, сужение ее просвета, или же получается прободение кишки и последствия его — peritonitis acutissima, иногда нагноение в прилегающей клетчатке. Не всегда, наконец, мимо каловой пробки свободно продвигается содержимое кишечника, пробка может плотно закрыть просвет кишечника,—тогда получается клиническая картина внутреннего ущемления. При медленно развивающемся ущемлении ки-

---

* *Цимссен*, т. VII, ч. II, стр. 433, русск. перев.

шечника иногда удается определить место внедрения кишки (invaginatio), присутствие новообразования или калового свертка; при быстротечных же внутренних ущемлениях кишечника ощупыванием ничего нельзя определить. Тут-то и делаются ошибочные потому что произвольно устанавливаемые, заключения о ближайшей причине внутреннего ущемления. Многие из повторяющихся в литературе заявлений исцеления i l e i массажем, электричеством, металлической ртутью, табачным настоем и разными другими средствами суть не что иное, как примеры продвинутых и выведенных с испражнениями каловых пробок.

В подтверждение вышесказанного приводим случай кишечного свертка (камня), наблюдавшийся в факультетской хирургической клинике Московского университета.

Коптев Дмитрий, 26 лет, паяльщик меди, поступил в клинику 24 января 1889 г., жалуясь на опухоль в животе, постепенно увеличивающуюся.

Живот больного представляется вздутым и растянутым; более резко выражено вздутие в верхней его половине; правая и левая половины живота не вполне симметричны: полуокружность справа = 42 см, а полуокружность слева = 40 см (измерение через крестец и пупок). В правой половине живота прощупывается опухоль величиной с детскую головку; приблизительные размеры ее: поперечный 15 см, продольный — 18 см. Опухоль очень подвижна: ее можно передвинуть в левую половину живота, подвести к правому подреберью, но на место печени установить нельзя. При покойном положении больного на спине постукивание дает притупленный тимпанический звук над опухолью, переходящий с боков в ясный тимпанический. Постукивая кверху от опухоли, мы замечаем, что тимпанический звук живота на верхнем крае VI ребра, по linea mamillaris dextra, переходит непосредственно в ясный звук легкого. Нормальной тупости звука в области печени мы не находим. То же явление получается и при постукивании по linea axillaris postica; только кзади от последней линии по направлению к позвоночнику от VIII до X ребра получается при постукивании заметное притупление. При ощупывании находим, что опухоль живота очень плотна, бугриста; нижний край ее легко охватывается пальцами, утолщен, закруглен и имеет две явственные вырезки. Ощупывание причиняет небольшую болезненность.

Больной среднего роста и телосложения; подкожный жирный слой у него слабо развит; кожа и видимые слизистые оболочки бледны. Аппетит удовлетворительный. Больной часто страдает запорами и постоянно прибегает к пособию промывательных. После промывательных появляются испражнения, обыкновенно жидкие; плотных колбасовидных испражнений не бывает. Часто ощущается боль в области опухоли.

Anamnesis. Родился в Гжатске Смоленской губ. В течение последних 10 лет жил под Москвой на заводе в качестве паяльщика меди. Отец и мать больного умерли за 10 лет от неизвестных причин; в живых остаются три сестры, из которых одна страдает какою-то психической болезнью, появляющеюся периодически. Больной издавна страдал наклонностью к запорам; а лет за 6 у него сделалось задержание мочи, для устранения которого вставляли ему катетер. Года за два он стал ощущать постоянную тяжесть в животе; запоры стали очень упорны. Лечился в земской больнице; там давали ему очень большие приемы разных слабительных и ставили промывательные из очень большого количества жидкости (до 3 кружек зараз); делали и промывание желудка. В это же время в животе стала прощупываться опухоль, которая постепенно увеличивалась. Кроме названных уже средств, для устранения запоров прибегали еще к массажу и фарадизации. Несмотря на все мероприятия, запоры продолжались, и опухоль увеличивалась. Это побудило больного искать помощи в клинике.

Точного распознавания нельзя было установить. В животе находилась объемистая опухоль. Можно было поставить в связи с опухолью появление запоров; больной находил, что по мере увеличения опухоли запоры делались упорнее. Характер опухоли остался невыясненным; с вероятностью однако же исключено было присутствие калового свертка на том основании, что при повторных исследованиях нельзя было получить изменения вида и объема опухоли, несмотря на попытки сдавления ее. Предположено было, что опухоль давит на кишечник и уничтожает просвет его; вследствие этого решено было сделать попытку удаления опухоли оперативным путем.

Laparotomia 9/II 1889 г. Сделан разрез посредине живота, между пупком и лоном; он продлен был кверху через пупок еще на 12 см. По вскрытии брюшной полости обнаружился громадный мешок, выполнявший всю полость живота и прикрывавший все заключенные в ней органы. Вскоре на левой стороне мешка замечены были appendices epiploicae, а затем узнаны striae longitudinales. Перед нами лежала колоссально растянутая толстая кишка, выполнявшая всю полость живота; верхней частью своей она упиралась в диафрагму и выпирала ее кверху. Когда этот громадный мешок, объемом равный бедру взрослого человека, был оттянут книзу, под ним обнаружилась поперечная часть ободочной кишки, а под последней желудок. Печень была найдена еще глубже сзади у позвоночника: она касалась диафрагмы только в задней ее части. Когда это все выяснилось, мы приступили к отысканию опухоли. Она найдена, была в полости мешка, в нижней части его; наощупь казалась плотной, твердой, бугроватой. При дальнейших попытках удалось тем не менее размять опухоль и вытянуть ее в длину.

Полость живота была закрыта обычным образом: наложено 4 основные шва на рану брюшной стенки; затем струнной нитью сшита была отдельно брюшина (peritoneum), положен скорняжий шелковый шов на сухожильное растяжение прямых мышц и таким же швом соединена была и рана общих покровов.

Операция продолжалась 1 час и 45 минут. В течение первых двух дней появлялась от времени до времени рвота, но температура оставалась нормальной до 13 февраля; в 8 часов вечера 13 февраля стало больного слабить—он имел 3 испражнения, следовавшие скоро одно за другим, причем вышло очень много крови и порядочное количество твердых каловых масс. Температура поднялась до 38,8°С. В плотных испражнениях найдены лимонные и апельсинные косточки в порядочном количестве. Всего вышло около 3 000 см³ испражнений. Больной оказался заметно обескровленным.

15 и 16 февраля: слабило несколько раз; выделялись снова кровь и плотные каловые массы.

18/II: перемена повязки. Сняты поверхностные швы, повидимому, полное сращение раны через первое натяжение. Кашель: притупление звука в правом легком спереди и сзади, обильные слизистые хрипы.

21/II: перемена повязки. Основные швы прорезались через края и вся рана разошлась; обнажены внутренности брюшной полости. Снова стянута рана пятью основными швами и рядом поверхностных узловатых швов.

6/III: перемена повязки. Швы снова прорезались, и края раны разошлись. Теперь после удаления всех швов рана промыта была раствором сулемы ($^1/_{10}$%) и покрыта иодоформной повязкой. Повязка укреплена на животе помощью длинных ленточек липкого пластыря.

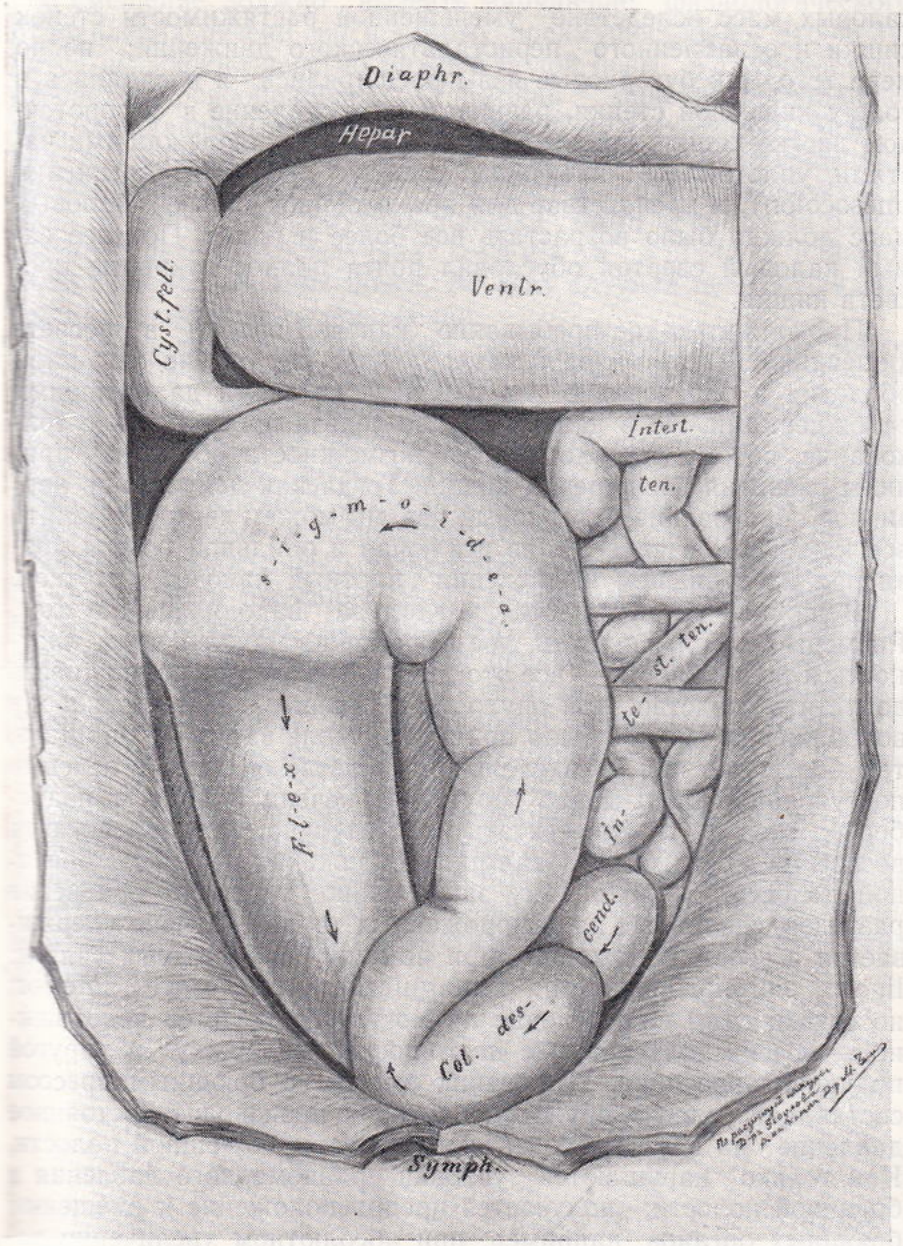
13/III: перемена повязки. Края раны спаялись с подлежащими органами так, что по середине зиявшей на 6 поперечных пальцев раны лежали толстая и петли тонких кишок, сверху и справа прикрытые отчасти большим сальником. Опухоли нельзя прощупать. Больной испражняется при пособии промывательных, к которым иногда прибавляется ложка глицерина.

19/III после промывательного вышло очень много плотных каловых масс. В них после промывки найдено очень много растительных волокон и кожицы плодовых (яблочных?) семян. С этого времени больной стал несколько поправляться, хотя уплотнение правого легкого и кашель оставались без перемены. Рана живота рубцевалась так медленно, что после каникулярного времени в сентябре месяце на животе замечалась еще грануляционная поверхность в 4 см². Только при помощи повторных пересадок кожи удалось добиться полного закрытия раны.

В начале ноября месяца Коптев залихорадил, стал хиреть, и при явлениях хронического воспаления легких умер 31 декабря 1889 г. Вскрытие сделано было 2 января 1890 г.: передняя брюшная стенка на некотором расстоянии от рубца спаяна с подлежащими кишками крепкими длинными тяжами. Расширенная и вздутая кишечная петля занимает всю правую часть полости живота (см. прилагаемый рисунок), заходит отчасти и в левую; дальнейшим исследованием выяснено, что это расширенная подвижная часть толстой кишки, т. е. S-romanum. Толстая кишка внизу укреплена неподвижно помощью оплотнелой клетчатки и отсюда мимо лона (symphysis ossium pubis) направляется вправо и вверх, доходит до X ребра, прилегает к стенке желудка, делает здесь перегиб и снова направляется книзу: переместившись немного влево от средней линии тела, почти на уровне лона, она переходит в левую подвздошную область и здесь принимает естественный размер толстой кишки.

Тонкие кишки лежат в левой половине живота. Желудок расширен и принял вид бутылки. Печень смещена кзади и передним краем своим обращена вверх (retroversio hepatis). In spatio vesico-rectali находятся тонкие соединительнотканные перемычки, идущие спереди назад. Клетчатка, прилегающая к нисходящей толстой кишке, инфильтрирована и уплотнена. В нижней части recti circa orificium anale находятся varices hemorrhoidales. Расширение кишки начинается на 12 см от отверстия заднего прохода; длина расширенной части кишки равна 77 см; самая широкая часть кишки 18 см. На 15 см выше отверстия заднего прохода на слизистой оболочке кишки находится язва в 1 и $1^1/_2$ см диаметром; на $4^1/_2$ см выше лежит другая, очевидно, давнего происхождения, язва длиной в 6, шириной в 3 см. Стенки расширенной части толстой кишки значительно утолщены. Сердце увеличено, дрябло. Створки аорты уплотнены и содержат известковые отложения. Легкие сильно приращены, особенно в нижних своих частях. В верхушке правого легкого найдена небольшая каверна с творожистым распадом; в средней доле его — другая каверна в грецкий орех. Оба легкие оплотнелые, в разрезах источают гноевидную жидкость. Печень опрокинута кзади, уменьшена, жирно перерождена; желчный пузырь растянут. В правой почке старый клинообразный инфаркт. Левая почка увеличена. Брыжеечные железы увеличены в объеме.

Итак, расширенной оказалась подвижная часть толстой кишки, т. е. S-romanum: петля ее перевернулась, запала в правую половину живота и прикрыла слепую кишку, восходящую и ободочную. В нижнем отделе расширенной части толстой кишки найдены были бугорковые язвы. Язвы эти, нужно полагать, и составляли ближайшую причину расширения S-romani: на месте образования их должно было



К диагностике опухолей брюшной полости (копролит).

обнаружиться относительное затруднение для прохождения каловых масс вследствие уменьшенной растяжимости стенок кишки и ослабленного перистальтического движения; но по мере того, как бугорковые язвы расширялись и внедрялись в толщу кишечной стенки, развивалось воспаление в сывороточном листке кишки, происходили склейки с окололежащими частями, уплотнялась клетчатка между листками брыжейки (mesocolon), и препятствие для прохождения плотных каловых масс должно было возрастать все более и более. Позднее самый каловый сверток обусловил почти полное закрытие просвета кишки.

Продолжительное пребывание каловой пробки в просвете кишечника может вызвать катарральное поражение слизистой оболочки и образование на ней язв со всеми дальнейшими осложнениями. Но в данном случае нельзя принять такое толкование, потому что оно не дает возможности объяснить причины развития расширения кишки. Тогда как допустивши первичное образование бугорковых язв, мы можем легко объяснить все клинические явления, не исключая и обильной потери крови при наступившем извержении плотных каловых свертков.

В нижней части живота у Коптева находилась опухоль. Размеры ее, сплюснутость, две вырезки на нижнем крае, плотность и подвижность — все это давало некоторую возможность допустить сходство этой опухоли с печенью. Давши свободу воображению, можно было принять опухоль за hepar ambulans, тем более, что при сравнительном сходстве опухоли с печенью постукивание показывало отсутствие печени в правом подреберье. Едва ли можно считать окончательно установившимися воззрения относительно взаимного положения органов в брюшной полости; к подобному заключению приводит сравнение разрезов, сделанных на замороженных трупах. Печень удерживается в своем положении при помощи собственных связок: ligam. coronarium, ligg. triangularia, vena cava inferior; но связки сами по себе едва ли могут удержать ее неподвижно, — печень получает еще постоянную поддержку в упругой подушке кишечника. Кишечник вместе с брюшным прессом составляет живую пружину, которая производит постоянное давление на все паренхиматозные органы брюшной полости. Как только нарушаются условия равномерного давления в брюшной полости, получается предрасположение к смещению брюшных органов, например, при абсолютном увеличении полости живота водянкой, беременной маткой или при относительном, когда выходит, например, грыжа, и остается избыток пространства в брюшной полости. То же происходит и при нарушении физиологического действия брюшного пресса, когда часть мышечного аппарата передней брюшной стенки замещается рубцовой тканью. Но при всех этих условиях трудно допустить значительное смещение печени,

опускание ее ниже пупка; трудно не только потому, что подобное смещение должно вызвать нарушение физиологического отправления печени, но и потому преимущественно, что получится неизбежно перегиб нижней полой вены и глубокое расстройство кровообращения. У Landau * описано 31 наблюдение блуждающей печени (у женщин 27 и у мужчин 4). Вскрытия, в 3 случаях сделанные, не подтвердили прижизненного распознавания: в случае P. Müller'a — рак большого сальника и мешетчатая опухоль яичника были приняты за блуждающую печень, а в случаях Legg'a и Smith'a найдены были новообразования почек. Во всех случаях печень найдена была в естественном положении.

В последние годы занесено в литературу довольно много наблюдений блуждающей печени (hepar ambulans). Не отвергая возможности смещения печени при известных патологических условиях, мы должны допустить его только в ограниченных пределах, а к описываемым наблюдениям нужно относиться с крайней осмотрительностью, тем более, что анатомопатологические исследования, до сих пор сделанные, не подтверждали прижизненных распознаваний. Если я позволил себе занять ваше внимание, М. Г., подробным изложением некоторых соображений, то сделал это ввиду того, что наблюдавшийся в нашей клинике случай предполагавшегося новообразования в брюшной полости представлял, между прочим, все клинические данные для постановки ошибочного распознавания болезни. При расстройстве со стороны кишечника в нижней части брюшной полости находилась опухоль, которая очертанием своим и размерами походила на печень; она легко перемещалась в брюшной полости; а в правом подреберье при объективном исследовании каждый раз получались указания на отсутствие печени. Не естественно ли было допустить в данном случае с некоторою вероятностью возможность смещения печени?

---

* Landau, Блуждающая печень и отвислый живот у женщин, 1886, перев. д-ра Муратова, стр. 101.

III. ОПЕРАЦИИ НА БРЮШНОЙ СТЕНКЕ

ГРЫЖЕВЫЕ ВЫПЯЧИВАНИЯ ПОСЛЕ ОВАРИОТОМИЙ [20]

В одном из заседаний Хирургического общества я имел честь представить больного, которому сделана была операция радикального лечения невправимой паховой грыжи. При описании способа операции мы указали на необходимость закрытия грыжевого отверстия не только помощью рубцовой ткани, образующейся в месте сечения шейки грыжевого мешка, но и помощью плотных волокнистых тканей вышележащих слоев, если только представляется возможность воспользоваться ими. Рассекши шейку грыжевого мешка, мы наложили тройной шов: первый струнный шов назначен был для уничтожения просвета в самой шейке грыжевого мешка — он соединял серозные поверхности просвета; второй, также струнный, плотно соединял края разреза серозного листка грыжевого мешка; третий, наконец, сближал до соприкосновения ножки наружного отверстия пахового канала, образуемые расхождением пучков сухожильного растяжения наружной косой мышцы брюшной стенки. Последний шов наложен был при помощи толстой струнной нити № 3. Пользуясь нередко толстыми номерами струнной нити в тех случаях, где необходимо достигнуть прочного соединения тканей, мы не имели до сих пор оснований думать, что преждевременное всасание струнной нити уничтожает предполагаемый расчет и стянутые ею ткани расходятся. Все здесь зависит от прочности и калибра струны: может быть, в некоторых случаях непрочная струна, размочалившись, порвется прежде, чем получится прочное сращение стянутых тканей, или же при тонком калибре она слишком скоро рассасывается. Если же берется толстая и прочная струнная нить, то цель обыкновенно достигается. Тем не менее многие хирурги не доверяют прочности этого перевязочного вещества и предпочитают употреблять шелковую нить или металлическую проволоку. Многое в таких случаях находится в зависимости от субъективного взгляда на дело, но преследование главной цели от этого не изменяется. Простого рубца, образующегося в месте сечения серозного листка брюшины, недостаточно для оконча-

тельного закрытия грыжевого отверстия и устранения возможности развития грыжи. Wood в настоящее время особенно заботится о закрытии грыжевого отверстия помощью сухожильного растяжения и прибегает с этой целью всякий раз к сближению ножек наружного отверстия пахового канала помощью железной проволоки. Проф. Czerny пользуется для той же цели обеззараженной толстой шелковой нитью.

Известно, что после овариотомий образуются иногда грыжевые выпячивания в рубце по белой линии живота. Выпячивания соответствуют иногда всей длине рубца и в таких случаях представляют опухоли, достигающие размеров головы взрослого человека; в одном случае в подобном выпячивании поместилась беременная матка *. В других случаях грыжевое выпячивание занимает только часть рубца и, может быть, чаще самую нижнюю. Как часто появляются грыжевые выпячивания после овариотомий? Трудно сказать за неимением точных статистических данных. Одни хирурги не обращают внимания на это осложнение, другие не имеют возможности подметить его, потому что оперированные больные обыкновенно теряются из вида. Можно однакоже с некоторой вероятностью сказать, что грыжевые выпячивания в рубце после овариотомий чаще являются тогда, когда ножка опухоли закрепляется вне полости брюшины; при опускании ножки в брюшную полость это осложнение встречается реже. Однакоже оно возможно и при последнем условии. Что составляет ближайшую причину появления грыжи post ovariotomiam? В литературе встречаем указания, что в рубцах, остающихся после прободных ран брюшной стенки, образуются иногда грыжевые выпячивания; появление их приписывается растяжению рубца. Одно из самых замечательных наблюдений подобного рода представляет, без сомнения, наблюдение покойного проф. Linhart'a **, который видел выпадение большей части кишечника под кожу бедра. Он объяснил это выпадение тем, что постепенно растягивался рубец, образовавшийся в нижней части брюшины после излечения грыжевого мешка бедренной грыжи. Под влиянием подобного взгляда Spencer Wells заботится получить широкое соединение per primam intentionem в месте разделения брюшины, предполагая, что подобное соединение всего вернее предохраняет от появления грыжи ***. При накладывании шва он прокалывает брюшину на $^1/_2$ дюйма от края разреза; игла должна пронизывать брюшину и общие покровы. Вероятно, иными соображениями руководился Köberlé, начавший с 1874 г. сшивать сухожильное растяжение в ране ****. Окончивши

---

* Langenbeck's Arch. f. klin. Chir., B. XX, S. 573.

** Linhart's Vorlesungen über Unterleibshernien, Würzburg, 1866.

*** Sp. Wells, Die Krankheiten der Eierstöcke, übersetzt von Dr. Grenser, Leipzig, 1874, S. 299 .

**** Köberlé, Gaz. médic. de Strassbourg, 1877.

овариотомию, он начинает сшивать края разрезанного сухожильного растяжения, причем не захватывает швом ни кожи, ни подкожной клетчатки, ни брюшины, ни мышц; затем он накладывает второй шов на общие покровы. Таким способом сшивания раны Köberlé предполагает устранить возможность последовательного образования грыжевых выпячиваний.

Но что они встречаются нередко, доказательством может служить, между прочим, и то, что понадобился особый способ лечения их, предложенный покойным профессором Гейдельбергского университета Simon'ом. Он состоит в следующем: вправляются выпавшие внутренности; по краю ощущаемого отверстия брюшной стенки, происшедшего от расхождения прямых мышц живота, производится оживление покровов живота в виде продолговатого овала с заостренными концами; оживленная полоса должна иметь ширину 2 см и должна проникать только до подкожной клетчатки. Шов накладывается тройной: во-первых, узловатый шов, соединяющий внутренние края оживленной полосы; во-вторых, глубокие (основные) швы, пронизывающие всю ширину оживления, и, в-третьих, поверхностные швы, захватывающие только наружный край оживленной полосы. Основные швы чередуются с наружными поверхностными. После тщательного вправления выпавших внутренностей стягиваются сначала внутренние, а потом и оба ряда наружных швов. Таким образом под стянутыми швами остается мешетчатая полость, внутреннюю поверхность которой составляет эпидермоидальный слой кожи.

Этот способ радикального лечения грыжевых выпячиваний, образующихся после овариотомии, представляется далеко не радикальным и вообще немного обещающим, несмотря на то, что он вошел целиком в такой почтенный учебник, как «Оперативная гинекология» Hegar'a и Kaltenbach'a. Hadlich ** описал 2 случая грыжевых выпячиваний оперированных по этому способу. В первом случае пришлось повторить оперативный прием 4 раза и все-таки не достигнуто было излечение. Во втором хотя и получилось сращение per primam intentionem, но неизвестною осталась дальнейшая судьба оперированной.

Грыжевые выпячивания могут образоваться вообще в тех местах брюшной стенки, в которых нарушенная целость тканей восстановляется рубцом. Такие рубцы встречаем всего чаще по белой линии живота, потому что в настоящее время производится часто овариотомия; но что положение это верно, доказать можно литературными данными, между прочим, и недавно описанным случаем грыжевого выпячивания in regione lumbali; оно образовалось непосредственно над

* Die operative Gynaekologie von Hegar und Kaltenbach, 2-te Aufl. Stuttgart, 1881, S. 297.

** Langenbeck's Arch. f. klin. Chir., B. XX, S. 568.

гребнем безымянной кости в месте старого рубца *, оставшегося здесь после разрушительного воспалительного процесса в кости и прилегающих к ней мягких частях. Не часто представляется возможность исследовать анатомически подобные грыжевые выпячивания; поверка же высказанных предположений точными фактическими данными может устранить и ошибочные заключения, и неудовлетворительные приемы, которые предпринимаются для излечения болезни. Такими соображениями руководился я, предположивши изложить краткую историю больной, на которой мы могли получить фактические данные для некоторого разъяснения ближайшей причины грыжевых выпячиваний брюшной стенки, развивающихся после овариотомии.

А. В. Дмитровская, жена священника, из Севастополя, поступила в факультетскую хирургическую клинику в сентябре 1880 г. При исследовании найдено было: мешетчатое новообразование левого яичника величиной с голову новорожденного ребенка; беременность в 4-м месяце. А. В. Дмитровская была оперирована в Петербургской моей клинике 1 октября 1878 г.; тогда была иссечена мешетчатая опухоль правого яичника величиной с голову взрослого человека. Опухоль многополостная наполнена была коллоидной жидкостью, а внутренняя поверхность ее одета была сильно развитыми сосочковатыми новообразованиями (papilloma). 25 ноября 1880 г. она родила на $6^1/_2$ месяце мертвого ребенка. 8 февраля 1881 г. подвергнута была вторично овариотомии: удалена была мешетчатая опухоль левого яичника; опухоль величиной с голову взрослого человека представляла анатомопатологические свойства, совершенно подобные тем, какие найдены были в опухоли правого яичника за три года до этого. Но при вторичной овариотомии мы имели дело с грыжевым выпячиванием по белой линии живота на месте старого рубца. Оно соответствовало всему рубцу, имело 12 см длины, 6 см ширины и поднималось приблизительно на 8 см над уровнем покровов. При постукивании выпячивания получался ясный звук, свидетельствовавший о присутствии частей кишечника в грыжевом выпячивании. Когда больная из горизонтального положения переходила в сидячее, грыжевое выпячивание сильно напрягалось и выступало еще значительнее. Покровы грыжевого выпячивания были истощены, особенно по направлению рубца, который местами представлялся в 5 см ширины. Благодаря такому истощению покровов, можно было прощупать очень ясно прогалину, образовавшуюся от расхождения прямых мышц живота, и можно было подметить, как изменялся просвет этой прогалины по мере большего или меньшего напряжения стенки живота.

---

* Langenbeck's Arch. f. klin. Chir., B. XXV, S. 909, статья Wolff'a.

Во время первой овариотомии, произведенной 1 октября 1878 г., перевязанная ножка опухоли была опущена в полость брюшины. Не предполагавши встретить особых осложнений, бывающих иногда в тех случаях, когда ножка мешетчатой опухоли вшивается в рану живота, и ввиду весьма легкой вправимости выпадавших в грыжевое выпячивание внутренностей, мы решились во время второй овариотомии вскрыть брюшную полость по старому рубцу. После разреза покровов, представлявших толщину всего 5 или 6 мм, выпятилась мешетчатая опухоль, и тотчас же стали выпадать петли тонких кишок. На верхней части опухоли найдены сращения с сальником на пространстве ладони. Брюшина под рубцом представлялась совершенно гладкой, на ней незаметно даже было рубцового образования; часть брюшины, гладкой, ровной на внутренней своей поверхности, выпячивалась между раздвинувшимися прямыми мышцами живота в виде мешка.

Итак, после первой овариотомии рана брюшной стенки зажила per primam intentionem так, что образовался рубец в общих покровах, образовалось непосредственное соединение разрезанной брюшины; но края разрезанного сухожильного растяжения не были приведены до непосредственного соприкосновения, и хотя между ними и произошло сращение, но оно дало рыхлую соединительную ткань, выполнявшую промежуток между листком брюшины и общими покровами. Такая рыхлая соединительная ткань, выполнив прогалину между разошедшимися прямыми мышцами живота, не могла оказать достаточного противовеса внутрибрюшинному давлению, и скоро наступило грыжевое выпячивание. Мешок грыжевой, образовавшийся на счет выпячивания брюшины, представлял серозный покров, ничем не отличавшийся в анатомических своих свойствах от окружающих частей пристеночной брюшины; на нем не видно было следов рубцового образования или растяжения рубцовой ткани, как видно это было, например, на покровах в наружном рубце, который представлялся по середине между пупком и лоном шириной в 5 см. Нам сдается, что в данном случае можно было с очевидностью убедиться в том, что для образования грыжевых выпячиваний благоприятные условия даны в отсутствии плотных тканевых подкладок, могущих мешать выпячиваниям брюшины; такие подкладки мы имеем в сухожильном растяжении, образующем влагалищный мешок прямой брюшной мышцы. Дело в том, что обыкновенное рубцовое образование, появляющееся в прогалине между разошедшимися мышцами, получает свойства довольно рыхлой клетчатки и не может оказывать достаточного сопротивления напору внутренностей; в течение непродолжительного времени образуется все большее и большее растяжение этого рубца и скоро получается грыжевое выпячивание.

Теперь возвратимся к оперативным приемам, предложенным Simon'ом для излечения грыжевых выпячиваний после овариотомии. Hadlich, описывая способ операции, указывает на неизбежность нагноения в грыжевом мешке и отделения продуктов кожи; вследствие этого он предлагает вставлять в нижний угол раны дренажные трубки. Совет нужно принять обязательно, потому что после затягивания швов получится мешок, обратно выпятившийся в брюшную полость и представляющий по анатомическому существу искусственно образованную дермоидную мешетчатую опухоль. Но, кроме того, оперируя этим способом, вероятно, никогда нельзя получить удовлетворительного исхода операции: если вначале после операции и незаметно будет выпячивание, то это благоприятное состояние будет весьма кратковременное, и, может быть, здесь появится прежнее грыжевое выпячивание еще скорее, чем после радикального лечения грыж по способу, например, Gerdy, при котором грыжевое отверстие стараются выполнить складкою кожи. Складка кожи не может представить достаточного сопротивления напору внутренностей, и грыжа образуется неминуемо опять, как только исчезнут первичные явления воспалительного инфильтрата, на месте которого получится более или менее рыхлая соединительная ткань. Те же явления должны повториться и после операции, сделанной по способу Simon'a.

После всего высказанного мы приходим к следующим заключениям:

1. Грыжевые выпячивания образуются часто после овариотомий. Вероятно, чаще они развивались в прежнее время, когда ножка мешетчатой опухоли укреплялась в ране; но что они могут развиваться и в то время, когда перевязанная ножка опускается в брюшную полость (methodus intraperitonealis), доказательством может служить, между прочим, случай г. Дмитровской.

2. Грыжевые выпячивания после овариотомии развиваются тогда, когда получится значительное расхождение прямых мышц вследствие несращения перерезанного сухожильного растяжения передней брюшной стенки.

3. Поэтому при зашивании раны необходимо сближать края прямых мышц и принимать в шов сухожильное растяжение, составляющее влагалище этих мышц.

4. Способ оперативного лечения грыжевых выпячиваний, вошедший в учебник Hegar'a и Katlenbach'a, не выдерживает критики. Здесь следует применять по существу дела те же начала, которыми мы руководствуемся в настоящее время для радикального лечения грыж, т. е., иссекши грыжевой мешок, необходимо закрыть помощью шва оставшийся просвет в брюшине и затем позаботиться об образовании прочной подстилки из плотных тканей, предназначаемой для поддерживания вну-

треннего рубца. Поэтому при операции радикального лечения грыжевых выпячиваний, остающихся после овариотомии, следует иссекать по возможности выпятившуюся часть брюшины и непременно накладывать шов для сближения окраин сухожильного растяжения до непосредственного их соприкосновения. Необходимо уничтожить прогалину, образуемую расхождением мышц, если хотим уничтожить грыжевое выпячивание. Само собою разумеется, что при подобной операции не следует оставлять искусственно образованное дермоидное мешетчатое образование.

К ВОПРОСУ О ГРЫЖЕВЫХ ВЫПЯЧИВАНИЯХ БРЮШНЫХ СТЕНОК [21]

М. г.! Я намерен сообщить по поводу вопроса, о котором я имел случай докладывать на-днях. Я получил возможность исследовать больную с той целью, чтобы подтвердить те начала, которые меня занимали, и именно — если наносится ранение передней брюшной стенки и если при сшивании не захватываются в шов апоневротические растяжения брюшных мышц, то наступают грыжевые выпячивания. Я несколько дней назад осмотрел больную, которая явилась с растяжением рубца, оставшегося после овариотомии, и выпячиванием внутренностей чрез прогалину между прямыми мышцами живота. Я сказал в прошедший раз, что из литературы имеются данные, что не только в направлении средней линии живота, где обыкновенно делается сечение, но и в других местах ранение передней брюшной стенки дает те же явления. Я привел случаи из литературы прошлых лет и сказал, что если при сшивании не захватываются в шов апоневротические растяжения, то образуется прогалина с выпячиванием внутренностей. Несколько лет назад мною в литературе был сообщен случай, где у женщины было удалено огромное новообразование, развившееся в передней брюшной стенке. Веретенообразные клетки новообразования свидетельствовали о саркоматозном его характере. Известно, что если новообразование злокачественное развивается на почве клетчатки подбрюшинной, то новообразование скоро поглощает брюшину, и удаление опухоли тогда немыслимо без удаления брюшины. У этой больной была удалена вся правая половина брюшного пресса. Мы, сделав разрез по средней линии и отделив кожу и подкожную клетчатку, удалили новообразование. Для удаления новообразования пришлось иссечь всю толщу брюшной стенки вверху по краю ребер, внизу на палец поперечный выше пупартовой связки и по линии мамиллярной сбоку. На этом протяжении был удален весь мышечный слой с брюшиной. Больная — это было 6 лет назад — выздоровела безлихорадочно, но так

как здесь был удален весь брюшной пресс, то у больной явилось выпадение всего кишечника и печени в эту прогалину после выздоровления, так что больная могла ходить и принимать вертикальное положение только при помощи особенных приспособлений. Сперва эти приспособления были случайные — в виде подушек, а впоследствии — случай был подробно описан в военно-медицинском журнале 1876 г. — был придуман аппарат смышленным техником, ныне умершим Бозе, аппарат, состоящий из подушки, заходящей пальца на два за края прогалины, где был вырезан брюшной пресс, и эта подушка укреплялась помощью двух стальных полос, которые окружали таз, и имели одну точку опоры на животе, другую на пелоте. По поводу этого снаряда больная приехала ко мне. Я видел ее в цветущем состоянии, нет никаких указаний на рецидив. Она в этом году явилась потому, что аппарат испортился и просила у меня указаний, как поправить дело.

В настоящее время я имею у себя в клинике случай, подобный только что описанному, именно развитие новообразования в передней брюшной стенке, случай, который представляет еще больший интерес. Больная, женщина замужняя, 25 лет, крепкого телосложения. Опухоль величиной, достигающей размеров большого арбуза, занимает левую половину брюшной стенки, но заходит пальца на два за белую линию на правую сторону. Покровы нормального свойства, но нужно принять во внимание, что больная два раза рожала, что оставило след на покровах в виде кожных рубцов. Границы опухоли упирались вверху в край ребер, на два поперечных пальца за белую линию на правую половину брюшной стенки, в пупартову связку снизу и доходили до l. axillaris снаружи. Когда больная принимает вертикальное положение, то можно было заметить, что происходит значительное выпячивание опухоли над уровнем передней брюшной стенки. Опухоль находилась extra cavum peritonei. Но она выпячивалась в полость брюшины, так что принимала на себя биение аорты. По виду можно думать о присутствии аневризмы в этой опухоли или принять самую опухоль за аневризму. Но это предположение после точного знакомства с опухолью скоро уступало место другому. После исследования и на основании анамнеза было поставлено следующее опознавание, что имеем дело с новообразованием, развившимся в передней брюшной стенке, так что почвой развития его служила клетчатка подбрюшинная; так как опухоль имела быстрый рост, то новообразование признано было злокачественным. Новообразование развилось на почве клетчатки подбрюшинной и имело связь с брюшиной; брюшина и мышечный слой брюшной стенки были поглощены новообразованием; она имела громадные размеры, но тем не менее, ввиду того, что больная имела всего 25 лет и представляла цветущее здоровье при отсутствии каких-либо

осложнений, мы считали возможным предложить больной опасную операцию и тогда же говорили слушателям, что, вероятно, физически невозможно удалить новообразование, не удалив вместе с тем и брюшину. Мы сделали продольное сечение от мечевидного отростка до лона и прибавили к нему поперечное вверху по краю ребер. Мы увидали массу новообразования, в которое входили мышцы. Когда удалили новообразование, то удалили и следующее. Буквально я воспроизвожу то, что было после операции. Мы дали сечение во всю толщу передней брюшной стенки с брюшиной, вверху по краю ребер, усекли весь мышечный слой с брюшиной по краю пупартовой связки и снаружи по l. axillaris весь мышечный слой с брюшиной был снят. При этом пришлось перерезать и lig. hepatis rotundum на 4 см выше пупочного кольца. После этого образовалась громадная рана, в коей весь кишечник, сальник и печень были обнажены. Затем эти внутренности были покрыты лоскутом кожи и подкожной клетчатки. Все это производилось строго при соблюдении условий противогнилостного лечения ран; комната предварительно была вентилирована, а в день операции была нагрета до 15°. О последующем лечении мне приходится немного сказать. Оно состояло в проведении строго листеровского метода лечения ран. Заживление было почти безлихорадочное. Были вставлены три дренажные трубки. Но на третьей неделе больная залихорадила. Объяснить это сначала показалось трудным. Но в это время подошло время месячных кровотечений; можно было отчасти этот физиологический процесс связать с появлением лихорадки. Можно было связать и с появлением запоров. Всегда при подобного рода операциях, чтобы замедлить кишечную перистальтику, дают опийные вещества, что и обусловливает появление запоров. Далее у нее появилась острая eczema на передней брюшной стенке. Но дальнейшие наблюдения показали, что это лихорадочное состояние было вызвано нагноением в брюшной полости. Теперь прошло 6 недель после операции. Больная теперь не лихорадит, но у нее через каждые двое суток отделяется обильное количество гноя через отверстие, где прежде был вставлен дренаж; гной густой, без запаха. При исследовании оказывается, что скопление гноя было под лоскутом, приблизительно на середине между краем ребер с левой стороны и пупартовой связкой; тут прощупывается инфильтрат, при подавливании на который получается гной.

Вот явления, которые наблюдаются у больной. Она не лихорадит, хорошо питается, без всяких неприятных осложнений; на-днях была рвота, которую можно объяснить катарральным состоянием кишечника; t° нормальна, пульс хорош по числу и наполнению. На основании всего этого можно думать, что больная перенесет эту операцию хорошо. Но это обстоятельство дает повод остановиться на некоторых явлениях, с одной

стороны, с точки зрения чисто физиологического свойства, с другой — анатомопатологического. И я просил бы господ членов принять участие в обсуждении этих явлений, которые имеют огромную важность. Если этот случай кончится благополучно, т. е. если она выздоровеет, то вот интерес этого случая: поскольку полное устранение брюшного пресса может влиять на акт дыхания, постольку это удаление брюшного пресса может отразиться на физиологическом отправлении органов, заключенных в брюшной полости. Эти два вопроса представляют большой интерес, и я заручился обещанием проф. физиологии Шереметевского, который поможет нам в этом деле. Наблюдение над этим случаем для физиолога представляет огромный интерес, так как полное удаление брюшного пресса у человека — явление редкое. Не принимаю во внимание при этом ранение огнестрельными снарядами, так как случаи подобного рода бывают с летальным исходом.

Я задаюсь вопросом следующим: каким образом возможно выздоровление в том случае, когда удаляется вся брюшная стенка вместе с брюшиной? Этот вопрос напрашивается сам собой на разъяснение. Конечно, этот вопрос во всей полноте решится опытами над животными, чтобы показать путь к возможному выздоровлению. Случай, подобный нашему, дает возможность собрать все, что возможно собрать у постели больного, чтобы прийти к ответу на поставленную тревожную мысль, каким путем возможно выздоровление при таких исключительных условиях. Насколько мы знаем патологию, процесс, который возможен на почве дефекта ткани, есть процесс образования рубца при помощи соединительной ткани. Таким образом, между подлежащим серозным листком кишечника, сальника и печени, с одной стороны, и наружными покровами передней брюшной стенки, — с другой, должен образоваться рубец. В первом случае, о котором я говорил, на основании того, что я имел возможность наблюдать и на основании того, что видел в этом году — 6 лет спустя после операции, нужно думать, что это сращение произошло в виде рыхлой клетчатки, которая, дав спайку с этими органами, не расстроила резко передвижение петель кишок. Если бы было плотное сращение, то было бы то же, что бывает при сращении брюшины с петлями кишок и что сказывается расстройством функции кишок, подчас весьма опасным.

Возвращаясь к данному случаю, где имеется обширное нагноение, приходится заключить, что здесь воспаление на поверхности подкожной жировой клетчатки образовало грануляционную ткань, которая не могла диференцироваться в рубец, а перешла частью в распад и дала нагноение. Вероятно, слева на средине пространства, между краем ребер и пупартовой связкой, образовалась обширная гнойная полость, стенки которой одеты прочной грануляционною тканью, не допускающей

сообщения с полостью брюшины. После прекращения нагноения спадется гнойная полость и стенки ее; превратившись в соединительную ткань, дадут, вероятно, сращение с органами, заключенными в брюшной полости. Вот вопросы, на которые желательно получить ответ и я желал бы выслушать замечания от моих товарищей по поводу сделанного сообщения.

Г. Ф. Марконет указал на крайний интерес случая Н. В., чуть ли не единственного в литературе, и предложил г. председателю просить Н. В. сообщить продолжение истории болезни его больной.

Н. В. Склифосовский. Я тоже не встречал подобных фактов.

Н. И. Стуковенков. Решению вопроса может помочь только опыт над животными.

Н. В. Склифосовский. Если только они могут пережить подобные ранения. Что касается первой больной, то ее торс хранится в музее Медико-хирургической академии. При помощи аппарата она себя хорошо чувствовала. У новой больной удалена еще бóльшая часть брюшного пресса, и в этом случае выпадение будет еще более и приспособление аппарата будет тут еще труднее.

Н. И. Стуковенков. У больной была несколько раз рвота. Не есть ли это влияние непосредственных спаек.

Н. В. Склифосовский. Язык у больной обложен, поэтому можно думать, что рвота — следствие катарального состояния. Но я опасаюсь, не есть ли это действительно выражение спаек. У больной, оперированной в Петербурге, нагноение было незначительное; процесс заживления был безлихорадочный; отправление кишечника было удовлетворительно. Она чувствует себя так хорошо, что спрашивала меня, что возможен ли для нее акт родов.

Н. П. Розанов по поводу грыжевых выпячиваний после овариотомий заметил следующее. В большинстве случаев при этой операции держатся наложения двух швов: один глубокий, которым захватывается брюшина, и другой — которым захватываются наружные покровы. Понятно, что по истечении нескольких дней врач находится в колебании: с одной стороны, желательно скорее удалить глубокие швы, так как они раздражают, а, с другой стороны, удаление их опасно. Имея в виду, что брюшина быстро срастается, я бы предложил, нельзя ли накладывать три шва: один глубокий из шелковой нити, другой — для соединения мускульных и сухожильных растяжений из кетгута и третий шов для соединения накожных покровов. Тогда первый шов можно снимать скорее, на третьи сутки по-

сле операции. А второй и третий шов можно более долгое время не удалять. Вот соображения, которые у меня являются по поводу вашего сообщения о грыжевых выпячиваниях после овариотомии.

Н. В. Склифосовский. Ваше предложение не осложняет дела. Kolcberlé совсем не сшивает брюшины, но старается только через сближение одних мышц дать точку опоры срастающейся всегда брюшине.

Н. П. Розанов. Нынешним летом я имел возможность убедиться в следующем. Больной имел ущемление грыжи и омертвение части кишки. Врач счел нужным выделить эту омертвелую часть и потом сшить концы кишок; через сутки больной умер. Клейн произвел вскрытие и нашел, что шов так был прочен, что, по его словам, можно было влить кружку воды и склейка выдержала бы этот напор воды. Таким образом, я имел наглядное доказательство.

ВОЗМОЖНО ЛИ ИССЕЧЕНИЕ БРЮШНОГО ПРЕССА (PRELUM ABDOMINALE) У ЧЕЛОВЕКА [22]

Передняя и боковые части брюшной стенки мягки и податливы; они состоят из нескольких мышечных слоев, между которыми заложена клетчатка. Последняя в некоторых местах очень рыхла и представляет значительный слой, как, например, внизу и сзади брюшной полости. В различных слоях передней брюшной стенки могут развиваться новообразования; наибольших размеров достигают жировики, фибромы и особенно саркомы. Первые, впрочем, достигают очень больших размеров только в тех случаях, когда исходной точкой развития их служит клетчато-жировой подкожный слой; те же жировики, которые появляются на почве жирной подбрюшинной клетчатки, редко превышают размеры куриного яйца или кулака взрослого человека: это так называемые - herniae adiposae, продвигающиеся чрез естественные расселины по белой линии живота или сбоку от нее. Самых громадных размеров достигают новообразования соединительнотканного типа и преимущественно саркомы. Развиваясь в различных слоях передней брюшной стенки, они скоро сливаются с соседними тканями и поглощают слои брюшного пресса так, что мышечная основа его исчезает совсем в толще новообразования. Если саркома развивается на почве подбрюшинной клетчатки, что случается сравнительно нередко, то, поглощая мышечные слои брюшной стенки, она скоро сливается с пристеночным листком брюшины; в последнем случае не только во время операции, но даже и на секционном столе нельзя отделить брюшину от новообразования. В учебниках хирургии указывается на то, что при удалении новообразований из передней брюшной стенки нужно избегать ранения брюшины, а в тех случаях, где подобное ранение неизбежно, отказываться от оперативного вмешательства. Невозможно, однакоже, заранее определить с точностью анатомические отношения новообразования: если оно еще невелико, то, поглощая мышечные слои брюшной стенки, оно слоем рыхлой клетчатки отделено от пристеночного листка брюшины; но по мере разрастания оно поглощает все более и более этот слой клетчатки и сливается, наконец, непосред-

ственно с брюшиной. Все сказанное относится к новообразованиям саркоматозным. Слившись с брюшиной, саркоматозная опухоль начинает разрастаться в направлении к брюшной полости; иногда общие покровы оказывают в подобных случаях большее сопротивление, чем давление со стороны органов брюшной полости, и саркомы огромных размеров разрастаются внутрь больше, чем кнаружи. В таком случае нелегко распознать, находится ли опухоль в брюшной полости или заключена в толще передней брюшной стенки. Как ни парадоксально подобное явление, но мы останавливаем на нем внимание и указываем, на основании виденных нами многих случаев, что выяснение положения опухоли далеко не так просто в каждом случае. Плотная опухоль, развившаяся в брюшной полости, не так явственно прощупывается, как опухоль, находящаяся в толще брюшной стенки; но толщина и плотность брюшной стенки могут значительно затруднить диференциальную диагностику. Существенным отличительным признаком служит то, что внутрибрюшинная опухоль смещается при дыхании вместе с другими органами брюшной полости, а внебрюшинная — нет.

Но само собою разумеется, что этот существенный диагностический признак не всегда ясно выражен; если, например, внутрибрюшинная опухоль сращена с передней или с боковой брюшной стенкой, то явление дыхательного смещения перестает обнаруживаться. Почти то же произойдет и в том случае, когда новообразование достигает громадных размеров и выполняет брюшную полость, растягивая и выпячивая брюшную стенку.

Если выраженное выше положение и сохраняет вполне свое значение, то нельзя сказать того же относительно вывода, сделанного на основании этого положения для оперативного вмешательства: противогнилостные оперирования и лечение открыли и здесь широкое поле для оперативного вмешательства. В «Военно-медицинском журнале» (июль 1877 г.) мы сообщили об удалении саркоматозного новообразования из правой половины брюшной стенки у г-жи Кашкиной, причем была вырезана вся толща брюшной стенки с пристеночным листком брюшины. Больная выздоровела, но у нее осталось выпячивание (eventratio) органов брюшной полости в правой половине живота, чрез место, лишенное мышечного слоя и брюшины. В мае 1881 г. г-жа Кашкина приезжала в Москву для исправления аппарата, при помощи которого устраняется выпадение внутренностей *. Состояние ее здоровья по прошествии 6 лет после операции превосходное; только без поддерживающего аппарата она не может ходить. В течение текущего академического года нам представился подобный же случай развития

* Гипсовый торс г-жи Кашкиной хранится, вероятно, и до сих пор в кабинете 2-го хирургического отделения бывшей Медико-хирургической академии. Он служил для изготовления аппарата.

новообразования огромных размеров в толще передней брюшной стенки и в этом случае операция тоже окончилась полным успехом. Так как случай этот представляется поучительным в смысле анатомопатологическом и физиологическом и служит вместе с тем наглядным примером высокого значения противогнилостных приемов лечения, то мы и позволим себе привести подробную историю его.

26 октября 1881 г. в факультетскую клинику Московского университета поступила А. Е., крестьянка Калужской губернии, 24 лет. В передней брюшной стенке слева у нее замечалась опухоль огромных размеров, начинавшаяся у края ребер и терявшаяся близ пупартовой связки, не доходя до последней только на один поперечный палец. Опухоль занимала всю левую половину передней брюшной стенки, так, однакоже, что на уровне пупка и сантиметра на 3 ниже его она переходила за белую линию живота вправо на 4 поперечных пальца. Над уровнем окружающих частей она поднималась приблизительно на 8 см. Кожа, покрывавшая опухоль, была испещрена послеродовыми рубцами и пронизана множеством расширенных вен. Опухоль мало смещалась, была очень плотна и тяжела; при горизонтальном положении больной на опухоли были заметны очень ясно колебательные движения от биения брюшной аорты. На всем протяжении опухоли при постукивании получался тупой звук; смещения в зависимости от дыхательных движений в ней не замечалось. Общее состояние здоровья было цветущее. Родители больной, 3 сестры и брат, пользуются отличным здоровьем. Месячные показались на 15-м году, а на 20-м вышла замуж. Рожала уже 3 раза; последние роды были 8 месяцев тому назад; опухоль живота во время последних родов представляла уже размеры головы взрослого человека. За 4 года до поступления в клинику получила удар копытом лошади в левый бок; через $^1/_2$ года после удара заметила в коже под ребрами слева опухоль величиной в горошину; 3 года размеры опухоли не изменялись, и только в течение последнего года она стала быстро разрастаться.

В день операции, произведенной 10 ноября 1881 г., опухоль имела следующие размеры: окружность ее по основанию равнялась 81 см, продольный диаметр — 40, поперечный — 39. Операция производилась в комнате, которая была тщательно очищена; пол и окна ее вымыты. Комната проветривалась перед операцией в течение 10 дней: так поступаем мы при всех операциях, сопровождаемых вскрытием брюшной полости. Нечего говорить, что во время операции до мельчайших подробностей выполнялись все требования противогнилостных приемов. При операции, кроме 8 врачей, присутствовало еще 30 студентов. Операция состояла в следующем: проведен был продольный разрез по белой линии живота от конца мечевидного отростка до лонного сращения; к этому разрезу прибавлен боковой дугообразный разрез вдоль левого реберного края. После отделения кожи с подкожной клетчаткой в пределах сделанных разрезов мы приступили к удалению новообразования. Обнаружилось, что все слои мышц терялись в массе новообразования, а пристеночный листок брюшины сливался с ним так тесно, что об отделении его нельзя было и думать. Пришлось вырезать всю левую половину брюшного пресса так, что, разрезав толщу брюшной стенки на границе срединного края новообразования, по белой линии живота, мы провели верхнее поперечное сечение по краю ребер, а нижнее на один поперечный палец выше пупартовой связки; для полного отделения новсобразования мы сделали последний продольный разрез по крыльцовой линии, от ребер до гребня подвздошной кости. Все разрезы проведены были чрез всю толщу брюшной стенки так, что вместе с брюшным прессом на всем пространстве между разрезами вырезан был и пристеночный листок брюшины. Серединный разрез на уровне пупка переходил на правую сторону, причем был вырезан кусок круглой печеночной связки в 4 см. Перед нами лежали обнаженными желудок, значи-

тельная часть печени, большой сальник, почти весь кишечник, — и все эти части стали выпадать под влиянием обнаружившейся рвоты. Перевязаны были сосуды: внутренняя титечная (собственно продолжение ее в виде верхней надчревной), нижняя надчревная и поясничные; всего сильнее кровоточила нижняя надчревная артерия, перевязанная почти на уровне пупартовой связки. Помощью губок удалена была кровь, попавшая в брюшную полость; обнаженные внутренности покрыты были кожным лоскутом; в брюшную полость введены 2 толстые дренажные трубки длиной в 10 см каждая; одна трубка была выведена по белой линии, близ пупка, а другая — над лонным сращением. Поверх листеровской повязки, покрывшей рану, наложено было несколько больших ватных подушек, при посредстве которых произведено было значительное давление на переднюю брюшную стенку. Заживление раны последовало первым натяжением. На 2-й и 3-й день после операции наблюдалось повышение температуры до 38,2°; затем температура упала до нормы. 18-го снова обнаружилось повышение и достигло наибольшего напряжения (38,9° Ц.) 24-го, а 29-го температура снова упала до нормы. Вторичное повышение совпало с весьма обильным нагноением, развившимся под кожным лоскутом; ежедневно выделялось около 3 столовых ложек густого гноя через верхнюю дренажную трубку. 3 декабря нагноение прекратилось, и на месте бывшего гнойника осталось уплотнение, занимавшее влево от пупка пространство в ладонь.

Оставшийся после заживления раны рубец равнялся половине длины раны, чрез которую было вырезано новообразование. В горизонтальном положении замечалось выпячивание в левой половине живота только во время кашля; в отвесном же положении выпячивание обнаруживалось ясно даже и при нормальном дыхании. По середине выпячивания левой половины передней брюшной стенки замечался как бы перехват или вдавление на уровне пупочной линии, соответственно уплотнению, оставшемуся на месте нагноения. Вследствие этого вдавления выпячивание разделялось на две почти равные половины. Под рукой в местах выпячивания ясно ощущалось, что содержимое брюшной полости прикрыто одной только кожей. Выпячивание брюшной стенки не сопровождалось, повидимому, никакими неприятными ощущениями — может быть, потому, что больная сохраняла горизонтальное положение до тех пор, пока не был изготовлен для нее поддерживающий брюшную стенку аппарат. Со стороны кишечного канала не замечено никаких расстройств. Но дыхательный акт сопровождался некоторыми особыми явлениями, на которые считаем нужным указать. При дыхании реберный край с левой стороны смещался меньше, чем с правой; измерение левой и правой половин грудной клетки (под молочными железами) показывало увеличение объема левой половины грудной клетки на 1—1½ см. Но самое замечательное из явлений дыхательного акта было следующее: когда человек производит очень глубокое вдыхание, то сокращением грудобрюшной преграды оттесняются книзу органы брюшной полости; при этом происходит давление на стенки брюшной полости по всем направлениям. Брюшной пресс начинает сокращаться под конец вдыхательного движения; под влиянием сокращения его образуется резкое вдавление в обоих подреберьях. У А. Е. это явление выражалось вдавливанием в правом подреберье и очень сильным выпячиванием всей левой половины передней брюшной стенки. Надев поддерживающий аппарат, больная чувствовала себя вполне хорошо *. Она выбыла из клиники 5 марта 1882 г.

---

* Аппарат, поддерживающий переднюю брюшную стенку, устроен был инструментальным мастером Гамбургером (фирма Швабе). Он состоял из куска войлочной ткани (pororplastic), который плотно обнимал переднюю и боковые части брюшной стенки. Изготовлен он был по гипсовому торсу больной и обнимал очень равномерно все части живота. Туловище обхватывали слева 2 стальные пружины, которые были изогнуты книзу и лежали неподвижно на тазовом кольце; концы же их имели точки прикрепления на войлочной пластинке.

Каким образом становится возможным выздоровление после вырезывания половины брюшного пресса и соответствующей части пристеночного листка брюшины? Происходит ли здесь возрождение брюшины или же между кожным лоскутом и серозной поверхностью органов, заключенных в брюшной полости, происходит сращение при помощи развития молодой соединительной ткани? Первое невероятно. Второе возможно; но при этом должно бы наступить функциональное расстройство, по крайней мере со стороны кишечного канала, перистальтика которого должна бы нарушиться. Это теоретическое заключение на деле не оправдывается; так думаем мы потому, что ни у г-жи Кашкиной, ни у А. Е. не было ни малейших расстройств со стороны кишечного канала. Положительно можно ответить на поставленный вопрос только после опытных исследований на животных, разумеется, в том случае, если животные будут переживать подобные опыты. Мы имеем в виду произвести поверку этого клинического факта и своевременно сообщим о полученных результатах.

Вырезанное новообразование весило 4 107 г (10 фунтов 40 зол.), окружность его по наибольшему длиннику = 71½ см, а по меньшему (поперечному) = 54 ½ см; измерения эти сделаны были тогда, когда опухоль значительно оплотнела и сжалась после 2-недельного хранения ее в мюллеровской жидкости. Микроскопическое исследование показало строение веретенообразноклеточковой саркомы (sarcoma fusocellulare). Таково же было строение и саркоматозной опухоли у г-жи Кашкиной.

IV. ОПЕРАЦИИ НА КОСТЯХ И СУСТАВАХ

К ВОПРОСУ О ПИРОГОВСКОМ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОМ ОТНЯТИИ ГОЛЕНИ [23]

При отнятии стопы хирургу представляется большой выбор между разными способами операции. При отнятии стопы или частей ее задача операции проще, чем при отнятии частей верхней конечности: в последнем случае должно сохранять даже и самые малые части пальцев, особенно большого; в первом же позволительно иногда жертвовать частями стопы ввиду образования хорошей культи, которая могла бы дать прочную опору при наступи. Здесь приходится выбрать один из следующих способов операции: сечение в шопаровой линии, amputationem talo-calcaneam, exarticulationem pedis sub talo, ампутацию по способу Сима или ампутацию по способу Пирогова. За каждым из перечисленных способов имеются свои права и выгоды. Приняв во внимание непрочно установленные статистические данные, допустим, что исходы операций одинаковы при всех этих способах. Тогда применение того или другого способа операции будет показано требованиями сберегательной хирургии и получением наиболее удобной и прочной культи. В последнем отношении преимущество принадлежит всецело ампутации по способу Пирогова. Оперированные по этому способу ходят очень хорошо, и, может быть, одно только вылущение стопы под таранной костью (exarticulatio sub talo, Lignerolles) дает такую же прочную для поступи культю, как отнятие голени с насадкой куска пяточной кости по способу Пирогова. Впрочем, приняв во внимание рисунок и удобство культи при сравнении этих двух способов, опять-таки мы должны отдать предпочтение пироговской ампутации.

Появление ампутации Пирогова встречено было недружелюбно. Прежде всех и сильнее всех вооружился против нее Сайм, защищая фиктивные преимущества своей ампутации. Мы говорим «фиктивные преимущества» потому, что ампутация Сайма представляет бóльшие технические трудности сравнительно с пироговской. И та, и другая операция есть чрезлодыжковая ампутация голени—amputatio cruris transmalleolaris. Но образовать пяточный лоскут с сохранением в нем куска

пяточной кости несравненно легче, чем вырезать лоскут из одной только кожи пятки. Технические трудности и неудовлетворительность самого лоскута в смысле питания и приживления навели Н. Ив. Пирогова на мысль оставлять кусок пяточной кости в лоскуте. Впрочем, было бы слишком неосновательно предположить, что значение операции Пирогова исчерпывается только сравнительными техническими преимуществами. Сам автор называет ее остеопластическим удлинением костей голени. Действительно, культя удлиняется настолько, что оперированная конечность бывает короче здоровой всего на $1^1/_2$ или $1^3/_4$ дюйма. Итак, удлинение перепиленных костей голени и образование прочной и привычной точки опоры составляют существенные достоинства пироговской ампутации. Пересаженный кусок пяточной кости срастается с костями голени. Этот факт был установлен Пироговым и послужил началом для всех других остеопластических операций, как-то: Шимановскаго на локте, Гретти на колене, Лангенбека на верхней челюсти и пр.

Производство ампутации по способу Пирогова очень просто, лоскут образуется легко и скоро, если выполняются надлежащим образом все акты операции. Тем не менее многие видели какие-то трудности при производстве операции и пытались внести поправки. Эти якобы поправки не представляют ничего существенного; они свидетельствуют о простом желании внести кое-что свое в способ операции, занявший сразу такое высокое место в ряду других операций, производимых на ноге. Нанесение косого вместо простого поперечного сечения через стопу (Шимановский), предварительное рассечение ахиллова сухожилья (германские хирурги), изменение порядка актов сечения (Пирри) и некоторые другие поправки только усложняют без нужды операцию, основания которой прочно установлены с самого начала автором ее.

Нельзя сказать того же о способе Лё-Фора. В основании его лежит здравая мысль. Способ Лё-Фора состоит в том, что вся пяточная кость после снятия верхней сочленовной ее поверхности прилаживается к распилу костей голени. Однако много грешит Лё-Фор тем, что видит все достоинства только в своей операции и отрицает их совсем в операции по способу Пирогова. Он говорит, что при последней дается точка опоры в заднем пяточном бугре; в этой непривычной опоре при первых попытках ступать обнаруживается сильная боль, мешающая ходить. Это теоретическое суждение не оправдывается фактами, наблюдаемыми чуть ли не каждый день. Французы не оперируют по способу Пирогова. Лё-Фор не решился бы высказать подобное осуждение, если бы ему представилась возможность наблюдать больных после ампутации голени по способу Пирогова. Несправедливая оценка высказана, очевидно, тенденциозно, с целью поднять значение своей операции.

Вот преимущества, которые Лё-Фор приписывает своей операции: 1) привычная поверхность опоры; 2) устранение натяжения в ахилловом сухожилье; 3) сохранение прикрепления ахиллова сухожилья и действия икроножной мышцы. Культя в способе Лё-Фора воспроизводит в сущности мысль Н. Ив. Пирогова, установившего тот факт в оперативной хирургии, что пересаженная на распил костей голени пяточная кость прирастает. При отнятии голени по способу Пирогова отпиливаются лодыжки и сочленовная поверхность большеберцовой кости. Распил ведется через губчатое вещество костей. Но отпиленный кусок пяточной кости прирастает и в том случае, если распил проходит через трубчатое вещество костей голени, гораздо выше сочленовных концов. Это подтверждено было, между прочим, на следующем случае, бывшем в Черногории в 1876 г. В августе месяце доставлен был в Цеттинский лазарет Даниила черногорец, раненный в правую нижнюю конечность за 5 недель. Больному 27 лет. Он лечился где-то в деревне у народного знахаря. Исследование показало: омертвение передней части правой стопы; обнаженные, почерневшие передние концы предплюсневых костей, торчавшие на 4—5 см, обнажение омертвевшего нижнего конца tibiae. Пышная грануляционная поверхность на внутренней стороне стопы и голени; на передней же стороне покровы целы и на голени, и на стопе. Нижняя поверхность пяточной кости одета здоровой кожей. Сведение конечности в колене почти до прямого угла. Заведывавший отделением д-р Ковалевский, показав мне раненого, предполагал сделать ему ампутацию в средней трети голени. Вместо обыкновенной ампутации голени при помощи кругового сечения я предложил пересадить всю пяточную кость на распил костей голени, сделанный на границе омертвения их. Омертвение обнимало почти всю нижнюю треть костей голени. Операция сделана была 21 августа. Она состояла в следующем: после отнятия передней части стопы на уровне лёфоровой линии отпилена была верхняя сочленовная поверхность пяточной кости; кости голени (tibia et fibula) перепилены на $7^1/_2$ см от нижнего конца их. Последний распил прошел через костную мозоль, образовавшуюся в месте раздробления костей. Распил пяточной кости прилажен был к распилу костей голени. В первое время обнаружился избыток покровов, торчавших в виде объемистой поперечной складки на наружной стороне культи. Впоследствии складка сгладилась совершенно, что́ ясно видно на прилагаемом рисунке. Конечность была вытянута до уничтожения сведения в колене и заключена в гипсовую повязку.

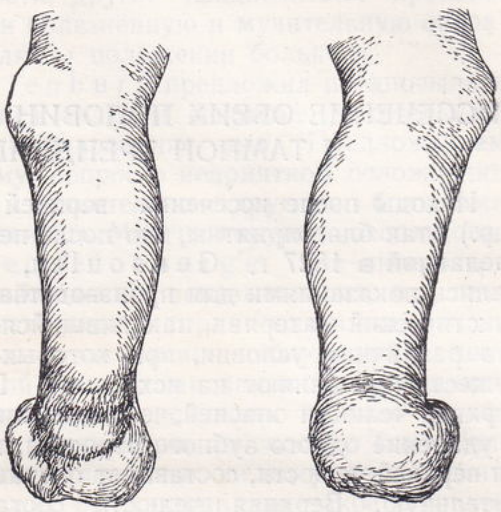
Мы сказали, что от костей голени отпилено было $7^1/_2$ см. Но, принимая во внимание раздробление костей и косые отломки, значительно смещенные под влиянием мышечного сокращения, нужно считать, что был отпилен гораздо больший

кусок. Измерение после заживления культи дало разницу между здоровой и ампутированной конечностью в $11\frac{1}{2}$ см. Распил костей голени пришелся на уровне костной мозоли, следовательно, в месте, где происходил процесс деятельного образования новой костной ткани. Пиление внесло еще новое раздражение, под влиянием которого образовательный процесс мог усилиться. Это обстоятельство имело немаловажное значение при сращении распилов. Сохранение целости arteriae tibialis posticae считается непременным условием при остеопластической ампутации голени. В данном случае сохранена целость мягких частей только на наружной части голени; на внутренней они были разрушены действием огнестрельного снаряда так, что поранена была и задняя большеберцовая артерия. Операция сделана была через 5 недель после ранения, — следовательно, при условиях восстановленного бокового кровообращения и новых путей, при посредстве которых совершалось питание в пяточной кости и в одевавших ее покровах. Возможна ли подобная операция, сделанная первично или непосредственно после огнестрельного повреждения? Невозможна, нужно полагать, с точки зрения анатомических условий.

Показания для ампутации обнимали в прежнее время гораздо бо́льшую сферу, чем в наше. Введение в военно-полевую практику неподвижной повязки, упростив и облегчив лечение сложных огнестрельных переломов, дало возможность ограничить область показаний для ампутации. Но еще больший шаг в этом направлении был сделан тогда, когда выпиливание суставов (resectio) было включено в число обычных операций военного времени. Тем не менее, истощив все средства для сбережения члена при сложном огнестрельном переломе, мы вынуждены бываем все-таки ампутировать иногда в позднейшее время. Это поздние ампутации. Здесь ампутируемый член представляет совершенно восстановленное боковое кровообращение, которое обеспечивает питание и дает возможность применять широко начало сберегательной хирургии. Богатый казуистический материал военного времени представляет нередко случаи, в которых применение сберегательных приемов делается возможным в самых разнообразных видах, и здесь раскрывается широкое поле для изобретательности хирурга. Какие прочные лоскуты выкраиваются из инфильтрированных тканей при поздних ампутациях, это хорошо известно всякому опытному хирургу. Но, кроме мягких частей, можно пользоваться при тех же условиях кусками надкостницы, даже костными отломками, которые можно оставлять в культе или прилаживать к распилу костей. Пересаживая кусок сочной надкостницы или хорошо инфильтрированный отломок на распил кости при ампутации, мы прикрываем распил и защищаем его от соприкосновения с продуктами распада органических частей во время заживления раны. Кроме того, мы способствуем скорейшему

зарастанию распила, даем почву для образования объемистой костной покрышки, которая помешает весьма тесному соединению рубца культи со скелетом и устранит все неприятные последствия такого соединения.

В заключение можно еще прибавить, что приведенный случай указывает на возможность остеопластического удлинения костей голени и в тех случаях, когда они перепиливаются на значительной высоте над голеностопным суставом. При поздних ампутациях вследствие огнестрельных повреждений представляется возможность широко разнообразить способы сечения мягких частей. Хорошо инфильтрированные ткани, благодаря восстановлению новых питательных путей, обеспечивают образование лоскутов в таком виде, в каком образование их становится анатомической погрешностью при первичных ампутациях. Распилы костей должно прикрывать надкостницей или сочными отломками всякий раз, когда только представляется для этого возможность. Поступая таким образом, мы можем ускорить заращение распила, способствовать образованию более прочной культи и устранить до некоторой степени условия, благоприятствующие развитию осложнений под влиянием заражения организма продуктами распада органических тканей.



К вопросу о пироговском остеопластическом отнятии голени.

На прилагаемом рисунке * представлена культя после заживления. Ампутированная конечность короче здоровой на $11\frac{1}{2}$ см; но культя ее, прикрытая пяточной костью, представляет привычную и весьма прочную точку опоры, на которую удобно можно будет наладить протез в виде подставки или — еще лучше — искусственной ноги. Кроме получения прочной культи, мы видим, что оперированная конечность была удлинена почти на всю толщу пяточной кости.

---

* Рисунок снят с гипсовой модели. Гипсовую модель сделал и доставил в Россию студент Медико-хирургической академии Глоба. Модель хранится в кабинете 2-го хирургического отделения клинического госпиталя.

ИССЕЧЕНИЕ ОБЕИХ ПОЛОВИН ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ТАМПОН ТРЕНДЕЛЕНБУРГА [24]

Исходы после иссечения верхней челюсти (resectio max. sup.) так благоприятны, что после первой подобной операции, сделанной в 1827 г. Gensoul'ем, хирурги широко пользовались показаниями для производства ее. Изучая однакож казуистический материал, накопившийся в литературе, мы видим, что различные условия, при которых производится операция, существенно влияют на исходы ее. Иссечение обеих половин верхней челюсти опасней, чем иссечение одной только половины, а удаление одного зубного отростка, или части передней стенки верхней челюсти, составляет операцию, сравнительно незначительную. Верхняя челюсть составляет область, весьма благоприятную для развития новообразований; новообразования составляют наиболее частое показание для иссечения челюсти. При новообразованиях resectio maxillae superioris дает 29% смерти, тогда как при глоточно-носовых полипах только 17%, а при костоеде и омертвении—всего 5% *. Если, кроме упомянутых условий, принять во внимание еще и возраст оперируемых больных, то цифра смертности после иссечения верхней челюсти опять-таки колеблется очень неравномерно: какая бы причина ни вызвала операцию, последняя становится тем более опасной, чем старше возраст оперируемого. После 40-летнего возраста процент смертности быстро возрастает, достигая до 60% для возраста между 70 и 80 годами. Уже во время производства операции грозит больному опасность от задушения вследствие затекания крови в дыхательное горло. Большое количество крови, попавши в дыхательное горло и свернувшись, может произвести задушение. Но в дыхательное горло может затекать только незначительное количество крови; небольшие свертки ее могут проноситься в дальнейшие разветвления дыхательных трубок, закупоривая их. Спустя два, три дня после операции развивается в ране нагноение; гной орошает полость

* Deutsche Zeitschr. für Chir., B. III, Hefte 3 und 4, S. 311.

рта и проглатывается; газообразные продукты его разложения вдыхаются с воздухом и способствуют заражению попавших в легкие свертков крови. Таким образом развивается pneumonia, нередко убивающая оперируемых. Как pneumonia, так и непосредственная опасность от затекания крови в дыхательное горло наблюдаются у пожилых людей чаще, чем у молодых. Многие хирурги до сих пор избегают хлороформирования больных, подвергаемых операции иссечения верхней челюсти, только ввиду этой опасности; другие предпочитают производить эту в высокой степени болезненную и мучительную операцию без анестезии и в сидячем положении больного.

В 1870 г. d-r Trendelenburg предложил предпосылать операции иссечения верхней челюсти вскрытие дыхательного горла (tracheotomia) и тампонирование его. Предложением этим разрешен, повидимому, вопрос о неприятном осложнении операции, исходы которой сравнительно с другими большими операциями очень благоприятны. Многие хирурги воспользовались предложением Trendelenburg'a, и в литературе имеется уже несколько наблюдений, показывающих, что применение тампонации дыхательного горла оказалось очень удовлетворительным; по мере накопления наблюдений расширяется и область показаний для тампонации дыхательного горла, чему доказательством может служить пример проф. Hueter'a, применившего тампонацию по способу Trendelenburg'a при вырезывании миндалевидных желез у $2^1/_2$-годового мальчика. Но едва ли может быть оправдано такое широкое применение тампонации Trendelenburg'a не только при удалении миндалевидных желез, но даже и при более важных операциях.

Тампон Trendelenburg'a состоит из каучукового цилиндра, надеваемого на серебряную трубочку; двойная стенка цилиндра представляет мешок. Надетый на серебряную трубку и наполненный воздухом мешочек выполняет просвет, остающийся между стенкой дыхательного горла и серебряной трубочкой. Ко внешнему концу серебряной трубочки приделывается длинная гибкая трубка, оканчивающаяся воронкой. Через воронку, обтянутую тонкой шерстяной тканью, производится хлороформирование больного.

Привожу наблюдение, в котором, по причине ракового новообразования, необходимо было иссечь одновременно обе половины верхней челюсти и в котором при операции был применен тампон Trendelenburg'a.

Иванов Василий, 48 лет, крепкого телосложения и с хорошо развитой мышечной системой, принят был во 2-е хирургическое отделение Клинического госпиталя в следующем состоянии: верхняя часть левой половины лица сильно вздута; зубной отросток обеих половин верхней челюсти, передняя ее стенка и передняя половина твердого неба представляют

грибовидное разрастание грязнобурого цвета; полость рта орошается гноевидной жидкостью, стекающей с поверхности грибовидной ткани. Почти все зубы верхней челюсти выпали, за исключением двух крайних коренных с левой стороны; последние слабо держатся в толще грибовидной массы. Незначительная часть зубного отростка с правой стороны еще не разрушена на пространстве 2 см; здесь сохранился еще 4-й коренной зуб. Болезнь стала развиваться, по словам больного, два года назад и обнаружилась первоначально в виде грибовидного разрастания по краю ячейки одного из резцов верхней челюсти. В мае месяце 1873 г. грибовидное разрастание ограничивалось еще только областью резцов и частью твердого неба, сзади их непосредственно; однако в то время уже разрушение твердого неба было так значительно, что указательным пальцем можно было проникнуть в левую гайморову полость.

19 сентября 1873 г. больному иссечены были обе половины верхней челюсти. Операция была предпринята после предварительного исследования новообразования, показавшего раковое его свойство. Нахлороформировав больного, мы вскрыли дыхательное горло непосредственно под перстневидным хрящом и ввели серебряную трубочку, снабженную тампоном Trendelenburg'a. Дальнейшее хлороформирование производилось через воронку, насаженную на конец эластической трубки, соединенной с серебряной трубочкой. Разделив затем мягкие части лица двумя косвенными разрезами, шедшими с каждой стороны от наружного угла глаза к углу рта, мы приподняли полученный таким образом четырехугольный лоскут кверху вместе с хрящевой частью носа; лоскут был отделен от подлежащих частей до уровня обоих нижних краев глазниц и до верхней части спинки носа. Затем при помощи цепочной пилы и долота иссечена была сначала левая половина верхней челюсти, потом правая. Из правой половины верхней челюсти иссечено все, за исключением небольшой части зубного отростка с одним коренным зубом. Потеря крови во время операции была очень значительна как при отделении мягких частей, так и при распиле костей. Особенно неприятно было недостаточное анестезирование и от времени до времени обнаруживавшиеся припадки задушения вследствие затекания крови в дыхательные пути. Операция продолжалась около $^3/_4$ часа, и в течение всего этого времени больной находился в состоянии только слабой степени анестезии: не было возможности анестезировать его вполне. Очень длинная трубка, при посредстве которой больной дышит и вдыхает в себя хлороформ, очевидно, затрудняет успешное хлороформирование. С другой стороны, мешочек, растянутый воздухом, закупоривал удовлетворительно просвет между серебряной трубочкой и стенками дыхательного горла только в течение самого корот-

кого времени; спустя две, три минуты он спадался, и тогда наступало затекание крови в дыхательное горло. Несколько раз в течение операции приходилось снова наполнять воздухом спадавшийся цилиндрический мешочек. Это обстоятельство, отвлекая беспрерывно внимание от операции, замедляло ход ее.

По окончании операции лицевой лоскут был пришит. Серебряная трубочка извлечена непосредственно после операции, а рана шеи соединена при помощи узловатого шва, так однакоже, что в нижнем ее углу оставлено небольшое отверстие в 1 см. Заживление раны последовало почти без лихорадочного состояния; лицевой лоскут прирос через первое натяжение, в полости рта скоро стала развиваться здоровая грануляционная ткань, почти совсем одевшаяся рубцом к концу 5-й недели после операции.

20 октября 1873 г. замечено небольшое возвышение, величиной с горошину, в углу между оставленной частью зубного отростка и щекой; оно представлялось белесоватым, блестящим. Микроскопическое исследование срезанной части его показало сильное разрастание эпителия. После повторенных прижиганий дымящейся селитренной кислотой это возвышение было уничтожено; на месте его развился крепкий рубец.

Рубцовая ткань, развившаяся на месте иссеченных костей, стала быстро сокращаться; так что к концу второго месяца после операции между остатками мягкого неба и верхней губой оставалось углубление сантиметров в $4^1/_2$ в поперечнике; края углубления представляли весьма плотную рубцовую ткань. По мере сокращения рубцовой ткани стала втягиваться, западать верхняя губа. Вследствие запавшей верхней губы и как будто вдавленного носа лицо больного получило неприятный вид. Речь была почти непонятна.

В апреле 1874 г. больной получил протез, приготовленный из твердого каучука. Протез, снабженный рядом зубов, выполнял носовую полость и укреплялся золотым крючком к единственному правому коренному зубу: он удерживался на своем месте не при помощи золотого крючка, но тем, что края его и верхняя часть плотно были прилажены к неровностям небно-носового углубления, выполняя все его выемки. Вставленный протез возвратил больному совершенно внятную речь, дал возможность легко жевать и глотать пищу и изменил вид лица. Протез восстановил правильное очертание лица в такой мере, что даже боковые рубцы, благодаря симметрическому расположению их, почти не заметны.

Уже в начале статьи мы видели, что благоприятные исходы после иссечения верхней челюсти представятся в ином виде, если принять во внимание разные условия, при которых производится операция: не следует пользоваться статистическими выкладками, построенными на казуистическом материале, со-

бираемом без разбора и надлежащей оценки качеств его. Для пожилого возраста процент смертности после иссечения верхней челюсти сравнительно очень высок; и это обстоятельство находится в зависимости от затекания крови в дыхательные пути во время производства операции. Применение тампона Trendelenburg'a, устраняя опасность от затекания крови в дыхательные пути, может оказать благоприятное влияние на колебание процента смертности. Впрочем, не следует пользоваться им слишком широко, и мы полагаем, что применение тампонации дыхательного горла, например, при вырезывании миндалевидных желез, есть уже увлечение. Применение тампона Trendelenburg'a сопровождается предварительной операцией, которая может осложняться известными случайностями. Положим, что вскрытие дыхательного горла не составляет особенно важного травматического повреждения; но в соединении с другой значительной операцией, как, например, иссечение верхней челюсти, оно получает уже гораздо большее значение.

Что касается герметического закупорения просвета, остающегося между стенками дыхательного горла и серебряной трубочкой, то это закупорение далеко не достигается. Через две, три минуты мешочек, наполненный воздухом, спадается и приходится снова наполнять его для устранения припадков задушения. Наконец, следует обратить внимание и на то, что через длинную трубку почти невозможно достигнуть полной анестезии, и потому приходится оперировать, довольствуясь по необходимости только слабым притуплением чувствительности.

Некоторые неудобства при применении тампона Trendelenburg'a несомненно могут быть еще устранены дальнейшим улучшением самого аппарата; но недостатки его тем не менее ясно обнаружатся при сравнении с удобствами, которые получаются при оперировании больных по способу проф. Rose (Langenbeck's Arch. f. kl. Chir., Bd. XVII, H. 3).

Rose предлагает при операциях на лице и в полости рта опрокидывать голову больного книзу через край стола. Кто имел возможность испробовать хотя один раз этот способ, тот легко убедится в несомненных преимуществах его перед тампоном Trendelenburg'a. Недавно мы имели возможность применить этот способ при иссечении верхней челюсти вследствие обширного ракового поражения, обнимавшего, как обнаружилось при операции, и основание черепа. Операция продолжалась $^3/_4$ часа, и в течение всего этого времени ни дыхание больного, ни сердцебиение ни малейше не были нарушены. Под конец операции обнаружилась рвота: жидкое содержимое желудка изливалось так же, как и кровь, через рану при совершенно равномерном и глубоком дыхании. Переполнение сосудов мозга и головы вообще быстро исчезает после того, когда больному дается горизонтальное положение. Нечего

опасаться этого переполнения, несмотря на отсутствие клапанов в венах верхней половины тела; лишь бы не ослабевала энергия сердца; а мы видим, что сокращения сердца и ритм дыхания остаются равномерными от начала до конца хлороформирования.

Предполагая, что внезапная смерть при хлороформировании происходит вследствие анемии мозга, предлагают (N e l a t o n) опрокидывать нахлороформированного больного головой вниз и в таком положении производить искусственное дыхание. Если опрокидывание головой вниз применяется для оживления больных при наступлении внезапной смерти во время хлороформирования, то, без сомнения, его можно применять, хлороформируя больного вообще; в последнем случае опрокидывание книзу головы предотвратит возможность появления внезапной смерти.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПОДВИЖНОСТИ (ANKYLOSIS) НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ [25]

Открывание и закрывание рта производится движением нижней челюсти, вращающейся около осей составных своих отростков. Составные отростки оканчиваются цилиндрами, заложенными в составных ямках височной кости так, что оси цилиндров, пересекаясь, образуют тупой угол, открытый кпереди. Такое анатомическое положение составных цилиндров, подкрепленное боковыми связками, обеспечивает прочность сочленения, несмотря на незначительные размеры его поверхности. Нижняя челюсть представляет перегнутую почти под прямым углом, крепкую костяную дугу, непосредственно соединенную со скелетом только при помощи составных отростков; остальная же часть ее свободна и доступна для исследования. К нижней челюсти прикрепляются многие мышцы; в ней заложены зубы; внутри ее проходит канал, принимающий сосуды и нервы. Нижняя челюсть имеет связь с различными органами полости рта. Разные патологические процессы в полости рта и в мягких частях, одевающих нижнюю челюсть, могут влиять на ее отправления, ограничивать и даже совсем уничтожать движение.

Если подвижность нижней челюсти уничтожена, то происходит смыкание челюстей (ankylosis), которое может развиться при различных страданиях.

1) Смыкание челюстей происходит вследствие мышечного сокращения. Воспалительные процессы в полости рта (stomatitis, tonsillitis, periostitis), особенно же воспалительные процессы слизистой оболочки и надкостницы при трудном прорезывании зуба мудрости, вызывают временное сокращение жевательных мышц и смыкание челюстей. Такое же влияние на сокращение этих мышц обнаруживает воспаление околоушной слюнной железы, подчелюстной, флегмонозное воспаление глубокого слоя клетчатки в подчелюстной области (cynanche Ludwigii). Иногда, может быть, происходит сокращение жевательных мышц и вследствие действительного воспаления их,

первичного или последовательного. В последнем случае могут произойти изменения в мышцах, под влиянием которых смыкание челюстей станет постоянным; обыкновенно же смыкание челюстей, происшедшее вследствие сокращения мышц под влиянием упомянутых воспалительных процессов, бывает преходящее и прекращается вместе с окончанием воспалительных процессов.

2) Но если воспалительные процессы не оканчиваются разрешением, а влекут за собой разрушение ткани, то происходит смыкание челюстей вследствие рубцового стягивания: это одна из самых частых причин анкилоза нижней челюсти. Разрушенная слизистая оболочка щек замещается рубцовой тканью. Слизистая оболочка разрушается вследствие разных язвенных процессов (syphilis, stomatitis mercurialis, noma), случайных повреждений, после оперативного удаления злокачественных новообразований и пр. Рубцовая ткань может заместить всю слизистую оболочку щеки или только некоторые части ее; в последнем случае она может представляться в виде полос или перемычек. Одной и той же длины рубцовая перемычка может вызвать различную степень смыкания челюстей, смотря по тому, будет ли она находиться в задней или передней части щеки, т. е. ближе или дальше от оси вращения нижней челюсти. Рубцы, заложенные в задней части щеки, не столь опасны для отправления нижней челюсти, как рубцы в передней части щеки. После разрушения наружных покровов щеки или после уничтожения всей толщи щеки образуются рубцы, которые будут иметь такое же значение для отправления нижней челюсти, как и рубцы, заместившие потерянные части слизистой оболочки щеки.

Смыкание челюстей, происшедшее под влиянием причин первой категории, бывает преходящим, кратковременным. В крайности здесь можно разнять челюсти насильственно, захлороформировав предварительно больного; а такая крайность может быть вызвана необходимостью извлечь зуб, который послужил исходной точкой страдания, или потребностью накормить больного.

Если смыкание челюстей произошло вследствие рубцов, то для устранения его возможны два пути: или удалить рубец, заместив его нормальной тканью (кожей или слизистой оболочкой), или же, оставив рубцовую ткань на месте, образовать искусственное сочленение на продолжении нижней челюсти, впереди рубца. Иногда можно разорвать рубцовые перемычки при насильственном разнятии челюстей; если же они не поддаются насильственному разрыванию, то можно рассечь их ножом. Тут достигается раскрывание рта, но большей частью только временное, особенно если разделенный рубец замещал более или менее значительную часть слизистой оболочки щеки: смыкание челюстей восстановляется в прежнем виде после

образования нового рубца. Гораздо существеннее будут результаты, если возможно иссечь рубцовую ткань и заложить на месте ее лоскут слизистой оболочки. Подобные попытки возможны в редких случаях и только тогда, когда рубцовые перемычки находятся в передней части щеки. При невозможности пользоваться лоскутами здоровой слизистой оболочки предложены другие приемы. Так, Jäsche предложил вызвать прежде всего образование рубца на деснах, дабы рубец этот хоть отчасти восполнил недостающую слизистую оболочку. С этой целью он расщепил щеку и по окончании рубцевания на деснах приступил к восстановлению щеки. Окаймив рубцовые края, он сшил их и прикрыл позднее щеку кожей, сдвинутой с шеи. Подобная попытка сделана была только один раз; результаты ее остались неизвестными. Gussenbauer предложил замещать рубцовую ткань кусками кожи, взятой со щеки. Вырезав поперечную полосу кожи на щеке так, чтобы корень лоскута приходился близ уха, нужно пришить переднюю часть его к остаткам слизистой оболочки щеки сзади. Лоскут придется перегнуть. Когда последует сращение, можно перерезать корень кожи и, обернув лоскут роговым слоем в полость рта, закрыть щеку куском кожи, сдвинутым с шеи. Подобный прием пластической операции удобно применить только у женщины: неудобно обращать в полость рта части кожи, одетой волосами. Поправка, предложенная Bassini и исполненная однажды с успехом на больном, заслуживает полного внимания, потому что ею устраняется зависимость операции от пола. Он предлагает брать лоскут с плеча. Со временем кожа, обращенная в полость рта, изменяет свои свойства: вместо сухого рогового слоя получается сочный и влажный и приближается, таким образом, по своему строению к слизистой оболочке.

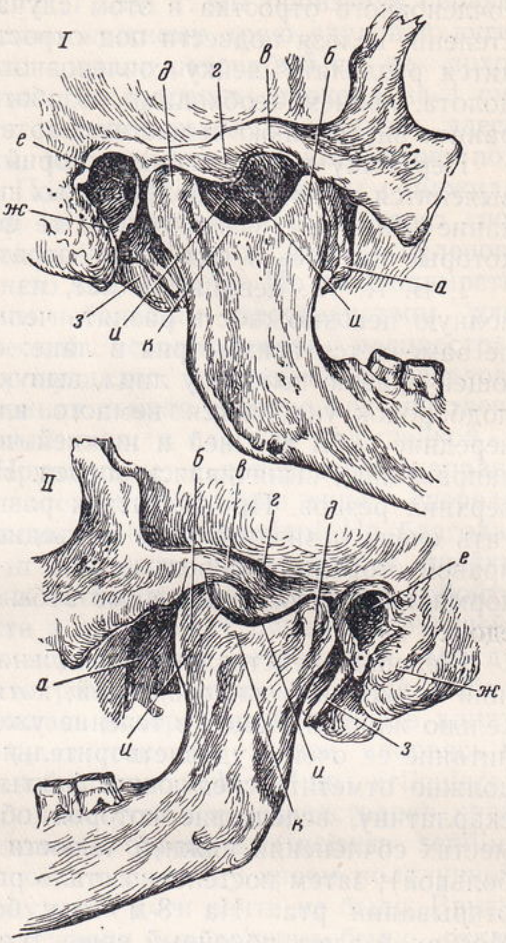
При невозможности выполнить какую-либо из упомянутых пластических операций можно прибегнуть к образованию искусственного сочленения на продолжении челюсти, всегда впереди рубца. Это так называемая Эсмарховская операция, изобретение которой, впрочем, приписывается Esmarch'у несправедливо: Esmarch высказал мысль о возможности такой операции в 1858 г.; итальянский же хирург Rizzoli сделал эту операцию в 1857 г. Исторический ход развития идеи о ней представляется в следующем виде: впервые высказал эту идею Bérard в 1838 г., а американский хирург Carnochan еще раньше Rizzoli напал на мысль о возможности устранить смыкание челюстей помощью искусственного сочленения на челюсти при следующем обстоятельстве: однажды, пытаясь раскрыть рот при анкилозе нижней челюсти, он нечаянно переломил челюсть; перелом дал возможность раскрыть рот и даже производить произвольные движения нижней челюстью. Это случайное явление и навело Carno-

chan'a на мысль предложить искусственное разделение челюсти для образования нового сочленения. Область показаний для этой операции довольно ограничена: ее можно производить лишь тогда, когда рубцовое сведение находится только с одной стороны, или вообще при таких условиях, когда, заложив искусственный сустав впереди препятствия, мы не исключаем отправления, если не всех, то по крайней мере некоторых из жевательных мышц.

Теперь перейдем к рассмотрению третьей категории причин, вызывающих смыкание челюстей; причины эти даны в патологических процессах, протекающих в самом сочленении нижней челюсти. В сочленении нижней челюсти, как и во всяком другом суставе, могут развиваться разные воспалительные процессы — synovitis serosa, purulenta, deformans и fungosa s. granulosa. Последствием этих воспалительных процессов могут быть такие изменения в тканях, которые способны вызвать расстройство отправления. Так, оплотнение в тканях связочного аппарата — то в виде соединительнотканного образования, то в виде окостенения — может произвести совершенную неподвижность челюсти. Иногда воспалительный процесс в сочленении развивается последовательно за страданием надкостницы и скелета; изменения последнего тоже могут быть причиной неподвижности нижней челюсти. Если заболевает одно сочленение, то все-таки происходит смыкание челюстей, хотя противоположное сочленение и сохраняет нормальное строение. И нужно заметить, что при весьма продолжительном смыкании челюстей здоровое сочленение не теряет способности восстановления подвижности. Положение это верно до известной степени; оно оправдывается в тех случаях, когда страдание сочленения развивается позднее, в периоде окончания роста скелета. Если же расстройство в отправлении сочленения обнаруживается рано, в детстве, то оно может повлиять на рост нижней челюсти, и такое влияние обнаружится преимущественно на развитии сочленовного отростка. Расстройство в росте нижней челюсти после анкилоза ее, развившегося в детском возрасте, наблюдали Humphry и Maas. Ankylosis maxillae inferioris вследствие поражения суставов челюсти наблюдается сравнительно нечасто. Случайно мы имели возможность наблюдать в настящем году 2 больных с подобным развитием анкилоза нижней челюсти; оба случая были наблюдаемы в факультетской клинике одновременно и параллельно. Наблюдение это представило возможность изучить и отметить некоторые анатомопатологические явления, которые лежали в основании анкилоза; о них мы скажем ниже. Теперь же перейдем к вопросу о лечении тех видов смыкания челюстей, при которых причина неподвижности заключается в сочленении нижней челюсти. При помощи пассивных движений можно восстановить иногда подвижность нижней челюсти,

если анкилоз произошел вследствие лишь незначительного оплотнения окружающих сустав тканей, в том случае, разумеется, когда это оплотнение способно разрешиться. В большинстве же случаев все попытки, направляемые к тому, чтобы разнять челюсти, остаются бесплодными; и поневоле приходится прибегать к оперативному пособию. Оно может состоять только в образовании нового искусственного сочленения, которое должно быть заложено наивыгоднейшим образом в смысле физиологическом. Всего легче можно разделить челюсть на протяжении ее горизонтальной части. Если ankylosis maxillae inferioris произошла вследствие страдания одного только сочленения, то, разделяя горизонтальную часть челюсти с противоположной стороны, мы получим подвижность челюсти и возможность жевать пищу, потому что сохранятся прикрепления жевательных мышц со стороны здорового сочленения. Но одновременное поражение обоих сочленений нижней челюсти встречается гораздо чаще, чем одного; следовательно, необходимо образовать искусственное сочленение на продолжении нижней челюсти с обеих сторон. Всего выгоднее и рациональнее образовать искусственное сочленение разделением шейки суставного отростка нижней челюсти. Если шейка разделена, то не трудно извлечь оставшуюся суставную головку: тогда получится полная и вполне обеспеченная подвижность. Простое разделение шейки суставного отростка может окончиться сращением, и последует вновь смыкание челюстей. Если путем патологического процесса разрушаются головка и шейка суставного отростка, например, при грибовидном воспалении сустава, то неподвижность челюсти сохраняется. Это клиническое наблюдение должно служить наглядным примером для подражания при наших хирургических пособиях; и уже разумеется, образование искусственного сочленения в шейке сочленовного отростка (processus condyloideus) удовлетворяет всего более требованиям совершенного сочленения, потому что при этом сохраняется отправление всех жевательных мышц, за исключением только наружных крыловидных. Ниже мы опишем способ производства подобной операции, нелегко выполнимой, но все же возможной при нормальном соотношении частей скелета. Если же нормальное соотношение нарушено, если сочленовный отросток нижней челюсти остается недоразвитым, то выполнение операции затрудняется чрезвычайно. По необходимости придется в подобных случаях избрать другое место для заложения искусственного сочленения на продолжении нижней челюсти; всегда при этом следует иметь в виду необходимое условие — сохранить прикрепление хотя бы некоторых только жевательных мышц. Еще Dieffenbach предлагал разделять восходящие отростки нижней челюсти над углом ее и советовал производить это разделение помощью долота из полости рта. Такое разделение

может дать подвижность нижней челюсти на короткое время, до образования мозоли; с образованием же мозоли возобновится смыкание челюстей, если причина его зависела от страдания в суставах. Поэтому диффенбаховский способ разделения нижней челюсти не должен быть применяем. Однакоже этот способ показывает, что разделение восходящих отростков нижней челюсти, исключая отправление обоих височных мышц и наружных крыловидных, допускает весьма удовлетворительную подвижность горизонтальной части нижней челюсти: разнятие рта и жевание становятся возможными и совершаются удовлетворительно, разумеется, до тех пор, пока не восстановится смыкание челюстей после образования костной мозоли на месте разделения сочленовных отростков. Поэтому, сделав поправку в способе Diffenbach'a, можно достигнуть удовлетворительной подвижности челюсти, если заложенное искусственное сочленение над углом нижней челюсти остается подвижным.



На обоих рисунках одними и теми же буквами обозначены одинаковые части.

а — крыловидный отросток; *б* — венечный отросток; *в* — скуловая дуга; *г* — сочленовный бугорок; *д* — сочленовный отросток; *е* — наружный слуховой ход; *ж* — сосцевидный отросток; *з* — шиловидный отросток; *и* — полулунная вырезка; *к* — на обоих рисунках показывают прогалину между полулунной вырезкой сочленовного отростка и нижним краем дужки скулового отростка.

На представленном рисунке (см. рис.) изображено то состояние недоразвития сочленовного отростка, которое мы наблюдали в обоих наших случаях, причем у Петра Будычева оно выражено было с обеих сторон, а у В. Ал. П. только с левой стороны. Вследствие такого недоразвития incisura sigmoidea maxillae inferioris представляет меньшую и более плоскую дугу; край последней подходит близко к ниж-

нему краю скуловой дуги; вследствие этого прогалина между краем полулунной вырезки восходящего отростка нижней челюсти и нижнем краем скуловой дуги представляется в виде узкой щели. Отделение надкостницы от задней поверхности сочленовного отростка в этом случае затрудняется в высшей степени; нельзя подвести под отросток цепочную пилу; приходится разделять шейку сочленовного отростка при помощи долота, причем необходимо позаботиться о том, чтобы не поранить внутреннюю челюстную артерию.

Перехожу к изложению историй наших случаев. Из них выяснится этиология болезненных процессов, вызвавших смыкание челюстей; выяснятся и те физиологические основания, которые имелись в виду при оперативных приемах.

I. В. А. П., девица, 18 лет, из Воронежа, представляет полную невозможность разнять челюсти. При внешнем осмотре замечается асимметрия в лице: очертание линии, окаймляющей правую половину лица, выпуклее, чем на левой стороне; подбородок уклоняется немного влево от срединной линии; передние зубы верхней и нижней челюстей имеют косвенное направление, выпячиваясь вперед. Недостает обоих серединных верхних резцов. При попытках разнять челюсти можно заметить очень незначительное разъединение (на 1 мм) только с правой стороны. Покровы лица и слизистая оболочка щек нормальны. Многие коренные зубы отчасти разрушены кариесом.

Больная представляет правильно развитый скелет и хороший подкожный жировой слой; хотя она и питается исключительно жидкой пищей в течение уже многих лет, тем не менее питание ее очень удовлетворительно. Из прошлого г-жи П. должно отметить следующие факты: на 5-м году она имела скарлатину, вследствие которой образовалась припухлость в местах сочленений нижней челюсти (впереди ушей, по словам больной); затем постепенно стало развиваться затруднение при открывании рта. На 8-м году больная была привезена в Москву, и здесь покойный проф. Б а с о в предложил постепенное раздвигание челюстей при помощи расширителя Larrey'a. Сначала удавалось раздвигание; челюсти немного разнялись; но, когда действием расширителя выломаны были резцы верхней челюсти, то пришлось оставить аппарат; с тех пор произошло полное смыкание челюстей, с которым больная и поступила в нашу клинику.

Исследовав больную и изучив обстоятельства, предшествовавшие болезни, мы сделали такое заключение: смыкание челюстей произошло вследствие страдания сочленений нижней челюсти; а страдание сочленений развилось во время скарлатины и имело, вероятно, характер synovitidis purulento-catarralis. Под влиянием этого воспалительного процесса произошло оплотнение тканей связочного аппарата и окололежащих

частей; это оплотнение и обусловливает неподвижность нижней челюсти. Ввиду такого распознавания и определения сущности анатомопатологических данных мы приступили к образованию искусственного сочленения в шейках сочленовных отростков нижней челюсти. 21/I 1881 г. мы произвели первую операцию. Слева, параллельно нижнему краю скуловой дуги, отступив от нее на 1 см, мы сделали разрез в 5 см, не доходивший до отверстия наружного слухового прохода на 1 см. Разделив общие покровы и отклонив кзади лежавшие здесь дольки околоушной железы, мы провели глубокий разрез под прямым углом к первому. Последним разрезом мы обнажили шейку processus condyloidei на пространстве 1 см; через последний разрез мы предположили обнажить шейку сочленовного отростка, отделив от него надкостницу. По необходимости пришлось ограничиться этим небольшим пространством для операции ввиду анатомической невозможности распространиться в какую-нибудь сторону далее упомянутых пределов: сзади шейки лежали внутренняя сонная артерия или собственно височная и ушно-височный нерв; в глубине под шейкой — внутренняя челюстная артерия; ниже, в поперечном направлении, — лицевой нерв и поперечная артерия лица; спереди можно было опасаться ранения ductus Stenoniani. Но, благодаря тому, что надкостница в этом месте отделяется от шейки сочленовного отростка очень легко, можно было бы обойти все анатомические трудности и обвести инструмент вокруг шейки, но только при условии нормального соотношения между частями скелета. Не то мы встретили у девицы П. слева: шейка сочленовного отростка оказалась недоразвитой, имела в длину приблизительно лишь $^1/_4$—$^1/_2$ см, так что палец, упираясь в сочленовный бугорок височной кости (tuberculum articulare) и в нижний край дуги, ощущал тут же непосредственно край полулунной вырезки сочленовного отростка (incisura semilunaris maxillae inferioris); прогалины между краем полулунной вырезки и нижним краем скуловой дуги почти не было. Ввиду такого исключительного положения мы должны были отказаться от попыток обвести инструмент вокруг шейки и ограничились тем, что помощью узкого долота разделили доступную часть сочленовного отростка на пространстве $^3/_4$ см, однакоже так, что задний корковый слой кости остался неразделенным. Мы полагали, что позднее, когда под влиянием воспаления, всосется и размягчится костная ткань, удастся легко разъединить и оставшуюся костную пластинку.

Вслед затем мы повторили ту же операцию и на правой стороне, но здесь сочленовный отросток и полулунная вырезка представляли нормальное развитие: только ткани, окружавшие сочленение, были оплотнены. После отделения надкостницы мы могли подвести цепочную пилу под шейку сочленовного отростка; шейка была перепилена; сочленовная головка вместе

с отпиленным куском шейки была удалена прочь, что легко удалось выполнить, повернув ее раза два вокруг продольной оси. Хотя цель операции и была достигнута с правой стороны вполне, но неподвижность левого сочленения поддерживала то же смыкание челюстей. Но тут представлялась уже возможность разрешить задачу, образовав разделение челюсти на продолжении ее в левой половине. Операция продолжалась довольно долго и потому мы оставили окончательное выполнение своего плана до другого раза.

Последовательное заживление ран, благодаря противогнилостному способу лечения, совершалось безлихорадочно. Но уже вечером в день операции больная стала жаловаться на боль в глазах; на другой и третий день эти жалобы продолжались. Оказалось, что больная не могла смыкать век вследствие естественной перерезки некоторых верхних ветвей лицевого нерва. Засыпая, она должна была искусственно, руками, смыкать себе веки. Это состояние почти исчезло к концу третьей недели после операции; однакоже и до сих пор еще при смыкании бровей слева остается небольшая щель (в 1 мм) между краями век.

18/II 1881 г. мы приступили к выполнению второй половины нашего плана — к образованию искусственного сочленения в левом углу нижней челюсти. Разрезом в виде опрокинутой буквы (⊔) мы обнажили угол челюсти. Так как все жевательные мышцы правой половины, за исключением наружной крыловидной, функционировали, то мы при обнажении угла нижней челюсти слева не особенно заботились о полном сохранении мышц — жевательной (masseter) и внутренней крыловидной (pterigoideus internus); тем не менее мы все-таки щадили прикрепления их, насколько это было возможно. Распилив челюсть на высоте левого угла ее, мы вырезали кусок восходящего отрезка в 1 см ширины. Больная, очнувшись после прекращения хлороформирования, тут же, на операционном столе, стала произвольно размыкать и смыкать челюсти. Разделение нижней челюсти было выполнено поднадкостнично, причем ни капли крови не попало в рот. Вероятно, отсутствие сообщения между раной и полостью рта было причиной того, что и после этой операции заживление протекало безлихорадочно, разумеется, при строгом применении противогнилостной повязки.

Вторая операция оставила следы в виде паралича в области разветвления нижних ветвей лицевого нерва: нижняя губа у больной стягивается вправо, вследствие чего при разговоре рот искривляется тоже вправо. Параличные явления в области век почти исчезли к концу третьей недели после операции. Будет ли тоже самое и с нижней губой?

II. Перехожу к описанию второго случая смыкания челюстей.

Будычев Петр, 24 лет, крестьянин Орловской губернии, представляет совершенное смыкание челюстей. Надломлены коронки 3 верхних резцов; слева недостает вторых коренных зубов верхней и нижней челюстей. Нижняя челюсть слабо развита, так что лицо больного представляется миниатюрным для его лет. По переднему краю правой грудино-ключично-сосковой мышцы замечается продольный рубец сантиметра в 4 длиной; он находится на высоте щитовидного хряща; другой рубец, поперечный, в 5 см длины, находится на макушке головы, при соединении теменных костей с затылочной. При самых настоятельных попытках разнять челюсти не замечается никакого разъединения; только жевательные мышцы (masseteres) сильно напрягаются. Скелет развит довольно хорошо; мышцы вообще слабы; подкожная жировая клетчатка недостаточно развита. Будычев имел здоровых родителей. На 12-м году он получил удар по голове тяжелым бревном, упавшим с крыши; больной сидел в это время у открытого окна, просунув голову наружу, и удар пришелся сверху вниз, т. е. в направлении смыкания челюстей. После этого удара последовала потеря сознания, длившаяся, впрочем, короткое время (неизвестно, сколько именно), затем развилась какая-то болезнь, продолжавшаяся 4 месяца. На 5-м месяце после удара бревном замечена была припухлость около ушей — вероятно, synovitis traumatica, а вслед за тем стало сводить челюсти. В 1874 г. в Киеве сделаны были попытки разнять челюсти, но безуспешно; тогда же вырвали больному снова вторые коренные зубы верхней и нижней челюстей, чтобы дать ему возможность питаться по крайней мере жидкой пищей. В 1878 г. проф. Басовым в здешней факультетской клинике сделано было разделение нижней челюсти с обеих сторон по способу Dieffenbach'a: помощью долота, приставленного из полости рта, была разбита челюсть в месте соединения горизонтальной ее части с восходящим отростком. После этой операции больной мог раскрыть рот довольно свободно, но только в течение нескольких недель: после операции развилось гнойное воспаление, давшее обширные гнойные затеки на шее; когда же прекратилось нагноение, то снова обнаружилось полное смыкание челюстей после того, как образовались костные мозоли в местах изломов.

Очевидно было, что у Будычева анкилоз нижней челюсти произошел вследствие страдания сочленений, развившегося вслед за травматическим повреждением. Удар по голове тяжелым бревном вызвал воспаление в обоих сочленениях нижней челюсти: оно произошло вследствие надрывов в сумочной связке, а, может быть, даже и вследствие ушиба и размятия костной ткани сочленовного отростка нижней челюсти или сочленовной впадины височной кости. Воспаление это, обнаружившееся объективно припухлостью впереди ушей, вызвало

оплотнение сумочной связки, а, может быть, произвело и костные спайки, под влиянием которых сомкнувшиеся челюсти оставались неподвижными в течение 12 лет. На основании такого заключения, при совершенном отсутствии каких-либо изменений на слизистой оболочке щек или в жевательных мышцах, мы и в данном случае решились образовать искусственные сочленения в шейках сочленовных отростков нижней челюсти.

14/I 1881 г. мы обнажили шейку сочленовного отростка нижней челюсти слева, а потом справа; в обоих местах найдено описанное уже недоразвитие сочленовного отростка, вследствие чего мы и ограничились тем, что помощью узкого долота разделили шейку приблизительно на пространстве 1 см, но так, что задний корковый слой кости остался неразделенным. Поступая таким образом, мы предполагали, что недели через три, когда в кости разовьется воспаление, можно будет разломить выдолбленные шейки и разнять таким образом челюсти. Предположение наше не оправдалось: попытка разнять челюсти через три недели после операции не удалась.

Из рассказа Будычева мы узнали, что после диффенбаховского разделения нижней челюсти, произведенного покойным проф. Басовым в 1878 г., он мог совершать произвольные движения размыкания и смыкания нижней челюсти. Естественно можно было заключить, что при исключении половины жевательных мышц помощью собственно жевательных (masseteres) и внутренних крыловидных мышц (pterygoidei interni) отправления нижней челюсти должны совершаться довольно удовлетворительно. Действительно, при диффенбаховском разъединении нижней челюсти разлом пришелся выше и вне места прикрепления к нижней челюсти упомянутых мышц. Руководимые подобным соображением, мы решились образовать искусственные сочленения в нижней челюсти непосредственно над ее углами, следовательно, выше прикрепления мышц. Но образование таких сочленений мы решились произвести иначе, обнажая кости снаружи и сзади. Помощью углового сечения, соответствовавшего очертанию угла нижней челюсти, мы обнажили кости. Не разрушая мышечных прикреплений у угла нижней челюсти, мы отделили поднадкостнично все мягкие части в нижней половине восходящего отростка нижней челюсти: отростки были перепилены с обеих сторон; перепил пришелся непосредственно над углом нижней челюсти и касался только одного восходящего ее отростка. После распила из каждого восходящего отростка иссечено было по куску кости в 1 см шириной. Во время операции не наблюдалось кровотечения в полости рта; следовательно, целость слизистой оболочки не была нарушена. После окончания операции больной мог произвольно раздвигать и сжимать челюсти.

Если эти движения совершаются не довольно смело, быстро и энергично, то это зависит, с одной стороны, от болезненности, обусловливаемой свежей еще раной, а с другой — от действия только одной пары жевательных мышц.

Анатомопатологические факты, подмеченные нами в описанных 2 случаях анкилоза нижней челюсти, дают нам право высказывать следующие положения:

1) При анкилозе нижней челюсти, развившемся вследствие страдания одного или обоих сочленений, всего выгоднее образовать искусственные сочленения в шейках сочленовных отростков нижней челюсти.

2) Искусственное сочленение в шейке сочленовного отростка легко образовать в тех случаях, когда сочленовный анкилоз нижней челюсти развился в более поздние годы.

3) При развитии же сочленовного анкилоза нижней челюсти в раннем детстве всегда, вероятно, приостанавливается и развитие сочленовного отростка (processus condyloideus): в таком случае разделение шейки представляется весьма затруднительным, но не невозможным. Отделив тщательно надкостницу от шейки сочленовного отростка, нужно подвести под последнюю металлическую пластинку для того, чтобы защитить внутреннюю челюстную артерию; тогда помощью узкого долота можно разделить всю толщу шейки сочленовного отростка и даже венечный отросток.

4) При невозможности выполнить предыдущую операцию следует рассекать восходящие отростки нижней челюсти непосредственно над углами ее. Простого разделения отростка недостаточно для образования обеспеченного искусственного сочленения: всегда нужно соединять разделение с удалением куска кости приблизительно в 1 см толщиной.

ПОЛНЫЙ ВЫВИХ ТАРАННОЙ КОСТИ. ИССЕЧЕНИЕ ЕЕ [26]

Таранная кость не замыкает свода стопы, а насажена в верхней части его и назначена для принятия сочленовной поверхности костей голени. Поэтому извлечением таранной кости не разрушится свод стопы; и если изменяются условия соединения между стопой и костями голени, то все-таки стопа удерживает свое сводообразное строение. Таранная кость заложена между 4 костями, а именно: между обеими костями голени, пяточной и ладьевидной. Соединенная с ними помощью сумочных связок, таранная кость имеет еще и крепкие, прибавочные, волокнистые связки, не считая тех соединений, которые образуются на местах расположения прилегающих мышечных сухожилий. Таким образом, мы видим, что таранная кость заложена очень прочно и, представляя сравнительно малые поверхности для действия на нее непосредственных травматических влияний, может быть выталкиваема из своего положения только влиянием посредственно действующих причин. Указать эти причины и объяснить подробности самого механизма их действия — задача весьма трудная, для разрешения которой мы не имеем точных и основательно собранных клинических данных. Нужно полагать, что сначала происходит вывих в голено-таранном сочленении кпереди или кзади, а затем уже, под влиянием продолжающегося насилия, поворачивается бабка (astragalus) вокруг своей поперечной или стреловидной (продольной, спереди назад) оси, и происходит, таким образом, полный вывих таранной кости (luxatio astragali completa). Hancock собрал 109 случаев подобного вывиха, а Broca, дополнив эту цифру, представил уже 130 случаев, из которых в 68 были осложнения разрывом кожи. Pitha*, систематизируя различные случаи вывихов таранной кости, допускает 6 видов смещений ее: вправо, влево, вверх, вниз, вперед и назад. Едва ли возможно в действительности такое простое и одинаково повторяющееся явление.

* *Pitha's* Krankheiten der Extremitäten. *Pitha* und *Billroth's* Chirurgie, т. IV, отд. I, стр. 329 и 330.

Вывих может происходить только под влиянием сильно действующих причин, которые вызывают целый ряд других расстройств и в том числе повертывание уже смещенной бабки по направлению той или другой ее оси: таким образом получаются сложные картины, которые не могут быть включаемы в рамки схемы, предложенной Pitha. Malgaigne называет полный вывих бабки двойным вывихом. Но это неточно: полный вывих бабки происходит при смещении собственно в четырех сочленовных поверхностях—большеберцовой, малоберцовой, пяточной и ладьевидной костей. При полном вывихе бабки должно произойти почти полное разъединение этой кости от окружающих ее частей, вследствие чего наблюдается иногда омертвение вывихнутой таранной кости. Кроме совершенного функционального расстройства и омертвения смещенной таранной кости, при вывихе ее наблюдали также и омертвение всей стопы, смерть от столбняка и пр. Имея в виду подобные исходы, Hamilton * ставит такое положение: «При простом вывихе таранной кости должно делать немедленно вправление; если же оно не удается, то прибегать к выпиливанию голеностопного сустава (resectio) или к ампутации голени».

В сентябре 1880 г. в факультетскую клинику Московского университета поступил г. Иванов, 34 лет, уроженец Херсонской губернии. Общее состояние здоровья очень хорошее, но больной не может ступить на левую ногу в течение нескольких месяцев. Он, видимо, оберегает левую нижнюю конечность, опасается прикоснуться к ней. Левая стопа представляется в положении подошвенного сгибания и отклонения кнаружи (pes valgo-equinus). Область левого голено-таранного сочленения изменена: окружность ее больше окружности правой, нормальной, области. Внутренняя лодыжка отодвинута кпереди; кзади от нее выступает припухлость, покрытая кожей нормального цвета; на припухлости этой можно определить осязанием три поверхности: внутреннюю (наибольшую), верхнюю и заднюю. Очертание наружной лодыжки изменено; естественное выстояние ее сглажено: наружная лодыжка втиснута внутрь и отодвинута кзади. Проводя пальцем по малоберцовой кости, мы получаем впечатление не прямой, а дугообразно искривленной линии, притом выпуклостью обращенной кпереди. Левая пятка приподнята. Ахиллово сухожилие на левой стороне представляет дугообразное искривление меньшего радиуса, чем на правой. Бугор ладьевидной кости прощупывается не ясно; задний бугор пяточной кости прощупывается; sustentaculum tali не прощупывается. Измерение между различными частями скелета стопы показало: 1) расстояние от оконечности внут-

* *Hamilton's* Knochenbrüche und Verrenkungen, немецкий перевод д-ра *Rose*, Göttingen, 1866, стр. 770.

ренней лодыжки до оконечности пятки на правой конечности 10, а на левой 13 см; 2) от оконечности наружной лодыжки до окраины стопы на правой конечности $6^1/_2$, а на левой $5^1/_2$ см; 3) от средины линии, соединяющей оконечности обеих лодыжек спереди, до конца большого пальца на правой конечности 19, а на левой 20 см.

Отправление голено-таранного сочленения почти совсем уничтожено: возможны только весьма ограниченные боковые движения; сгибание же и разгибание невозможны, потому что сопровождаются сильной болью в подошве, особенно близ оснований первого и второго пальцев.

2 мая прошлого года больной ехал в тележке на молодых лошадях. Лошади понесли; тележка наклонилась, и больной был выброшен в левую сторону. Во время приключения г. Иванов старался упереться ногами о переднюю стенку тележки и помнит, что при падении левая стопа его была ущемлена в углу между доской переднего сидения (для кучера) и боковой стенкой телеги. Вскоре после падения в течение полусуток образовалась в области голено-таранного сустава значительная припухлость, развитию которой не могло помешать постоянное прикладывание льда. Гипсовая повязка, наложенная через 12 часов после падения, была снята через $^1/_2$ часа вследствие сильной боли в области голено-таранного сочленения и в подошве. На совещании нескольких врачей был признан вывих (неизвестно чего?), решено было сделать попытку вправления вывиха и затем опять наложить гипсовую повязку. Эту повязку больной продержал 3 недели: подергивания в ноге и сильные боли в подошве близ оснований первого и второго пальцев заставили снять ее. Сделана была попытка наложить гипсовую повязку в третий раз, но боли в подошве не позволили продержать ее более одной недели. С тех пор до поступления в клинику больной оставался без неподвижной повязки и ходил на костылях: он искал совершенного покоя для левой стопы, потому что всякое к ней прикосновение ожесточало подошвенные боли.

Большеберцовая кость цела, прощупывается на всем протяжении; только лодыжка ее смещена кпереди, а на месте ее, сбоку голено-таранного сочленения, замечается припухлость, на которой, как сказано выше, можно определить три поверхности. Припухлость эта принадлежит скелету и, будучи прикрыта только общими покровами, может быть хорошо исследована помощью осязания. Нетрудно распознать в ней смещенную бабку. Малоберцовая кость также цела и может быть прощупана пальцами; но лодыжка ее сглажена, уклонилась кнутри и сдвинулась кзади.

А такое уклонение наружной лодыжки возможно только при условии, что бабка, к наружной поверхности которой тесно прилегает конец малоберцовой кости, отброшена в противопо-

ложную сторону. Дугообразное искривление нижней трети малоберцовой кости могло образоваться вследствие бывшего перелома ее; позднее — перелом (или точнее — infractio) малоберцовой кости сросся. Допустив, что таранная кость смещена кнутри, мы должны были допустить еще и поворачивание ее по стреловидной оси: последнее подтверждается тем, что верхняя сочленовная поверхность таранной кости обращена прямо внутрь и ясно прощупывается под пальцем. Последнее явление хорошо видно и на рисунке.

Хотя в данном случае и наблюдались явления, свойственные вывиху стопы, — удлинение передней части стопы и склонение ее кнаружи, — тем не менее, нетрудно указать признаки, которые исключали возможность вывиха только в голено-таранном сочленении.

1) При вывихе стопы вперед получается также удлинение передней ее части, но всегда можно прощупать впереди костей голени верхнюю сочленовную поверхность таранной кости. А эта поверхность в данном случае ясно прощупывалась снутри и сбоку.

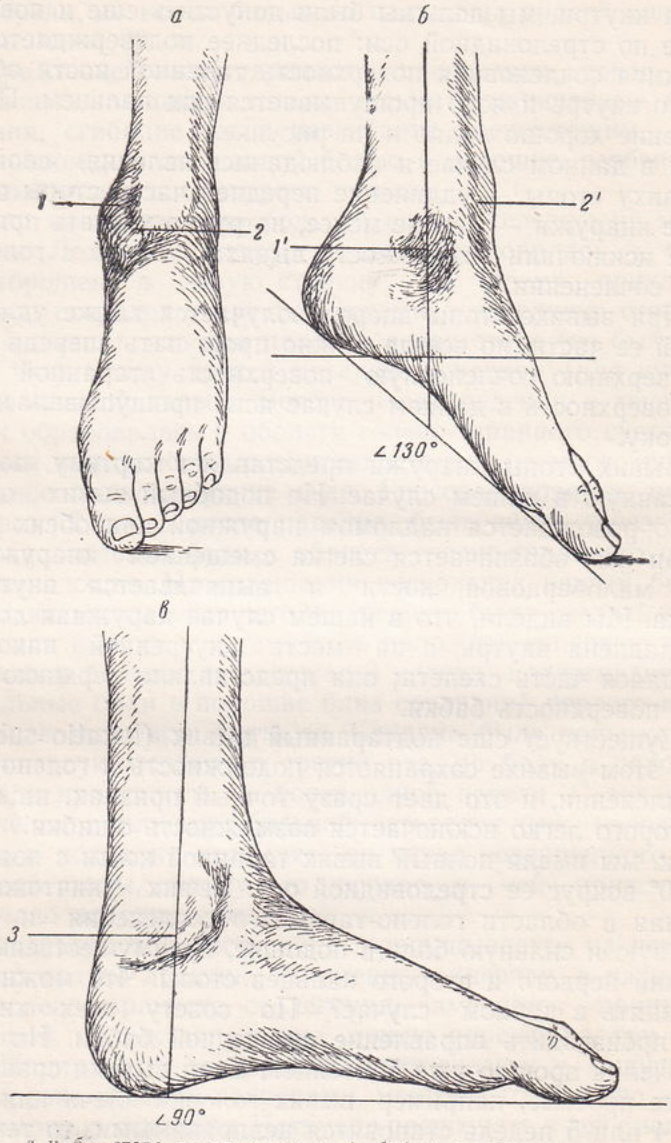
2) Вывих стопы кнаружи представляет картину, похожую на описанную в нашем случае. Но подобный вывих обыкновенно сопровождается надломом наружной или обеих лодыжек; при нем обозначается слегка смещенная кнаружи лодыжка малоберцовой кости и выпячивается внутренняя лодыжка. Мы видели, что в нашем случае наружная лодыжка была вдавлена внутрь, а на месте внутренней находилась выдающаяся часть скелета; она представляла верхнюю сочленовную поверхность бабки.

3) Существует еще подтаранный вывих (luxatio sub talo). Но при этом вывихе сохраняется подвижность в голено-таранном сочленении, и это дает сразу точный признак, на основании которого легко исключается возможность ошибки.

Итак, мы имели полный вывих таранной кости с поворотом ее на 90° вокруг ее стреловидной оси. Вывих уничтожил отправления в области голено-таранного сочленения и вызвал постоянную и сильную боль в подошве, преимущественно близ оснований первого и второго пальцев стопы. Что можно было предпринять в данном случае? По совету всех хирургов, нужно производить вправление смещенной бабки. Но со дня приключения прошло уже 5 месяцев. Если вывихи сравнительно более простые, например, вывих головки плеча или бедра, спустя 4 или 5 недель становятся невправимыми, то тем более нужно было ожидать этого при вывихе бабки. Оставалось или извлечь бабку, или же сделать отпиливание концов костей голени, чтобы получить возможность поставить стопу под прямым углом к голени.

Мы решились избрать первый путь. Продольный разрез в 8 см проведен был по заднему краю большеберцовой кости и

окончен у нижнего края смещенной таранной кости; нижняя треть его представляла дугообразное искривление, выпуклостью обращенное кпереди. К этому разрезу пришлось прибавить



а и *б* — стопа до операции. *а:* 1—бабка; *2* — внутренняя лодыжка; *б: 1'* — бабка; *2'* — внутренняя лодыжка; *в:* стопа после операции; *в: 3* — рубец после зажившей раны.

еще небольшой разрез спереди, кончавшийся близ головки смещенной таранной кости и вместе с предыдущим представляющий *1*. После разреза общих покровов обнажен был хрящ верхней сочленовной поверхности бабки. Сзади ее лежа-

ли сухожилия мышц: задней большеберцовой, общей сгибающей пальцы и сгибающей большой палец. Большеберцовый нерв, перекинутый через заднюю часть смещенной таранной кости, был сильно растянут. Помощью скребцов и крепких подъемцев удалось скоро и без большого труда освободить бабку и извлечь ее наружу.

Очертание таранной кости и все хрящевые ее поверхности сохранились вполне; но хрящевые поверхности большеберцовой кости и пяточной были одеты уже пучками соединительной ткани, соединявшейся с обращенными к ним поверхностями таранной кости. Операция была выполнена при соблюдении во всей строгости приемов противогнилостного лечения. Боль в подошве исчезла непосредственно после операции. Последовательное лечение при соблюдении противогнилостных приемов не представляло никаких особенностей; больной почти не лихорадил до окончательного заживления раны, последовавшего только 23 декабря 1880 г.

Во время операции можно было определить точнее взаимное расположение частей вследствие полного смещения таранной кости. Обнаружилось, что таранная кость, смещенная внутрь и кзади, повернулась еще на 90° по ее передне-задней оси. Она была втиснута между внутренней лодыжкой, сдвинутой кпереди, и сухожилиями мышц, расположенных сзади внутренней лодыжки; эти сухожилия вместе с артерией и задним большеберцовым нервом оттеснены были кзади. Такое смещение частей могло произойти только после разрыва внутренней кольцевидной связки. Вероятно, смещение таранной кости последовало тогда, когда ущемленная под передним сиденьем стопа находилась в положении сильнейшего вытяжения (flexio plantaris). Последовательное лечение, сопряженное с укреплением конечности в гипсовых повязках, способствовало тому, что стопа удержала свое положение под углом в 130°; она уклонялась еще и кнаружи, так что получилось положение pedis valgo-equini. Это положение допускало пассивные сгибания и разгибание стопы в пределах угла 3° или 4°, причем всякий раз вызывалась нестерпимая боль в подошве близ основания первого и второго пальцев.

Когда после операции кончилось заживление раны, стопа представляла с голенью прямой угол; больной мог стать на подошву. В голено-таранном сочленении можно было определить подвижность в направлении сгибания и разгибания в пределах угла не более 5°. Разовьется ли бóльшая степень подвижности на месте бывшего голено-таранного сочленения? Если и не разовьется, то положение стопы под прямым углом дает полную возможность наступать всей подошвой. С течением времени разовьется, полагаем, подвижность в сочленениях Chopart'овой линии, и это весьма существенно облегчит походку.

ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ НА СТОПЕ ПО СПОСОБУ ВЛАДИМИРОВА [27]

1881 г. в Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, B. XXVI, S. 494 описана была новая остеопластическая операция на стопе. Сущность операции состоит в том, что передняя часть стопы насаживается на распил нижнего конца костей голени так, что тыльная поверхность стопы составляет продолжение по прямой линии передней поверхности голени. После заживления раны больной ходит, наступая на головки предплюсневых костей при сильном тыльном сгибании пальцев стопы. Удачный исход операции вызывает вопросы о целесообразности ее, праве гражданства в оперативной хирургии, наконец о тех патологических процессах, которые должны служить показаниями для ее применения.

Случайные ранения и язвенные поверхности иногда трудно рубцуются потому, что находятся в условиях неблагоприятного анатомического положения; так, например, поперечная рана на разгибательной поверхности колена заживет тогда только, когда временно будет устранено сгибание в колене. Язвенная поверхность на подошвенной стороне стопы не рубцуется иногда в течение многих лет, пока больной ходит; известно, как упорно противятся заживлению язвенные поверхности, образующиеся в передней части культи стопы после частичного ее омертвения или и после частичного отнятия стопы, если лоскут, предназначаемый для прикрытия культи, не представляет достаточной длины; — если и образуется рубец в последнем случае, то при попытках наступать на культю он легко и скоро снова изъязвляется. Одно из таких, анатомически для заживления грануляционных поверхностей неудобных мест представляет пяточная область.

Грануляционная поверхность, покрывающая пятку, подвергается постоянному давлению, если больной наступает всей подошвой; а в том случае, когда он для устранения давления на грануляционную поверхность наступает только на переднюю часть стопы, инстинктивно приводя свою стопу в положение сильнейшего подошвенного сгибания (pes equinus) — все-

таки грануляционная поверхность пятки испытывает постоянное растяжение, препятствующее окончательному рубцеванию. Пока не уничтожена подвижность в голеностопном сочленении, это растяжение будет повторяться беспрерывно: нужно предположить полное уничтожение подвижности сочленения (ankylosis completa), — тогда только перестанет существовать условие растяжения грануляционной поверхности и станет возможным рубцевание.

А между тем случайные ранения в задней части подошвы, в пяточной области, встречаются не особенно редко; встречаются здесь и язвенные процессы, обнимающие одни покровы или находящиеся в зависимости от страдания пяточной кости. Один из частых видов поражения костей стопы — бугорчатое воспаление, нередко поражает только одну или только две или три плюсневые кости, причем остальные части скелета стопы остаются совершенно нормальными. Бугорчатое поражение пяточной кости как местный процесс встречается в возрасте уже зрелом. Мы имели возможность наблюдать однажды развитие центральной костной саркомы в одной пяточной кости у мужчины лет под 40. Возьмем более простой из приведенных случаев. Если у больного развилось страдание одной пяточной кости или страдание пяточной и таранной, или, наконец, страдание голеностопного сочленения и если каждое из названных страданий требует оперативного вмешательства, то из всех известных нам оперативных приемов можно выбрать: частичное удаление пораженной кости, сечение стопы по способу Syme'a, остеопластическое удлинение костей голени по способу Пирогова, ампутацию голени в нижнем конце ее. За исключением первого случая, во всех других приходится жертвовать стопой, которая представляется вполне здоровой, за исключением одной или двух костей плюсны. Мы пережили время, когда производилась ампутация голени in loco electionis; показанием для такой ампутации служили, между прочим, те фиктивные удобства, которые приобретал больной, отдав для отсечения лишнюю по его мнению часть конечности; она препятствовала носить без помехи деревяшку. Такая ампутация голени in loco electionis производилась, между прочим, и в случаях, когда больной становился калекой при незаживающей язве стопы, и преимущественно в пяточной ее части. Предложить больному при подобном условии принести в жертву здоровую относительно конечность, — это слишком много; но предложить больному возможность пользоваться собственной стопой как точкой опоры при поступи вместо деревяшки, которой он пользуется по необходимости как калека, это весьма естественно и подсказывается хирургу чувством гуманности.

Dr. Jos. Miculicz, описывая новы йспособ остеопластической операции на стопе, говорит, что давно уже занимала

его мысль о том, не было ли бы возможно иногда при названных заболеваниях сохранить переднюю здоровую часть стопы? *. Но ради исторической точности и правды считаем необходимым восстановить забытый факт. Мысль о возможности удлинения костей голени на счет здоровой части передней половины стопы принадлежит русскому врачу. В 1872 г., если не ошибаюсь, операция эта произведена была доктором Владимировым в Казани при таком же показании и по такому же способу, как описал это d-r Mikulicz; а в 1873 г. операция д-ра Владимирова, увенчавшаяся полным успехом, была предметом оживленных прений во время IV съезда русских естествоиспытателей и врачей в Казани **.

В течение настоящего академического года подобная же операция произведена была в нашей клинике. Больной, Грибов Михаил, 30 лет, поступил в клинику в следующем состоянии: на середине пяточной области правой стопы у него находилась язва 6 см длины, 4 см ширины и 3 см глубины; дно язвы было грязное, местами сального вида; края омозолелые и возвышенные. Язва начиналась на два поперечных пальца выше бугра пяточной кости и оканчивалась на подошве приблизительно у воображаемой линии, проведенной поперек стопы чрез середины кубовидной и ладьевидной костей. На дне язвы ощущалось обнажение кости; заметно было уничтожение пяточного бугра. Стопа находилась в положении подошвенного сгибания в значительной мере. Активные и пассивные движения в голеностопном сочленении были ограничены, а при попытках насильственного сгибания или разгибания в сочленении ощущался треск. Соответствующая голень представлялась опухшей; кожа на ней была пигментирована, инфильтрирована и пронизана расширенными венами.

Больной происходит от здоровых родителей. Рос и развивался здоровым ребенком. 15 лет он упал на льду и расшиб себе голову, после чего около 5 лет у него появлялись по временам боли во лбу и над бровями попеременно то на одной, то на другой стороне. 20 лет женился и имел пятерых детей, трое из которых умерли еще грудными ребятами. На 19-м году отправился в Петербург на промыслы и занимался там тяжелыми работами; он перевозил на тачке с барок кирпичи и другой строительный материал. Работая таким образом, он на второй год своего пребывания в Петербурге натер себе правую ногу около наружной лодыжки. Язва стала увеличиваться; вскоре распухла вся нога до колена. Позднее язва

* «Schon längere Zeit hatte mir nämlich die Idee vorgeschwebt, ob es nicht möglich wäre bei jenen Erkrankungen... durch eine typische Operation die vordere gesunde Hälfte des Fusses zu erhalten» (Eine neue osteoplastische Resectionsmethode am Fusse von D-r Mikulicz in B. XXVI, Langenbeck's Arch. f. klin. Chir., S. 495).

** См. Труды IV съезда русских естествоиспытателей и врачей в Казани, изд. 1874 г.

протянулась книзу на пятку и оставалась в таком виде около года. Через $1^1/_2$ года после появления язвы, за 9 лет до поступления в клинику, больной стал лечить ее царской водкой; от прикладывания царской водки язва увеличилась, стала болеть; развилось обильное нагноение и стали отделяться небольшие кусочки омертвевшей кости. В 1880 г. больной лечился в Хирургической факультетской клинике Московского университета. Выбыв из клиники не выздоровевшим, поступил затем в Петропавловскую больницу, где оставался около 4 месяцев; оставил больницу в том же состоянии, в каком находился при поступлении в нее.

Когда Грибов ходил на костылях и не ступал больной ногой, язва через несколько месяцев заживала; но как только больной начинал наступать правой стопой, язва открывалась снова. Такова печальная история больного в течение 9 лет: молодой, отлично сложенный и крепкий здоровьем Грибов был калекой и не мог пользоваться правой конечностью по причине язвы, лежавшей на пятке.

Через несколько дней после поступления в клинику у Грибова развилось воспаление лимфатических сосудов на правой голени; исходной точкой этого воспаления, разрешившегося на 4-й день, была язва пятки. Вероятно, подобные воспаления у больного часто повторялись в течение 9 лет страданий; они-то, вероятно, и оставили следы в виде пигментированных покровов голени. Больному советовали принять горизонтальное положение с приподнятием изъязвленной конечности; в таком положении, при применении давления на изъязвленную стопу, язва стала очищаться и скоро зарубцевалась. Понятно, что это рубцевание не могло быть прочным: стал бы больной ходить и язва раскрылась бы снова, — в этом имел он возможность убеждаться не один раз. Ввиду всего изложенного, мы предложили больному оперативное пособие, на которое он согласился весьма охотно, особенно когда услышал, что после операции он в состоянии будет ступать на ногу.

Операция частичного иссечения стопы по способу д-ра Владимирова (из Казани) состояла в следующем: захлороформированный больной лежал на левом боку. Проведен был поперечный разрез чрез подошву от одного ее края до другого; разрез проникал до костей и лежал между точками середины кубовидной и середины ладьевидной костей. От концов этого поперечного разреза проведены боковые разрезы до верхушек внутренней и наружной лодыжек; а от концов последних разрезов проведен был второй поперечный разрез непосредственно над пяточным бугром. Последним разрезом вскрыто было голеностопное сочленение сзади, стопа вылущена так, что на теле ее весьма осмотрительно отделены были от скелета все мягкие части без обнажения arteriae dorsalis pedis. Далее, сделано было вылущение плюсны в шопартовой

линии. Операция окончена была проведением двух распилов: один проходил через середины кубовидной и ладьевидной костей, другой — непосредственно над хрящевой поверхностью большеберцовой кости.

В полости голеностопного сочленения и в сочленениях по шопартовой линии замечались перемычки соединительной ткани между хрящевыми поверхностями костей.

Распил переднего ряда плюсневых костей прилажен был к распилу костей голени так, что тыльная поверхность стопы слилась по прямой линии с передней поверхностью голени. Два костные шва из толстой струнной нити (№ 4) соединили распилы костей; мягкие части соединены были тремя основными швами и множеством поверхностных узловатых. Рана покрыта была несколькими слоями иодоформной марли 100% содержания, а для удержания прилаженной стопы в совершенно неподвижном положении наложены были две гипсовые шины — одна по передней, другая — по задней части удлиненной голени.

Операция сделана была 13 января 1882 г. 18 января замечено было вечернее повышение температуры до 38,7°С, а на другой день температура понизилась снова до нормального уровня. С 21 января начались постоянные вечерние повышения температуры, причем по утрам она падала до 37,6°С и 37,8° С; это состояние продолжалось до 1 февраля и зависело от образования гнойника на тыле стопы близ наружного угла раны. После вскрытия гнойника температура понизилась до нормального уровня. С этих пор заживление раны протекало без всяких осложнений, и в настоящее время рубцевание ее почти законечно. В течение нескольких дней уже больной ходит, наступая на оперированную конечность.

В месте соединения двух распилов костей получилось прочное сращение; оно соответствует приблизительно положению рубца, разделяющего подошву справа налево. Взяв переднюю часть стопы в одну руку и укрепив другой рукой голень над рубцом, можно получить легкое сгибание и разгибание на уровне подошвенного рубца, повидимому. При более тщательном исследовании легко, однакоже, убедиться, что подвижность происходит на уровне соединения предплюсневых костей с плюсневыми; подвижность эта не мешает при поступи — напротив, она, полагаем, придает некоторую упругость передней половине стопы, и поступь от этого выиграет в легкости. Когда больной становится на правую нижнюю конечность, пальцы его загибаются к тылу: точкой опоры становятся головки предплюсневых костей и подошвенные поверхности пальцев. Тыльное разгибание пальцев совершается легко; это достигнуто было при ежедневном упражнении, которое начато было в то время, когда сращение в распиле костей было уже довольно прочное.

Грибов не твердо еще ступает на правую ногу, но можно надеяться, что по мере упражнения поступь его будет становиться более твердой и более уверенной. Измерение нижних конечностей показало разницу всего на 1 см. Измерение произведено было так, что на правой ноге взято расстояние между передней верхней остью подвздошной кости и периферической головкой первой предплюсневой кости (в горизонтальном положении больного), а на левой — между передней верхней остью подвздошной кости и внутренним краем подошвы на пятке. Такая ничтожная разница в длине конечностей не может мешать правильной поступи; ее можно сгладить, приподняв обувь левой ноги на 1 см. Да и едва ли придется прибегнуть к этому пособию: инстинктивно понижением соответствующей стороны таза больной уничтожит легко этот недостаток.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЭТИОЛОГИИ ШКОЛЬНОГО ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА (SCOLIOSIS HABITUALIS) [28]

Гибкий позвоночник, составленный из отдельных костных звеньев, плотно связанных между собой, предназначен для поддержания тяжести головы и верхних конечностей; он служит также для образования больших полостей грудной клетки и живота. Позвоночник не представляется прямым; он искривлен так, что в двух местах дугообразная кривизна его обращена выпуклостью кзади (спина и крестец), а в двух — кпереди (шея и поясница). Это естественное физиологическое искривление позвоночника. Новорожденный ребенок имеет прямой позвоночник, но с того времени, когда он пытается принимать отвесное положение, начинают обозначаться физиологические кривизны и становятся вполне выраженными около 7-летнего возраста. Кроме названных искривлений в полости стреловидного шва, наблюдается еще очень легкое боковое искривление позвоночника в средней спинной части его; оно обращено выпуклостью вправо. Мы не станем разбирать, насколько достоверны предположения, что боковое физиологическое искривление позвоночника происходит под влиянием преимущественного развития правого легкого, от преимущественного упражнения правой верхней конечности, от большей тяжести органов, заключенных в правой половине брюшной полости, сравнительно с левой (на 1/3) от давления начальственной артерии (B o u v i e r). Довольно заметить, что это боковое искривление отчетливо видно только у некоторых лиц; в большинстве же случаев при исследовании позвоночника у здоровых молодых людей мы не замечаем ни малейшего уклонения линии остистых отростков от прямого отвесного направления. Боковое искривление позвоночника — scoliosis habitualis — встречается преимущественно в виде правой боковой кривизны; следовательно, мы видим, что это патологическое искривление позвоночника является как бы выражением дальнейшего уклонения физиологической нормы.

Благодаря гибкости позвоночника, центр тяжести тела легко перемещается при различных положениях. Всего нагляднее видно это в образовании боковых искривлений позвоночника, например, при укорочении одной из нижних конечностей, или в образовании чрезмерной передней выпуклости в поясничной части позвоночника, когда при анкилозе тазобедренного сустава в некоторых случаях получается сильное склонение таза. При таком боковом или передне-заднем искривлении позвоночника получается только преходящая кривизна; она исчезает бесследно после уничтожения условий, вызвавших ее образование. Так, восстановив помощью протеза равномерную длину нижних конечностей, мы мгновенно уничтожаем и боковое искривление позвоночника. Это scoliosis statica. Ее необходимо отличать от установившихся, фиксированных искривлений позвоночника. Последние развиваются на почве органических расстройств тканей позвоночника и грудной клетки. Кроме искривлений позвоночника, развивающихся вследствие воспаления и последовательного разрушения позвонков, бывают еще искривления, неизбежно развивающиеся под влиянием изменения грудной клетки. Так, вслед за гнойным воспалением подреберной плевы наступают спадение легкого, рубцовое стягивание на внутренней поверхности грудной клетки, смещение органов грудной и брюшной полостей и неизбежное затем боковое искривление позвоночника.

Все подобные боковые искривления позвоночника встречаются сравнительно редко; они распределяются равномерно между мужчинами и женщинами, поражают более или менее равномерно и сельское, и городское население. То же искривление, которое мы имеем в виду, — scoliosis habitualis, — встречается сравнительно с другими очень часто; оно появляется всегда в известной, резко выраженной форме, типически повторяясь. Приведу известные уже факты с целью ярче выставить ту сторону явлений, которая будет существенной темой наших дальнейших рассуждений. Scoliosis habitualis обнаруживается в детском возрасте и начинает развиваться обыкновенно после 7 лет; появление ее совпадает, следовательно, со временем появления физиологических кривизн позвоночника. Школьное боковое искривление позвоночника, так будем называть его, у девочек наблюдается гораздо чаще, чем у мальчиков; далее у детей городских, более или менее достаточных, обывателей — чаще, чем у детей деревенских жителей. Говорят, что у негров scoliosis habitualis не встречается вовсе *. Если этот факт верен, то он подтверждает, что scoliosis habitualis есть патологическое состояние, развивающееся при условиях культурной жизни, в больших городах, обитатели которых живут не гигиенически, на сравнительно

* *Saint-Germain*, Chirurgie orthopedie, Paris, 1883, стр. 330.

ограниченных пространствах. Факт этот, по нашему мнению, следует понимать так, что отсутствие scolioseos habitualis у негров зависит не от расовых свойств племени, а от тех условий жизни, среди которых живет это племя: негры не пользуются еще плодами культуры европейских народов. Мне сдается, что подобному же объяснению подлежит и тот факт, что scoliosis habitualis очень редко наблюдается среди нашего деревенского населения сравнительно с населением городским; по меньшей мере мы защищаем это положение относительно деревенского населения великорусских губерний.

Этиология и патологическая анатомия должны лежать в основе терапии: чем более и чем основательнее изучаются этиология и патологическая анатомия болезни, тем яснее становятся и задачи терапии. В течение последних 10 лет боковые искривления позвоночника сделались предметом особого внимания хирургов, которые стали усердно заниматься их лечением. А далеко ли то время, когда врач, сознавая бессилие своих средств, отклонял от себя всякое участие в лечении несчастных больных и не трогал горбатых, предоставляя (выражаясь словами народной поговорки) могиле исправлять их недостаток. Врачи начали обращать внимание на лечение боковых искривлений позвоночника только с тех пор, как стала разрабатываться патологическая анатомия болезненного процесса, лежащего в основе этого недуга. Изучение анатомопатологических явлений отдельных сколиотических позвонков показывает, что они изменены в своем анатомическом очертании; эти изменения очень резко выражены при сильных степенях искривления в спинной части позвоночника, от III до VIII позвонка. Позвонки сколиотиков, наиболее измененные, представляют неравномерное развитие правой и левой сторон: правая половина позвонка, соответствующая выпуклости искривления, менее подвергается сдавливанию, чем левая, соответствующая вогнутости; вследствие этого правая половина тела позвонка представляет бóльшую толщину, чем левая, — позвонок асимметричен. Все другие изменения — в дужке позвонка, в поперечном его отростке и ребрах — составляют только неизбежные последствия первичного изменения в теле позвонка. Отодвинутый кзади, поперечный отросток правой стороны позвонка соответствует сильному выпячиванию реберного угла и образованию реберной выпуклости справа.

Прежде чем перейти к изложению фактических данных, собранных нами для дальнейшего разъяснения этиологии боковых искривлений позвоночника, бросим беглый взгляд на существующие теории, предложенные для объяснения причин развития scoliosis. Уже в отдаленное от нас время врачи думали, что искривления позвоночника происходят вследствие первичных страданий в позвонках. Для одних эти первичные страдания состояли из особых изменений в сочленениях, при

которых происходило будто бы что-то вроде вывиха позвонков (curvatura arthrogenea), для других они состояли из поражения самого скелета позвонков, которые теряли естественное свое очертание (curvatura osteogenea). Теории эти стал опровергать Delpech, предложивший взамен их теорию мышечного первичного заболевания (curvatura myogenea). Последняя теория была принята и поддержана Dieffenbach и Strohmeyer. Авторитет этих имен в науке был причиной тому, что теория мышечного первичного заболевания нашла себе последователей и получила дальнейшие толкования. Так, одни полагали, что под влиянием каких-то неизвестных причин развивается ослабление или параличное состояние мышц одной половины спины; антагонисты этих мышц на противоположной стороне сокращаются, и получается боковое искривление позвоночника. Другие стали допускать первичное сокращение мышц и непосредственно следующее за ним искривление позвоночника. Горячим последователем второго толкования явился во Франции Jules Guérin. Он дошел в своем увлечении до того, что для лечения искривлений позвоночника стал производить сечение чуть ли не всех мышц спины; рассекались подкожно мышцы и на выпуклой, и на вогнутой сторонах искривленного позвоночника. Только статистические работы Malgaigne, показавшие, что после сечения мышц не только не получалось улучшения, а, напротив, в некоторых случаях даже ухудшение, положили предел дальнейшему увлечению тено- и миотомиями. С этих пор стали обращать внимание на анатомопатологические изменения в позвоночнике и вообще перешли из области гадательных положений на почву положительных научных фактов. Lorinser, кажется, первый обратил внимание на анатомопатологические изменения в строении позвонков in scoliosi; Bühring и Schildbach указывали на значение неравномерного давления при образовании scolioseos. Они допускали, что при существовании известного предрасположения в организме неравномерно распределенное давление на отдельные части позвонков должно вызвать искривление позвоночника. Volkmann показал, что scoliosis есть патологическое состояние, находящееся в связи с расстройством роста скелета; оно развивается при тех же самых условиях, при которых развиваются и искривления нижних конечностей в колене и стопе. Работа Mikulicza * о ближайших причинах образования genu valgi показала очевиднейшим образом, какое значение в развитии обезображения известных частей скелета имеет нарушение правильности физиологического роста кости. Эта работа положила твердые основания для объяснения причин образования искривлений колена (genu valgum, genu varum); она же дает доказательства и

* Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, т. XXIII.

тому, что и другие искривления в скелете, происходящие в периоде роста его, находятся в прямой зависимости от нарушения физиологических условий правильного образования отдельных частей костяка. Боковые искривления позвоночника в виде школьной кривизны (scoliosis habitualis) начинают обнаруживаться после 7 лет. Второй период развития зубов, наступающий с 7-летнего возраста, характеризуется усиленным ростом скелета: в это время происходит деятельное развитие клеточных элементов в межуточных хрящах костей; и если параллельно этому деятельному развитию не совершается окостенения хрящевых элементов, то получаются условия неправильного роста скелета, причем неравномерно распределенное на эти части скелета давление может вызвать изменения в их очертании. В периоде юношеского возраста (от 11 до 14 лет) наблюдается снова более энергичный рост скелета. Рост детей в этом периоде увеличивается иногда очень быстро, как бы вдруг; всего чаще наблюдается это после лихорадочных болезней, например, после тифа. Совершенно одинаковые условия нарушают правильный рост костей и в этом периоде развития — обнаруживается сравнительное размягчение скелета, предрасполагающее его к образованию искривлений.

Итак, развитию школьной кривизны позвоночника должно предшествовать известное предрасположение, состоящее в нарушении естественных физиологических условий правильного роста скелета. Без этого предрасположения не может развиваться школьная кривизна позвоночника. Достоверность последнего положения подтверждает scoliosis statica, обнаруживающаяся при разных условиях перемещения центра тяжести тела, например, хотя бы при неравномерной длине нижних конечностей. Scoliosis statica может появиться во всякое время — и в детстве, и в зрелом возрасте; в обоих случаях она получает значение временного явления, исчезающего вместе с устранением причины, его непосредственно вызвавшей. Если scoliosis statica под влиянием случайно происшедшего укорочения одной конечности появляется, например, в 7-летнем возрасте, то она может существовать до позднего возраста и легко устраняется при посредстве протеза, если в организме нет предрасположения к образованию искривления костей. Положение это остается неизменным в большинстве случаев даже и тогда, когда действие этиологических условий, под влиянием которых вызываются искривления позвоночника, суммируется и достигает крайнего напряжения. Следовательно, для образования в позвонках тех анатомопатологических изменений, под влиянием которых происходит искривление позвоночника, необходимо допустить участие двух факторов: а) предрасположения в позвонках в зависимости от нарушения условий правильного роста и развития их и б) действия целого ряда причин, вызывающих не-

равномерное давление на эти позвонки. Суммированное влияние последних, производя давление на размягченные позвонки постоянно в одном только направлении, вызывает изменение естественного очертания позвонков. Нет оснований вводить гипотезу о приостановленном развитии позвонков, причем одна половина остается будто бы на степени развития позвонка в детском возрасте, другая же достигает развития позвонка у взрослого человека. Где причины, под влиянием которых происходит такая приостановка развития скелета? Hüter говорит, что упомянутое изменение в позвонках, т. е. недоразвитие их, стоит в связи с нарушением правильного роста ребер *. Ребра выпячиваются в задних своих частях, производят давление на поперечные отростки позвонков; под влиянием этого давления приостанавливается развитие позвонка. Но почему происходит расстройство в развитии преимущественно ребер правой стороны грудной клетки? Почему при существовании резко выраженных изменений в ребрах, при рахитическом процессе, когда обнаруживается боковое сплюснутие грудной клетки и значительное изменение емкости ее, не происходит тех изменений в позвонках, которые Hüter считает выражением недоразвития их in scoliosi habituali? На эти и многие другие вопросы мы не находим ответа в книге Hüter.

В числе случайных причин, под влиянием которых, при существующем предрасположении, развивается боковое искривление позвоночника, немаловажное значение имеет факт неравномерной длины нижних конечностей. В течение последнего академического года мы измеряли нижние конечности у всех больных, представлявших школьное искривление позвоночника. Измерение производилось по рубрикам, показанным в прилагаемой таблице.

Длина всей нижней конечности определялась расстоянием от передне-верхней ости подвздошной кости до конца наружной лодыжки; длина бедра — от верхушки большого вертела до головки малоберцовой кости; длина голени — от внутренней межсуставной щели колена до конца внутренней лодыжки. Всех измеренных больных было 17. Разница в длине конечностей колебалась от 1 до 3 см. В числе исследованных больных было 14 девушек и только 3 мальчика. У этих 17 больных 11 раз найден был pes planus s. plano-valgus. При неравномерной длине нижних конечностей правое бедро длиннее левого оказалось 11 раз; правая голень длиннее левой — 12 раз; при неравномерной длине нижних конечностей разница замечена была одновременно в бедре и голени 8 раз. В табл. 1 не включены 4 случая, в которых не было замечено разницы в длине конечностей, или разница эта выражалась сомнительной цифрой

* *Hüter*, Klinik der Gelenkkrankheit., III.

ТАБЛИЦА 1

№ п/п	Фамилия, имя	Пол	Возраст	Позвоночник	Длина нижней конечности		Длина бедер		Длина голеней		Замечания
					правой	левой	правого	левого	правой	левой	
1	Ольга В. . . .	ж.	13 л.	Scoliosis dors. d.	74 см	71 см	39 см	36 см	32 см	32 см	Paralysis infantilis левой нижней конечности. Pes plano-valgus sin.
2	Рашель К. . .	ж.	18 „	Scoliosis habit. d.	91 1/2 „	91 „	49 „	49 „	40 „	40 „	Pes planus uterque
3	Лидия А. . .	ж.	8 „	Scoliosis d. I gr.	67 1/2 „	66 „	35 „	34 „	28 1/2 „	28 1/2 „	Genua valga в слабой степени
4	Алексей Ч. . .	м.	11 „	Scoliosis lumbalis sin.	68 1/2 „	67 „	36 „	35 „	26 „	26 „	Pes valgus uterque. Дополнит. кривизна в спинной части позвоночника очень слабо выражена
5	Дмитрий П. . .	м.	11 „	Scoliosis sin. I gr.	72 „	69 „	36 1/2 „	35 „	29 „	28 1/2 „	
6	Ч-на	ж.	12 „	Scoliosis habit. d.	85 1/2 „	84 „	45 „	44 „	36 1/2 „	36 „	Genu valgum utrumque до образования между голенями угла в 20°
7	Г-ва	ж.	16 „	Scoliosis habit. d.	83 „	82 „	42 1/2 „	42 „	34 „	33 1/2 „	Pes planus uterque
8	Мария О. . .	ж.	9 „	Scoliosis habit. d. I gr.	77 „	75 1/2 „	39 „	39 „	33 1/2 „	32 1/2 „	

9	Елизавета М.	ж.	14 „	Scoliosis habit. d. II gr.	86 „	84 „	44 1/2 „	43 1/2 „	36 1/2 „	35 1/2 „	Pes planus uterque. Значительное вдавление грудной кости. Rhachitis в раннем детстве
10	А-в	м.	22 „	Scoliosis habit. d. II gr.	92 1/2 „	92 „	46 „	46 „	38 1/2 „	38 1/2 „	Pes plano-valgus uterque
11	Елизавета Ч.	ж.	13 „	Scoliosis habit. d II gr.	87 ½ „	85 „	46 „	45 „	34 1/2 „	33 1/2 „	Pes plano-valgus uterque
12	Ж-ва	ж.	14 „	Scoliosis habit. d. II gr.	85 „	83 1/2 „	43 „	42 1/2 „	36 „	35 „	Pes planus uterque
13	З-я	ж.	11 „	Scoliosis habit. d. I gr.	79 1/2 „	78 „	42 „	41 1/2 „	32 „	31 1/2 „	
14	Любовь П. . .	ж.	10 „	Scoliosis d. I gr.	78 „	76 „	39 „	39 „	32 1/2 „	31 „	Pes planus uterque слабо выраженный
15	Мария З. . .	ж.	13 „	Scoliosis habit. d. II gr.	79 „	78 „	39 „	39 „	31 „	30 „	Pes planus uterque, на правой стопе выражен сильнее. Genu varum utrumque
16	Гр.	ж.	12 „	Scoliosis habit. d. II gr.	66 1/2 „	65 „	33 „	32 1/2 „	27 „	26 „	Pes planus uterque. Очень значительно выражена дополнит. (левосторонняя) кривизна в шейной части позвоночника. Очень плохо развитой ребенок
17	Княжна Г. . .	ж.	12 „	Scoliosis habit. d. I gr.	79 „	77 „	40 „	40 „	34 „	33 1/2 „	

в $^1/_2$ см, которая не могла быть принята в расчет ввиду невозможности производить подобные измерения с математической точностью.

Для проверки полученных выводов мы прибегли к следующему контрольному приему: у 19 молодых людей, слушателей нашей аудитории, имевших совершенно правильное строение позвоночника, мы произвели измерение нижних конечностей по таким же рубрикам (табл. 2).

Полученные выводы показали: 14 раз обе нижние конечности были одинаковой длины. Правая нижняя конечность оказалась длиннее левой один раз, левая нижняя конечность длиннее правой 4 раза. Для контрольных измерений случаи, разумеется, не подбирались, а взяты были измерения у тех молодых людей, которые изъявили согласие подвергнуться исследованию. Из табл. 1 видно, что у всех больных удлинение было в правой нижней конечности; из табл. 2 видно, что удлинение в правой нижней конечности было только один раз, а в левой — 4 раза. Несмотря на это, во всех 19 случаях табл. 2 позвоночник найден был совершенно прямым. Едва ли можно сомневаться в том, что развитие школьной кривизны позвоночника и сравнительное удлинение правой нижней конечности находятся между собой в этиологической зависимости. Факт довольно частого повторения неравномерности нижних конечностей не подлежит оспариванию. Но неравномерность эта сама по себе не может вызвать образования школьной кривизны позвоночника; очень часто при ней наблюдается временное искривление позвоночника (scoliosis statica), исчезающее с восстановлением равномерности конечностей при помощи протеза. Развитие же школьной кривизны позвоночника становится возможным только при существовании предрасположения, при нарушении условий правильного роста и развития скелета. Доказывается это анатомопатологическими изменениями скелета вообще и резко обозначенным нарушением естественной анатомической формы тех позвонков, которые находятся в месте наиболее выраженного дугового искривления позвоночника. В тех местах, где, например, правосторонняя кривизна спинной части повоночника переходит в левостороннюю кривизну поясничной части позвоночника, позвонки удерживают естественное свое очертание. Эти места можно назвать нейтральными; в них позвонки подвергаются равномерному сдавливанию. Еще более веское доказательство выраженного положения о существовании предрасположения мы видим в том, что рядом с искривлениями позвоночника находим и другие обезображения костяка, которые теперь бесспорно признаются за выражение расстроенного роста и развития скелета, как-то: genu vaigum, pes planus, pes plano-valgus и др. Последние явления найдены нами в $^2/_3$ всех исследованных случаев, как это видно из

ТАБЛИЦА 2

№ п/п	Фамилия, имя	Лета	Рост	Длина нижних конечностей		Длина бедер		Длина голеней	
				правой	левой	правого	левого	правой	левой
1	Д. Гордон	20	165 см	96 см	94 см	38 см	37 см	44 см	43 см
2	С. Картамышев	22	172 »	90 »	92 »	47 »	48 »	40 »	39 »
3	А. Брюзгин	23	158 »	86 »	85 »	39 »	38 »	38 »	38½ »
4	П. Тихомиров	24	171 »	91 »	91 »	40½ »	40½ »	39 »	39 »
5	М. Асеев	24	180 »	94 »	94 »	42 »	42 »	39 »	39 »
6	В. Павпертов	24	188 »	94½ »	95½ »	42½ »	42 »	40 »	40 »
7	В. Коняев	22	181 »	94½ »	94½ »	46 »	47 »	39 »	40 »
8	Н. Чистяков	23	173 »	86 »	87½ »	43 »	43½ »	37 »	37 »
9	В. Паросковский	25	180 »	92 »	92 »	48 »	48 »	38 »	38 »
10	А. Богунов	24	176 »	94 »	94 »	47 »	46½ »	39½ »	39½ »
11	Андриасов	25	171 »	86 »	86 »	44 »	44 »	38 »	38 »
12	А. Рекашев	24	170½ »	93 »	93 »	42 »	42 »	39½ »	39½ »
13	А. Вигрен	24	178 »	96 »	96 »	43 »	43 »	42 »	42 »
14	И. Климентов	23	179 »	99 »	99 »	45 »	45 »	43 »	43 »
15	И. Лотов	23	174 »	90 »	91 »	45 »	44 »	39 »	40 »
16	И. Могилев	24	172½ »	90½ »	90½ »	44 »	44 »	38½ »	38½ »
17	И. Лубяных	23	167 »	84 »	84 »	46 »	46 »	39 »	39 »
18	С. Геппенер	26	172 »	90 »	90 »	43 »	43 »	40 »	40 »
19	В. Веняровский	24	161 »	97 »	97 »	48 »	48 »	43 »	43 »

табл. 1. Наблюдается иногда, что одиночная левосторонняя кривизна позвоночника, появляющаяся с раннего детства у детей, страдающих английской болезнью, в юношеском возрасте переходит постепенно в школьную кривизну (scoliosis habitualis classica), т. е. в поясничной части позвоночника остается левая кривизна, переходящая в спинной части в кривизну правую; иногда полученные две кривизны дополняются еще третьей (левосторонней) в шейной части. Левосторонняя рахитическая кривизна позвоночника может оставаться без перемены в течение дальнейшей жизни человека. Когда же замечается на почве ее образование школьной кривизны, то это становится возможным только при известном предрасположении или размягчении позвонков, т. е. в данном случае при возобновлении рахитического изменения в костях*: суммированное влияние известных этиологических причин, вызывая неравномерное давление на размягченные позвонки, производит искривление позвоночника в обратном направлении. Появление при этом третьей, дополнительной кривизны в шейной части позвоночника обнаруживается уже как непосредственное требование уравновешивания туловища.

После всего сказанного нетрудно объяснить механизм развития школьной кривизны при существующем предрасположении, т. е. при размягчении позвонков под влиянием нарушенного их питания и правильного развития. Предположим, что в данном случае обнаруживается суммированное влияние всех уже отмеченных этиологических условий — преимущественного упражнения правой верхней конечности, преимущественного развития правого легкого; допустим даже и давление со стороны начальственной артерии. Наступают годы школьного возраста; ребенок просиживает по нескольку часов в день за школьными работами. Утомляясь за работой, он начинает склонять туловище то вправо, то влево и ищет естественного упора, чтобы дать отдых мышцам. Известно, что всего чаще дети в этом случае принимают положение, при котором голова склоняется влево, а правое плечо приподнимается кверху. Это и есть то положение, которое принимают дети во время писания или рисования. Если ко всем этим моментам присоединится еще неравномерность конечностей (а мы видели, что неравномерность эта у сколиотиков выражается обыкновенно сравнительным удлинением правой нижней конечности), то неравномерное давление на позвонки беспрерывно продолжается даже и в отвесном положении ребенка; оно происходит всегда в одном известном направлении. В самом деле, при

* «Многие случаи pes planus, genu valgum и varum, равно как и некоторые боковые искривления позвоночного столба (сколиозы), существенно зависят и от слабости костей, которую едва ли можно отличить от легких степеней английской болезни» — Th. Billroth, Allgem., Chirurg. Pathologie und Therapie, II изд., Berlin, 1883, стр. 656 и 657.

большей сравнительно длине правой нижней конечности в отвесном положении приходится склонить левую половину таза; сохранение же отвесного положения при склонении левой половины таза возможно только при известных изменениях направления в гибком позвоночнике: в поясничной части позвоночник дает левую (выпуклую) кривизну, которая дополняется правой спинной как условием, совершенно необходимым для удержания туловища в равновесии. Размягченные позвонки, находясь постоянно под влиянием такого давления, изменяются в своем анатомическом очертании; и естественно, что со стороны наибольшего давления рост позвонка замедлится (уменьшенная высота отвесного сечения), а со стороны наименьшего давления рост позвонка, наоборот, будет совершаться более энергично (высота отвесного сечения будет гораздо бо̀льшая). Всего рельефнее изменение это должно выразиться в позвонке, соответствующем месту наибольшего выгиба позвоночника: чем ближе к концам хорды, соединяющей дугу искривления, тем слабее выражены изменения в позвонках, а в безразличных местах кривизны позвонки должны сохранить естественное очертание. Это в действительности так и бывает.

Кроме боковых искривлений позвоночника, in scoliosi наблюдается еще и поворот (torsio) позвонков. Но поворот этот кажущийся; в сущности здесь нет поворота позвонка вокруг отвесной оси его, а только неравномерное разрастание позвонков в обеих половинах. Половина позвонка, наиболее подвергающаяся сдавливанию, приостанавливается в росте, а другая, наименее подвергающаяся сдавливанию, усиленно разрастается. Оюда неравномерное строение обеих половин позвонка. Неравномерность позвонка выражена всего сильнее в губчатом теле, ибо в губчатой кости сильнее выражено размягчение, чем в плотной, т. е. дужках позвонков. Отсутствие поворота позвонка вокруг отвесной оси доказывается положением длинных связок позвоночника относительно анатомических центров (середин) тел отдельных позвонков. Отношение это остается нормальным *. Этот кажущийся поворот позвонков обусловливает то, что отклонение линии остистых отростков позвонков in scoliosi никогда не выражает действительной степени кривизны позвоночника. Вот почему по искривлению линии остистых отростков нельзя судить о степени искривления позвоночника; и во всяком отдельном случае scoliosis следует строго оценивать и другие явления, которыми сопровождается scoliosis, как-то: изменения в боковых линиях туловища, в положении лопаток, в положении обеих половин таза и т. д.

Школьное искривление позвоночника развивается обыкновенно в детстве, в периоде роста костей. Но существует еще

* *Nicoladoni*, Torsion der scoliotischen Wirbelsäule, Stuttgart, 1882.

и так называемая профессиональная кривизна позвоночника. У кузнецов и скрипачей развивается правостороннее искривление позвоночника; у близоруких, проводящих ежедневно много часов за работой в согбенном положении, появляется заднее искривление позвоночника (kyphosis, kypho-scoliosis). Эта scoliosis professionalis может развиться даже и в более позднем возрасте, когда период роста костяка уже кончился. Нет оснований допускать в этих случаях предрасположение в позвоночнике в виде размягчения звеньев его. Подобные примеры служат доказательством того, что даже нормальные части скелета, подвергаясь долго и постоянно сдавливанию в одном и том же направлении, могут иногда изменяться в своем очертании. Понятно, что еще в большей мере и сравнительно в более короткий промежуток времени при тех же условиях произойдут изменения в позвоночнике, если скелет находится в состоянии размягчения. Суммированное влияние причин, производящих сдавливание отдельных позвонков в известном направлении, вызывает искривление позвоночника при существующем предрасположении. Мы можем ослабить до некоторой степени последствия такого положения, ослабляя влияние причин, производящих сдавление: устраняя помощью протеза укорочение нижней конечности, мы устраняем scolisin staticam и, следовательно, при существующем предрасположении ослабляем или даже вполне уничтожаем возможность развития scolioseos habitualis. Ввиду этого мы начинаем лечение сколиотиков с того, что предлагаем протез для восстановления равномерной длины нижних конечностей; смотря по существующей разнице, мы предлагаем приподнять обувь укороченной (обыкновенно левой) конечности на 1—2 или 3 см. Приподнятие обуви должно производиться одинаково в каблуке и подошве. Затем уже приступаем к отвесному вытяжению больного и наложению корсета. Мы не имеем в виду представить здесь описание корсетов и способа их приготовления; в настоящей статье цель наша другая. Заметим только, что поддерживающие и давящие снаряды, употребляемые при лечении искривлений позвоночника, тогда только могут приносить существенную пользу, когда изготовление их будет производиться с математическою точностью. Все подобные снаряды должны изготовляться только по гипсовым слепкам — равномерно распределенное по всей поверхности туловища давление посредственно влияет и на измененное очертание позвонков в том направлении, которого мы желаем достигнуть при накладывании корсета. Если нормальное состояние скелета под влиянием постоянно действующих причин может иногда сопровождаться образованием искривления позвоночника, что видно на профессиональной кривизне позвоночного столба, то естественно, что постоянно действующие причины еще в

большей мере произведут изменения в позвоночнике размягченном. Это достаточно разъясняет успешное действие механического лечения scolioseos.

Однакоже одно механическое лечение искривлений позвоночника без улучшения питания больных и без устранения существующего предрасположения пользы не принесет. Мы видели, что scoliosis habitualis развивается у детей, предрасположенных к этой болезни. Размягчение скелета обнаруживается вследствие неудовлетворительных гигиенических условий жизни. В наше время возникла мысль об учреждении для золотушных детей санитарных приютов на морских берегах. Приветствуя эту меру как самый разумный прием для противодействия злу, порождаемому антигигиеническими условиями нашей общественной жизни, мы полагаем, что сколиотики должны бы составлять самый существенный контингент в предполагаемых приютах. Условия культурной жизни ставят свои непредотвратимые требования; требования же эти, между прочим, таковы, что, при отсутствии разумных гигиенических мер, совершаются самые грубые погрешности относительно правильного развития отдельных членов общества. Во время преподавательской нашей деятельности в Петербурге мы постоянно обращали внимание на то, что наибольшее число искривлений скелета на нижних конечностях (pes planus, pes plano-valgus, genu valgum et varum) наблюдалось у фабричных рабочих. Ежегодный прием новобранцев показывает, что среди фабричного населения процент негодных для военной службы становится все больше и больше, несмотря даже на весьма снисходительные требования при приеме новобранцев [1]. Это одно из явлений общественного нашего строя, вызывающее на тяжелые размышления всякого мыслящего наблюдателя. А вот и другое из области, повидимому, менее печальной материальной обстановки, но тем не менее не более отрадное. Все наши образовательные школы, средние и высшие, организованы так, что в них заботятся исключительно об умственном развитии молодого поколения; о воспитании же его и о правильном физическом развитии не думают вовсе. Для общества последнее обстоятельство даже не существует и в виде вопроса. Хилые, малокровные, плохо развитые физически воспитанники наших классических гимназий уже перестали, повидимому, обращать на себя внимание, вероятно, потому, что составляют необходимое и неизбежное явление. Дети с 10—12 лет должны вооружаться очками; достигнув 18 лет, они пред-

[1] «Вследствие неблагоприятных условий фабричной жизни у рабочих нарушается равновесие между ростом и развитием груди, чем и объясняются все данные о более слабом сложении уроженцев фабричных местностей». *П. А. Песков.* К вопросу о понижающем влиянии фабричного труда на телосложение рабочих, «Врач», 1883, № 27, 28 и 29.

ставляются иногда до того слабо развитыми физически, что глаз, привыкший видеть бодрое здоровое молодое поколение, развивающееся при иных условиях, с трудом дает такому молодому человеку 13—14 лет. Взгляните на цвет и сок нации, на войско. Идет отряд гвардейских солдат, людей большей частью рослых, крепких; сопровождающие же их офицеры — интеллигенция армии — кажутся рядом с ними точно детьми: это питомцы наших школ, недоразвитые физически *. Нормальное ли это состояние? Представляю судить каждому из слушателей. Пора обратить на это внимание, давно пора подумать о сбережении физической природы и о гармоническом развитии умственной и физической сфер у нашего молодого поколения. Культурная жизнь и поступательное развитие народов требуют усиленного умственного труда; это требование необходимо удовлетворить. Но нельзя же ставить школьное дело так, чтобы все было направлено исключительно к развитию только умственной сферы ребенка. Mens sana in corpore sano! Как жаль, что это естественное и очень старое правило забыто! Необходимо поставить школьное дело так, чтобы параллельно с умственным развитием молодого поколения в школе правильно шло и его физическое развитие. Гимнастика в самом широком понимании этого слова должна стать существенным элементом школьного развития. Требование это может осуществиться только тогда, когда общество проникнется вполне сознанием его необходимости и сделает само первый шаг для осуществления дела. Идеальная школа должна представлять гармоническое сочетание постепенного и правильного развития умственного и физического. Это положение должно быть проведено через всю школу, т. е. начиная с народной и кончая университетом. Суровый климат нашей родины требует такого гармонического развития по преимуществу: только крепкий и правильно развитый физически организм может противодействовать в достаточной мере тем разрушительным влияниям, которые слагаются из условий суровости климата и постоянно усложняющихся культурных требований, так неблагоприятно отражающихся на физической природе значительного большинства населения.

Государству принадлежит забота об издании разумных законов для ограждения подрастающего поколения от разрушающего здоровье фабричного дела: до известного возраста ребенок не может быть употребляем для фабричных

---

* Евреи и дворяне Российской империи пользуются особыми еще льготами: для них окружность груди, равняющаяся 1/2 роста без полувершка, составляет меру, дающую право молодым людям на поступление в ряды войска.

работ. Такое требование закона предполагает, что ребенок до известного возраста будет правильно развиваться умственно, физически и морально. Разумеется, мы предполагаем, что развитие ребенка происходит в школе. Школа должна подготовить здоровый, крепкий организм, должна выработать нормально развитого члена общества, для какой бы деятельности ни предназначал он себя, все равно. Мы указали уже, что в центрах фабричной деятельности трудно выбирать годных для военной службы новобранцев (например, в губерниях Московской, Владимирской, Ломжинской), несмотря даже на очень скромные требования при приеме. Плохо развитое физически теперешнее поколение даст, без сомнения, достойное себя поколение детей; а эти последние под влиянием тех же неблагоприятных условий фабричной эксплуатации выродятся в поколение еще более хилое. Дело идет о вырождении населения целых областей! Sapienti sat!...

V. ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ, СОСУДАХ ШЕИ И ПОЛОСТИ РТА

СЛУЧАЙ АНЕВРИЗМЫ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ [29]

М. Г.! Доктор М. Н. Берман в прошлом году представил весьма интересного больного, у которого можно было ясно наблюдать явления, свойственные аневризме. Этот случай был предметом обсуждения в нашем Обществе, члены которого пришли к заключению, что вероятнее всего здесь аневризма внутренней сонной артерии. На основании тех объективных явлений, которые были весьма слабо выражены, на основании субъективных ощущений больного более полного заключения дать было нельзя.

Благодаря обязательной любезности д-ра Крюкова, мы имели возможность в течение этого академического года наблюдать случай аневризмы внутренней сонной артерии, выраженной в гораздо более рельефных размерах, чем мог дать случай прошлого года, о чем сейчас сообщу. Больной присутствует здесь. Но он теперь представляет явления, наступившие после предпринятого лечения, — прошу извинить, забегаю вперед.

Начну сначала. Он поступил в конце января месяца при следующих явлениях. У больного было резко выражено бьющееся выпячивание глаза. Это выпячивание сопровождалось отеком век, которое отчасти переходило на покровы лба. Между веками в щели выпадала складка слизистой оболочки. Если разнимать веки, то можно убедиться, что эта складка принадлежит нижнему веку. Соединительная оболочка, одевающая глазное яблоко, представляется разбухшею; кроме того, роговая оболочка представляется как бы подернутой дымкой, так что вследствие этого обстоятельства д-р Крюков, который прежде наблюдал больного, не имел возможности исследовать дно глаза. Исследуя осязанием, можно было убедиться, что глаз представляется твердым и как будто клином каким выпячивается изнутри кнаружи. Кожа век и правая половина лба не чувствительны. При выслушивании глаза больного можно получить резкий шум, который напоминает

шум меха кузницы. Но он слышен был не только на глазном яблоке, но и в правой половине головы и также ясно во всякой части головы; и на противоположной стороне шум не менее резко был выражен. Субъективное ощущение больного: он слышал постоянный шум днем и ночью и кроме того, боль в правой половине головы.

Все эти явления так резко были выражены, что собрать их было нетрудно. Чтобы дополнить картину, прибавлю следующее. Больному 45 лет; он—чиновник Военного управления; сложения хорошего; вел умеренный образ жизни. 21 декабря при головной боли внезапно почувствовал, что застилает в глазе. Он тотчас же обратился к врачу; были применены холодные примочки, пиявки к ноздрям и к височной области. Но раз выразившиеся явления, — развившиеся в течение нескольких часов: выпячивание глаза, тот шум, о котором я говорил, и вся дальнейшая картина, — остались без перемены до поступления в клинику.

Чтобы правильнее поставить диагностику, мы должны разобрать прежде те патологические процессы, которые имеют сходство с данным случаем.

Наблюдая выпячивание глаза вперед, является естественным вопрос, нет ли в данном случае новообразования? Мы знаем, что некоторые виды новообразований — саркоматозные — отличаются быстрым ростом и могут дать такое большое количество сосудов, что они, суммируясь в своих просветах, могут дать резкий шум. Члены Общества припомнят случай, где подобное новообразование на плечевой кости представляло все кардинальные явления, присущие аневризме и тем не менее это не была аневризма. Микроскопический препарат вполне подтвердил это предположение, высказанное до операции. В прошлом академическом году имели случай наблюдать подобное новообразование на нижней конечности. Но если бы в данном случае имели дело с новообразованием, то едва ли оно могло бы достигнуть таких размеров в несколько часов. Мы исключаем присутствие здесь злокачественного новообразования. Далее, допустить сосудистое новообразование, развивающееся per anastomosin, нельзя спять-таки вследствие обстоятельства хронологического. Мы знаем, что они являются или прирожденными, или развиваются на почве травматических влияний и требуют все-таки промежутка времени для своего развития. Это же патологическое явление развилось почти внезапно и, повидимому, без заметной причины. Явления, на которые больной указывает, настолько обыденны и общи, что сам он затрудняется связать это заболевание с этими явлениями. Принимая во внимание быстрое развитие данного заболевания, допускаем, что оно могло развиться, только на почве сосудистой. Это может быть аневризма; это может быть внезапно излившаяся кровь. Мы

знаем, что при нарушенной целости сосудов могут развиться явления в такой последовательности и в такой короткий промежуток времени. Если происходит разрыв сосуда, если является aneurisma traumatica, то при целости общих покровов кровь продолжает изливаться до тех пор, пока давление кровяное не уравновесится давлением окружающих тканей, и, таким образом, дело сводится на выражение естественного физического закона. Но травматического влияния у нас не было. Поэтому мы должны исключить аневризму травматического происхождения и предположить другое патологическое явление, под влиянием которого могло произойти нарушение целости сосудов.

Я позволю себе еще несколько возвратиться назад. У больного, кроме названных припадков, была анестезия лба и кожи век; глазное яблоко как будто выпячивалось клином каким-то; роговая оболочка нечувствительна; далее, весьма значительный отек в области соединительной оболочки глаза и века — расстройства, которые связываются с затрудненным обратным оттоком крови. Эти явления дают основания предполагать, что, во-первых, здесь и объективные и субъективные припадки указывают на присутствие аневризмы, во-вторых, если она есть, то находится на продолжении внутренней сонной артерии, так как она здесь связывается с расстройством в венной системе и, в-третьих, то обстоятельство, что здесь замечаются резкие трофические расстройства и полное уничтожение подвижности глаза, заставляет предполагать что и нервы известные более или менее принимают участие в образовании этого патологического состояния. Принимая во внимание наблюдения, отмеченные в литературе и замечательный случай Нелатона, который до вскрытия еще диагносцировал аневризму внутренней сонной артерии вследствие перелома на основании черепа и нарушения сосуда отломком, принимая во внимание и то, что нами до сих пор добыто, мы предполагаем, что имеем дело с аневризмой артерио-венозной, развившейся вероятнее всего на почве, заранее подготовленной. Здесь было полное отсутствие травмы. Поэтому нужно предположить влияние других условий, предположить патологические процессы в стенках сосудов, под влиянием которых произошел разрыв артерии. Если допустить разрыв внутренней сонной артерии в том месте, где она проходит чрез sinus cavernosus, то клинические данные получают для себя полное объяснение. Тогда кардинальные явления, свойственные аневризме, объяснят биение и шум — объективный и субъективный. Далее, непосредственное отношение артерии ad sinum cavernosum объясняет явления, находящиеся в зависимости от затрудненного обратного тока крови, а тесное отношение нервов — nn. abducens, trochlear., oculomotorius и как последующее явление — давление пере-

полненной venae ophthalmicae на первую ветвь тройничного нерва, чем можно объяснить анестезию, — все это объясняет вполне клиническую картину если только допустить разрыв внутренней сонной артерии в том месте, где она проходит чрез пещеристую пазуху.

Я должен еще упомянуть, что, кроме названных кардинальных для аневризмы признаков давление на сосуд указывает на непосредственное отношение его к аневризме; придавливая сосуд к передней стороне позвоночника, наблюдаем прекращние шума объективно и субъективно.

Итак, допустив в данном случае присутствие аневризмы артерио-венозной, мы задаемся вопросом: посколько возможно участие хирургического вмешательства для того, чтобы избавить больного от этого страдания; он, помимо того, что постоянно находится в обществе этого шума, лишен абсолютно покоя и может дойти до известного психического расстройства; он находит себе успокоение тогда, когда находится под влиянием шума внешнего, когда под влиянием его забывает свой шум. Для решения вопроса о терапии поставлю следующие положения: 1) возможно ли излечение в данном случае? 2) каким путем можно достигнуть излечения? 3) трофические расстройства и потеря зрения исчезнут ли после излечения в данном случае?

Переходя к вопросу о терапии, должно указать на то, что, по статистике проф. Wolf, в литературе известны 106 случаев, из которых 2 описаны нашим соотечественником и членом Общества А. Н. Маклаковым. В 64 случаях была сделана перевязка общего ствола сонной артерии; из них в 23 случаях последовало выздоровление с восстановлением зрения; в 17 случаях зрение не восстановилось; в 10 случаях аневризма осталась без всякой перемены; в 14 был exitus letalis. Я предпосылаю эти данные, чтобы выяснить значение операции, которая применена и к нашему больному, и полученных от нее результатов. Отвечу на первый вопрос. Мы можем сказать, что излечение возможно. При каких условиях? Условия эти для нас известны. Еще Брюкке учил нас, что стенка должна быть живой, чтобы кровь не свертывалась в просвете сосуда. Если эта стенка перестала жить или если есть неровности, то свертывание крови возможно. Если у нашего больного допустить патологический процесс в стенках сосудов, то не можем не допустить его в стенках art. carotidis internae и, таким образом, будем иметь условие для образования свертка крови. А если предположить вскрытие артерии в пещеристую пазуху, то еще больше неровностей, которые могут способствовать образованию пробки. Если к этому можно искусственно присоединить новые условия, то можем рассчитывать на излечение естественным путем. Мы могли и этому второму условию удовлетворить. Нужно осла-

бить толчок сердца, боковое давление в сосудах, ослабить больного вообще уменьшением количества пищи, тогда можно рассчитывать на то, что при этих новых условиях произойдет естественное свертывание в аневризматическом мешке и можно получить излечение аневризм. Из литературы известно, что наилучшие результаты получились после перевязки общего ствола сонной артерии. Но в нашем случае, зная, что перевязка дает наилучший исход, мы тем не менее не применили этого способа сразу. Мы применили другой способ, повидимому, менее благоприятный, по следующим мотивам. Мы знаем из литературы случаи излечения аневризмы под влиянием сдавления ствола сонной артерии, и случаи эти принадлежат к тому виду аневризм, которые развиваются произвольно на почве, заранее подготовленной патологическим процессом в стенках сосудов. Так как в данном случае, путем исключения, мы пришли к заключению, что аневризма развилась на почве подготовленной, то имели право предпослать менее рациональный способ лечения у нашего больного. Вот под влиянием этого мотива нами было предписано горизонтальное положение, абсолютный покой, устранение возбуждений, уменьшение пищи до возможного минимума (тарелка бульона и $^1/_4$ фунта хлеба) и помощью пальца прижатие общего ствола сонной артерии к позвоночнику методически, каждый час по 10 минут; ночью больной отдыхал. Было сделано 70 прижатий и после них пришлось дать заключение, что этот способ не произвел ни малейшего изменения.

Вследствие этого 12 февраля приступили к выполнению более рационального приема. Мы перевязали общий ствол сонной артерии на уровне перстневидного хряща; когда была затянута струна № 4, мгновенно исчез шум как субъективно, так и объективно. Но через полчаса можно было во внутреннем и наружном углу глаза слышать шум, и больной стал его ощущать, а к вечеру вся клиническая картина восстановилась в прежнем виде. Не буду утомлять изложением течения болезни. Скажу только, что больной перенес операцию без всяких осложнений и под влиянием иодоформа заживление было per primam intentionem. С течением времени клинические явления стали ослабевать более и более и некоторые явления исчезли вполне. В настоящее время имею честь представить больного. Он представляется в следующем виде: 1) полное отсутствие выпячивания глаза; 2) складка соединительной оболочки весьма ничтожна в сравнении с тем, что было; 3) биения нет; анестезия правой половины лба и век исчезла. Если раздвинуть веки, то заметим следующее: у больного катаракта; соединительная оболочка сделалась совершенно прозрачной. Головные боли если есть, то ничтожны, шум значительно ослабел, и вообще больной субъективно чувствует

себя очень хорошо. К этому нужно прибавить, что у больного явились подвижность глаза книзу и кнаружи. Все клинические явления в течение этих четырех недель постепенно стали исчезать со времени перевязки общего ствола сонной артерии и стали исчезать в том же порядке, т. е. сперва стали исчезать явления, присущие аневризме, — шум субъективно и объективно наблюдаемый и биение; далее, стали исчезать явления в зависимости от затрудненного обратного тока крови; правда, не вполне, но складка весьма и весьма уменьшилась; выпячивания глаза нет совсем; далее, в 3) трофические явления и явления в зависимости от нервов также исчезли. Анестезия исчезла; глазное яблоко стало двигаться. Что касается трофических расстройств, то здесь наблюдаются те же явления, что и в других областях. Мы знаем, что при поражении смешанных нервов — n. ischiadici, mediani, ulnaris, radialis — вместе с уничтожением чувственности и движения наступает трофическое расстройство в виде усиленного прорастания волос, прорастания ногтей и т. п. В данном случае есть известные трофические расстройства, которые, мне сдается, нельзя вполне игнорировать. Во-первых, после перевязки общего ствола сонной артерии стала развиваться катаракта. Находится ли ее происхождение в зависимости от перевязки артерии или находится в зависимости от известного нервного расстройства? Кроме этого, есть потеря зрения. Роговая оболочка не давала возможности исследовать дно глаза; она была мутна, как-будто подернута дымкой; зрение было потеряно. Находилось ли это расстройство в зависимости от кровеносной системы или от изменений в нервах? N. abducens, trochlearis, очевидно, были сдавлены; была сдавлена первая ветвь тройничного нерва. Очевидно, что было влияние и нервное. Я затрудняюсь сделать какое-нибудь заключение, и мне было бы в высшей степени приятно выслушать подробно высказанные мнения товарищей относительно этого случая вообще и вопроса, который я поставил для обсуждения.

АРТЕРИАЛЬНО-ВЕНОЗНАЯ АНЕВРИЗМА (ANEURYSMA ARTERIOSO-VENOSUM S. VARIX ANEURYSMATICUS) ПЕРЕВЯЗКА ОБЩЕГО СТВОЛА СОННОЙ АРТЕРИИ (LIGATURA ARTERIAE CAROTIDIS COMMUNIS SIN.) [30]

Хотя артериально-венозная аневризма может развиваться на всяком месте человеческого тела, но обыкновенно приходится наблюдать ее чаще там, где принято производить общее кровопускание — в локтевом сгибе, на тыльной поверхности стопы и на виске. В настоящее время, не такое щедрое на общие кровопускания, как прошлое, реже, может быть, наблюдается этот вид аневризмы; притом развитие ее требует особенных условий: колющее орудие должно проникнуть через вену и артерию в одно и то же время — тогда только будут даны условия, при которых возможно развитие артериально-венозной аневризмы. Нередко и при этом условии раночки в обоих сосудах заживают без последствий; если же зарастает, например, только поверхностная раночка вены, глубокая же остается в непосредственном сообщении с полостью артерии, то начинает развиваться аневризматическое расширение. Столб артериальной крови, мешаясь со столбом крови венозной, нарушает естественные условия давления на стенки сосудов, вслед за чем наступают анатомопатологические изменения в них. И прежде всего они обнаруживаются в вене, стенки которой теряют свои первоначальные свойства, утолщаются и уплотняются. Наблюдения показывают, что при артериально-венозной аневризме аневризматический мешок развивается или на счет вены по преимуществу, или на счет артерии, хотя оба сосуда обыкновенно принимают более или менее участия в развитии его. Мешок имеет то сферический, то цилиндрический, иногда колбообразный или четкообразный вид. Нелегко перечислить всевозможные виды расширений, образующихся при артериально-венозных аневризмах; можно только с большей или меньшей вероятностью допустить, что они выражены сильнее со стороны вены и не ограничиваются одним местом

ранения, а распространяются далеко за пределы его к периферии. Расширение вены при этом мало отличается от обыкновенной артериальной аневризмы, все признаки которой тут явственно выражены: биение, совпадающее с биением пульса, шум трения, уплотнение стенок, неспадение опухоли при давлении на периферический конец вены. В нашем наблюдении ветви височной вены, лежавшие к периферии от опухоли, были расширены, стенки их более или менее уплотнены; они пульсировали так же сильно, как и артерии, и произвели очень заметные вдавления в черепных костях (impressiones).

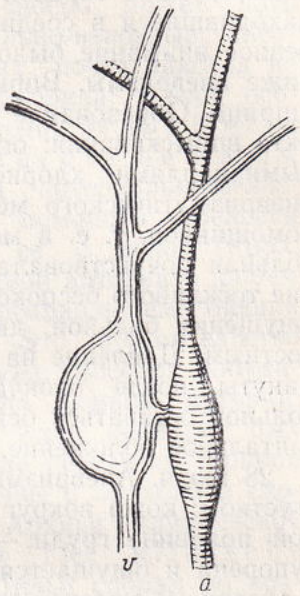
Анна Гаманюкова, казачка, 25 лет, поступила в больницу 14 мая 1868 г. с хроническим воспалением роговой оболочки на обоих глазах (keratitis pannosa, conjunctivitis granulosa). Через несколько дней обращено было внимание на бьющуюся опухоль левого виска. По словам больной, опухоль существовала уже 8 месяцев и стала развиваться непосредственно после кровопускания из височной вены. Опухоль круглая, величиной в небольшую сливу, лежала на одном уровне с отверстием наружного слухового канала, на поперечный палец впереди его. Опухоль бьющаяся; при выслушивании ее получается шум трения, ясно ощущаемого и под пальцем. Кожа над опухолью весьма истончена, с синеватым оттенком. Опухоль исчезает под непосредственным давлением на нее; спадается при сдавлении общего ствола левой сонной артерии. На виске замечаются бьющиеся расширенные сосуды; биение в них прекращается также после сдавления сонной артерии. Сосуды эти находятся в непосредственной связи с опухолью — некоторые из них суть расширенные ветви височной артерии (ramus temporalis et ramus occipitalis), другие — ветви височной вены. Под каждым из расширенных сосудов можно прощупать вдавление в кости (impressio), особенно резко обозначенное под лобной ветвью височной артерии. Больную не столько тяготит биение в опухоли, сколько беспрерывный шум в левом ухе; шум этот бывает нередко причиной бессонных ночей.

21 мая. Перевязана височная артерия ниже аневризматической опухоли; расширенные сосуды выше опухоли подвергнуты, кроме того, иглосдавливанию при помощи трех игол. После перевязки височной артерии уменьшился шум в ухе; биение в аневризматической опухоли продолжалось, только слабее прежнего. Через 48 часов извлечены акупрессурные иглы; на 8-й день вышла лигатура. Биение в аневризматической опухоли не прекращалось, но почти совершенно исчезло в расширенных сосудах на виске.

После отпадения лигатуры производилось давление на сонную артерию в течение 6 дней; давление повторялось ежеднев-

но 3 раза и продолжалось всякий раз 10 минут. Успеха не было; напротив, скоро восстановилось биение в первоначальной мере как в опухоли, так и в расширенных сосудах.

14 июня. Перевязка общего ствола левой сонной артерии. Операция произведена с хлороформом. Разрез по внутреннему краю грудино-сосковидной мышцы длиной в $1^1/_2$ дюйма сделан на уровне перстневидного хряща. Обнажена артерия, подведена под нее шелковая нитка, и больная нарочно приведена в сознание прежде, чем была затянута лигатура. В момент образования узла больная почувствовала неприятное головокружение. Биение в опухоли исчезло, но уже через две или три минуты появилось снова, хотя в очень слабой степени, так что едва было ощущаемо под пальцем; для глаза оно не было заметно. Левая половина лица скоро вздулась и покраснела; пульс 120, полный и твердый. Больная объявила, что исчезло и ощущение биения, и шум в ухе. Чашка черного кофе как будто облегчила немного чувство головокружения; тем не менее оно продолжалось весь день и чувствовалось еще на другой день, хотя уже несравненно слабее.



Схематическое изображение артериально-венозной аневризмы височной артерии.

a—артерия височная, *v*—вена. На рисунке соблюдены приблизительно нормальные размеры.

15 июня. Ни в аневризматической опухоли, ни в расширенных венозных и артериальных ветвях не замечается биения.

16 июня. Небольшое нагноение в наружной вене.

17 июня. Обнаружилось слабое биение в аневризматической опухоли. Начиная с этого дня, биение делалось все заметнее, восстановляясь, впрочем, весьма медленно.

9 июля. Выделилась шелковинка, которой была перевязана сонная артерия — на 25-й день после наложения перевязки. Скоро после выпадения лигатуры восстановилось прежнее биение в аневризматической опухоли, так что перевязка общего ствола сонной артерии не сопровождалась ни малейшим успехом.

Уже в начале мы заметили, что кожа на аневризматической опухоли была весьма истончена — можно было опасаться произвольного вскрытия аневризматического мешка. Ввиду этого мы решились испытать еще одно средство с целью произвести свертывание крови в аневризматическом мешке.

14 июля пропущены были акупрессурные иглы ниже и выше опухоли: исход отрицательный.

Неудача всех предыдущих попыток побудила прибегнуть к впрыскиванию в полость аневризматического мешка раствора хлористого железа (liquor perchloreti ferri). 27 июля приступлено было к операции при следующих предосторожностях: больной дано горизонтальное положение; все видимые вены, находившиеся в соединении с опухолью, были прижаты; особенное внимание было обращено на прижатие височной вены ниже аневризмы. Впрыснуто 12 капель помощью люерского шприца. Образование кровяного сгустка трудно отделить от акта впрыскивания: оно последовало тотчас, казалось, за первыми каплями хлористого железа, попавшими в полость аневризматического мешка. Как только удалены были руки помощников, т. е. в момент прекращения давления на вены, больная почувствовала сильную боль подложечкой: выражение тоскливого беспокойства в чертах лица ясно обнаруживало ощущения больной; дыхание сделалось учащенным и поверхностным. Давление на вены производилось не долее одной минуты после окончания впрыскивания. Строго предписано больной оставаться без движения в постели и сохранять горизонтальное положение.

28 июля. Аневризматическая опухоль выполнена плотным сгустком; кожа вокруг припухла. Острая колючая боль в правой половине груди. — 29 июля. Лобная венозная ветвь закупорена и ощущается в виде твердого шнурка, соединенного с аневризматической опухолью и доходящего почти до середины левой брови. Кожа левой височной области в отечном состоянии. Пульс 120. Колющая боль в правой половине груди усилилась. — 31 июля. На высоте нижнего угла правой лопатки притупленный звук при постукивании; бронхиальное дыхание. Короткий сухой кашель; боль в обоих подреберьях и в подложечной впадине. Пульс 120, температура 38,9°. — 2 августа. Пульс колеблется между 120 и 130, температура между 38,5 и 39°. Кроме бронхиального дыхания в упомянутом месте обнаружился треск (crepitatio) по наружному краю лопатки почти до самого наружного ее угла. — 3 августа. Утром пульс 104, температура 38,5°; вечером пульс 104, температура 38,6. Усилился кашель и показалась кровянистая мокрота. С этого времени началось разрешение воспаления легкого и заметное поправление общего состояния больной. В аневризматической опухоли не обнаруживалось ни малейшего биения; объем ее стал уменьшаться. — 25 августа. Аневризма представляла опухоль величиной в вишню; от нее протягивались по виску закупоренные венозные и артериальные ветви в виде твердых шнурков.

Когда больная оставляла больницу (30 августа), то аневризматическая опухоль, выполненная твердым сгустком, имела

величину небольшой вишни; кожа на ней была нормального свойства. На виске все еще прощупывались закупоренные кровеносные сосуды.

Все способы лечения аневризм вообще были применяемы, в частности для излечения артериально-венозных аневризм; хотя и достигалось излечение различными путями, нельзя однако же сказать, что тот или другой способ может дать положительно счастливый исход. Артериально-венозные аневризмы имеют ту особенность, что в них почти никогда не происходит произвольного свертывания фибрина: в этой особенности и лежит причина трудного излечения их (Bulletin de la société impériale de chirurgie de Paris, 1867, 464). Наибольшее число излечений артериально-венозных аневризм получено, может быть, помощью перевязки артерии ниже и выше места сообщения ее с веной (Roux, Fergusson). Сдавление общего ствола сонной артерии в нашем примере сопровождалось совершенным прекращением биения в опухоли и исчезновением звона в ухе. Это обстоятельство в связи с неудачей прежде испытанных уже способов побудило прибегнуть к перевязке общего ствола сонной артерии. Больная перенесла счастливо операцию; успех операции был только временный: через три недели после перевязки сонной артерии стало обнаруживаться снова биение в опухоли и скоро достигло прежней степени. В 9 томе Архива клинической хирургии (Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, B. IX, Heft 2.) доктор Пильц собрал по возможности все известные случаи перевязки общего ствола сонной артерии; в его таблице показано, между прочим, 4 случая, в которых перевязка общего ствола сонной артерии была сделана с целью излечения артериально-венозной аневризмы: в 2 случаях последовала смерть — в одном случае в первый день, в другом — на третий день после перевязки артерии (№° 251 и 435); в 2 других — выздоровление, которое не зависело собственно от перевязки артерии, потому что в одном случае на третий день после перевязки артерии восстановилось уже прежнее состояние в опухоли, и только через пять лет удалось уничтожить аневризму помощью другого способа; в другом же выздоровление было достигнуто тем, что в течение трех недель после перевязки артерии производилось давление на мешок (№° 358 и 421). Таблица доктора Пильца мне сделалась известною после операции; далеко не привлекательные результаты, показанные в ней, удержали бы меня без сомнения от производства операции.

Окончательное излечение аневризматической опухоли получено было после введения в полость ее раствора хлористого железа (liquor perchloreti ferri). Хлористое железо, сильнейший свертывающий агент, составляет действительное средство в подобных случаях, только не неопасное: мы видели, что

больная за излечение от аневризмы поплатилась воспалением легкого эмболического происхождения. Несколько лет назад на страницах «Медицинского вестника» сделано было заявление (из Одессы) о внезапной смерти ребенка в момент впрыскивания раствора хлористого железа во врожденную кровяную опухоль (teleangiectasia). Перебирая по поводу этого случая периодическую литературу, мы нашли в Medical Times описание еще 2 почти подобных случаев внезапной смерти от впрыскивания хлористого железа в кровяные опухоли у детей. В одном было сделано вскрытие: правый желудочек сердца найден был выполненным плотным кровяным сгустком, происхождение которого приписано проникнувшему в вену хлористому железу, быстро отнесенному к сердцу. Позволительно ли ввиду подобных фактов впрыскивать в кровяные опухоли хлористое железо? Мы должны допустить, что между врожденными кровяными опухолями (teleangiectasia, tumor erectilis) и артериально-венозной аневризмой существует очень большое сходство: в том и другом случае артерии сообщаются с венами непосредственно. Трудно отвечать на этот вопрос без статистических цифр, которые опять-таки нелегко собрать: много, может быть, смертельных случаев остаются неизвестными, нигде не опубликованными. А между тем хлористое железо употребляется весьма часто и обыкновенно без дурных последствий: оно остается до сих пор любимейшим средством в руках врача там, где он не хочет или не может употребить лигатуру для остановки кровотечения. Мне случалось наблюдать обширные разорванные раны, так усердно залитые хлористым железом, что полное очищение их (detersio) наступало едва только в конце третьей недели. Никогда не приходилось однакоже видеть, чтобы в подобных случаях хлористое железо обусловило эмболические явления. В Париже в отделениях гг. Вернеля и Мезопнева видел я несколько случаев, в которых производилось впрыскивание хлористого железа прямо в расширенные вены и в кровяные опухоли (tumor retecilis) без неприятных осложнений; особенно часто пользуется этим средством г. Мезопнев при лечении расширения вен на нижних конечностях, и уверяет, что никогда не имел смертных случаев.

Одновременно с описываемым случаем артериально-венозной аневризмы находилась в хирургическом отделении больная, имевшая врожденную кровяную опухоль на верхней губе. Анна Мексиканер, девица 28 лет, митавская мещанка, имела со дня рождения бьющуюся опухоль в правой половине верхней губы. В описываемый период времени опухоль величиной в сливу занимала всю правую половину верхней губы; не представляя определенных границ на щеке, она довольно резко ограничивалась губной бороздкой (filtrum). Опухоль сильно пульсировала, причиняла стреляющие боли и несколько

уже раз (нечаянно пораненная) была источником весьма обильных кровотечений. Правая челюстная артерия (arteria maxillaris externa dextra) расширена местами до толщины мизинца; расширение ее начинается у нижнего края челюсти и теряется в кровяной опухоли; артерия делает много извилин в щеке. Перевязка обеих челюстных артерий и иглосдавливание вокруг кровяной опухоли не имели на нее ни малейшего влияния; тогда предложено было впрыскивание в опухоль хлористого железа. 27 июля при описанных уже предосторожностях, впрыснуто в опухоль около ℥ j. liquoris perchloreti ferri: немедленно прекратилось биение. Хотя впрыскивание было сделано со стороны слизистой оболочки губы, однако того же дня вечером образовался черный сухой струп в коже губы; струп равнялся серебряной монете в 10 копеек. Скоро вокруг струпа показалось нагноение, а на 15-й день после впрыскивания вывалилась наружу вся пробка: на месте опухоли осталась кратеровидная язва, на краях которой показалась вскоре рубцовая ткань. Биение в расширенной правой челюстной артерии прекратилось частью уже после перевязки ее и окончательно — после впрыскивания в опухоль хлористого железа.

В приведенных 2 случаях рядом с желанным успехом наблюдались неблагоприятные осложнения, избежание которых весьма желательно. Нечего распространяться о важности и опасности первого осложнения — я понимаю эмболию в легочной ткани: только благодаря стойкости пробки и, вероятно, закупорению очень малого сосудца больная могла счастливо перенести воспаление легкого. Весьма тяжело положение врача в ту минуту, когда он сознает совершенную зависимость от случайности, не имея возможности рассчитывать положительно на то или другое действие своего средства: в такое положение ставит врача, между прочим, употребление хлористого железа в виде впрыскиваний в кровяные опухоли, и не в меньшей мере, может быть, чем употребление хлороформа и некоторых других средств. Должны ли мы отказаться от употребления подобных средств? Не думаю. Скорее изучением причин, обусловливающих опасность, мы можем превратить средство в менее опасное и пользоваться им как действительным и нередко незаменимым. Из описания производства операции мы видели, что чувство тоски у больной обнаружилось вместе с отнятием рук помощников, другими словами, эмболия легкого произошла непосредственно за прекращением давления на вены. Чем тщательнее производить давление на окружающие вены, чем долее производить его после окончания впрыскивания в кровяную опухоль, тем вернее устраняется опасность от эмболии. Здесь, между прочим, заметим, что чем скорее происходит свертывание крови, тем лучше, и потому совет — разводить водой обыкновенный раствор хлористого

железа — мало основателен. Мы употребляли во всех случаях неразжиженный раствор хлористого железа.

В другом случае, на губе, мы видели образование струпа, нагноение и уничтожение кровяной опухоли некротическим процессом. Не всегда желательно было бы достигнуть излечения подобным путем, особенно на лице: губа у Анны Мексиканер была далеко не красива после уничтожения кровяной опухоли, и потребуется, может быть, еще значительная пластическая операция для восстановления симметрии лица. При употреблении хлористого железа в виде впрыскиваний в кровяные опухоли не следовало бы терять из виду двух обстоятельств, от которых зависит более или менее возможность нагноения, а именно: а) когда впрыскивается слишком большое количество хлористого железа, то вслед за образованием кровяного сгустка избыток средства действует на окружающие ткани, превращая их в струп; б) образование струпа в уколе и сообщение его с внешним воздухом. Кажется, ввиду второго обстоятельства, г. Мезопнев поступает следующим образом: предварительно он вкалывает полую золотую иглу и погружает ее так далеко, пока не покажется слабая струя крови — доказательство, что игла проникла в полость вены; далее, к наполненному уже раствором хлористого железа шприцу привинчивается золотая трубочка, которая должна свободно проникать в полость иглы. Впрыскиваемый таким способом раствор хлористого железа проникает прямо в полость вены, не касаясь окружающих тканей.

THYREOTOMIA ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ В ПОЛОСТИ ГОРТАНИ [31]

В старину все страдания гортани слыли под названием pseudocroup. Этот темный отдел частной патологии, не освещенный ни с клинической, ни с анатомопатологической точки зрения, обходился хирургами до тех пор, пока ларингоскоп не бросил свой луч света в эту глубоко заложенную и весьма важную в функциональном значении область человеческого тела. Нельзя не удивляться предприимчивости хирургов, которые решались вскрывать щитовидный хрящ в доларингоскопический период времени на основании одной только вероятной диагностики болезней гортани. Честь первого вскрытия щитовидного хряща принадлежит Пельтану. В 1788 г. он вскрыл щитовидный хрящ для удаления попавшего в полость гортани куска сухожилья из телятины. Бланден удалил в 1828 г. путем thyreotomiae застрявшую в гортани иглу *. Эти операции предпринимались для удаления посторонних тел, случайно попавших в полость гортани. Брауерс же в 1833 г., задолго до введения ларингоскопии, вскрыл щитовидный хрящ для удаления опухоли из гортани. Эрману принадлежит второй случай thyreotomiae, предпринятой с подобной же целью: в 1844 г. он вскрыл щитовидный хрящ для удаления сосочковатой опухоли (papilloma), сидевшей на краю левой голосовой связки. Распознавание сделано было по кусочкам сосочковатой массы, выброшенным с кашлем. После операции осталась охриплость голоса **. Со времени введения ларингоскопии (Чермак, 1859) число операций thyreotomiae стало возрастать быстро, и в настоящее время их насчитывается около 100. Этому числу можно противопоставить, однакоже, около 1 000 случаев внутригортанных операций, предпринятых для удаления новообразований из полости гортани естественным путем.

---

* Hueter в *Pitha* u. *Billroth's* Allgem. u. spec. Chirurgie, III т. стр. 84.

** *P. Bruns*, Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealen Neubildungen, Berlin, 1878, стр. 7.

Laryngotomia s. thyreotomia может быть произведена при следующих условиях: 1) для удаления посторонних тел из полости гортани; 2) для удаления новообразований; 3) при переломах щитовидного хряща и 4) при сужениях гортани (иногда). Мы будем иметь в виду только новообразования в гортани, для удаления которых имеется в настоящее время два пути: естественный — через рот, и искусственный — через вскрытый щитовидный хрящ. В недавнее время оперативная хирургия обогащена еще одним приемом — иссечением гортани полным или частичным.

В полости гортани встречаются доброкачественные и злокачественные новообразования. Последние, т. е. рак и саркома, могут быть удаляемы только путем thyreotomiae, а в некоторых случаях чрез иссечение гортани. Если до сих пор не выработаны правила для руководства при новообразованиях в гортани, то это относится к области так называемых доброкачественных опухолей: здесь оба пути находят применение; притом одни хирурги отдают исключительное предпочтение искусственному, другие естественному пути. И те, и другие впадают в крайность. Если новообразование может быть удалено путем естественным, то операция должна быть предоставлена специалисту; только в тех случаях, когда путем естественным нельзя извлечь новообразования или же операция не может быть выполнена совершенно, только в таких случаях наступают права thyreotomiae. Свойство опухоли, размеры ее, место первоначального развития и дальнейшее разрастание — все это может иметь существенное влияние на применение того или другого способа операции. В полости гортани встречаются все виды новообразований. По частоте появления их можно расположить в следующем порядке, изучая казуистический материал, собранный П. Брунсом: на 1 100 случаев новообразований приходится 602 раза papilloma (54,7%), 346 fibroma (31,4%). Это самые частые виды новообразований; остальные случаи выпадают на долю слизистых полипов, мешетчатых опухолей, аденом, гранулом, миксом, жировиков и хрящевиков *. Гистологически доброкачественное новообразование получает иногда клинически значение злокачественного, если объемом своим и местом первоначального развития оно вносит опасные расстройства, угрожая задушением.

В таком случае должны быть применяемы те же приемы, которые применяются и для удаления злокачественных новообразований. Естественный путь для удаления такого новообразования не может иметь места.

Thyreotomia должна быть оценена, во-первых, как кровавая операция вообще, а во-вторых, как операция предварительная

---

* *P. Bruns*, L. d., стр. 129.

подготовляющая путь для более удобного удаления новообразования из полости гортани. Отвечая на первое положение, мы укажем прежде всего, что из 97 случаев вскрытия щитовидного хряща смерть последовала 3 раза. Это составляет немного больше 3% смертности, что свидетельствует о весьма благоприятных исходах этой кровавой операции среди других больших операций. Значение этого процента ослабляется еще больше, если принять во внимание, что в двух случаях смерти ближайшей причиною ее была не сама операция, но случайные осложнения — рожа и гнилостная лихорадка в одном и переносные гнойники в легких — в другом случае. Как кровавая операция thyreotomia может представлять опасность со стороны кровотечения или задушения. Кровотечение бывает незначительное, и только при рассечении arteriae crico-thyreoideae оно может получить серьезное значение. Перевязать art. crico-thyreoideam нетрудно, если операция производится после предварительной tracheotomiae, или с закинутой через край стола головой, по способу Розе. В том и другом случае устраняется и опасность задушения вследствие затекания крови в дыхательные пути. Последнее осложнение оказывается далеко менее важным, чем выраженные по поводу его опасения, если принять во внимание, что из 97 вскрытий щитовидного хряща 21 раз thyreotomia сделана была даже непосредственно, без предварительного вскрытия дыхательной трубки (tracheotomia), причем ни одного раза не наблюдалось припадков задушения *. Предварительное вскрытие дыхательной трубки необходимо. Оно облегчает производство самой операции thyreotomiae, а позднее устраняет раздражение раны, доставляет покой соединенным половинкам щитовидного хряща и устраняет припадки задушения в тех случаях, когда после операции обнаруживается отек гортани. Самый существенный из упреков, делаемых операции thyreotomiae, это — влияние ее на состояние голоса. Весьма часто после вскрытия щитовидного хряща остается охриплость, даже и полная потеря голоса. Далеко не всегда это явление находится в зависимости от операции; новообразования, развиваясь на самых голосовых связках, часто расстраивают, а иногда и совсем уничтожают голос. Однакоже и сама операция иногда оставляет те же последствия, если повреждаются режущими инструментами голосовые связки, если разъединяемые половинки щитовидного хряща не соединяются прочно и точно. Здесь многое зависит от способов последовательного лечения и наложения шва. Необходимо иметь в виду свойства разделенных тканей и применение такого шва, при помощи которого может быть достигнуто сращение per primam intentionem. Раны хряща заживают при посредстве грануляционной ткани,

* *P. Bruns*, L. c., стр. 87.

образующейся из надхрящницы. Грануляционная ткань дифференцируется сначала в волокнистый, а позднее (через $2^1/_2$ или 3 месяца) в гиалиновый хрящ, если мягкие части, покрывающие хрящ, заживают первым натяжением. При заживлении раны путем нагноения разъединенные части хряща соединяются волокнистой соединительной тканью *. Иногда в местах укола швов развивается нагноение, изъязвление краев раны и вслед затем нарушение непосредственного и прочного соединения разделенного щитовидного хряща. Употребляя для шва карболизованную струнную нить и пропуская ее притом через существо самой хрящевой ткани, мы наблюдаем сращение через первое натяжение: нагноения в уколах обыкновенно не замечается, струнная нить всасывается, не вызывая значительного раздражения и нагноения. Этим фактом мы воспользовались при вскрытии щитовидного хряща у г. Романкевича. Последствия оправдали предположения.

Второе наше положение относилось к тому, насколько thyreotomia, как операция предварительная, может облегчить удаление новообразования из полости гортани. В огромном большинстве случаев так называемые доброкачественные новообразования гортани могут быть удалены через естественный путь. На 1 100 случаев новообразования занимали голосовые струны 836 раз (76%)**. Это положение новообразований делает удаление их возможным большей частью. Однакоже новообразования могут занимать обширную поверхность, могут находиться под голосовыми связками или на дне моргагниевых желудочков. В этих случаях необходимо вскрытие гортани. При разделении щитовидного хряща снизу до верха удается рознять обе половинки настолько, что вся полость гортани может быть обозреваема и становится доступной для режущих инструментов. Гютер предлагает отделить ligamentum conoideum от нижнего края щитовидного хряща в тех случаях, когда половинки его не могут быть достаточно раздвинуты: иногда можно воспользоваться и этим предложением. Но почти никогда не придется прибегать к рассечению перстневидного хряща. Рассекая его, мы не увеличим расщепления гортани, потому что хрящ мало податлив, сильно пружинит. Сверх того, мы потеряем естественную шину, которая способствует удержанию половинок щитовидного хряща во взаимном соприкосновении. Одним словом, всегда достаточно бывает ограничиться рассечением одного щитовидного хряща вдоль по ребру его, и только в тех случаях, когда новообразование очень велико или основание его занимает обширную поверхность, придется прибегнуть и к рассечению ligamenti

---

* *С. Шкляревский*, Патологоанатомические исследования процесса заживления ран хрящей, С.-Петербург, 1875, стр. 33 и 34.

** *P. Bruns*, L. c., стр. 130.

conoidei до верхнего края перстневидного хряща, если не найдем более целесообразным воспользоваться вышеуказанным предложением Гютера.

12 декабря 1878 г. в академической хирургической клинике Виллье сделана была thyreotomia для удаления новообразования из полости гортани при следующих обстоятельствах: г. Романкевич, 22 лет, армейский офицер, уроженец Могилевской губернии. У него сиплый голос, кашель; по временам весьма затрудненное дыхание. Катарральное состояние слизистой оболочки зева. Laringoscopia: на правой голосовой связке, в передней ее трети, замечается новообразование величиной с вишню; оно неправильно сферического очертания, темно-красного цвета, подвижно, сидит, повидимому, на широком основании, прикрепляясь под голосовой связкой. Исследование гортани производится легко, — больной переносит присутствие гортанного зеркала, благодаря тому, что много раз подвергался исследованиям со стороны специалистов. Всегда пользовался хорошим здоровьем. За год до поступления в клинику он заметил первые припадки затрудненного дыхания во время турецкого похода в Болгарии, в 1877 г.; но уже прежде страдал упорным катарральным кашлем. Специалисты признали невозможным удаление новообразования естественным путем; мы предложили г. Романкевичу операцию вскрытия щитовидного хряща, на что больной поспешно изъявил свое полное согласие.

Захлороформировав больного, мы сделали предварительно вскрытие дыхательной трубки (tracheotomiam) ниже перстневидного хряща. Вставлена была серебряная трубочка. Когда больной откашлялся и прекратилось кровотечение, мы приступили к вскрытию гортани. Больному дано было горизонтальное положение с закинутой через край стола головой, по способу Розе. Начиная от верхнего угла первоначальной раны, мы провели сечение кожи по серединной линии до подъязычной кости. Обнажен был щитовидный хрящ. В нижней вырезке его сделан был надрез ligamenti conoidei, введен пуговчатый нож в полость гортани и рассечен по серединной линии щитовидный хрящ снизу до верха. Для более удобного раздвигания половинок хряща ligamentum conoideum отделено было по нижнему краю щитовидного хряща вправо и влево от серединного сечения. Теперь, раздвинув половинки хряща, можно было прекрасно обозреть всю полость гортани. Половинки хряща раздвигались помощью острых крючков, вколотых в края раны. Губкой снята была слизь и кровь, покрывавшие голосовые связки и новообразование. Прикосновение губки к голосовым струнам не вызвало раздражения и приступов кашля. Новообразование было срезано ножницами. Паренхиматозное кровотечение из полости гортани прекратилось скоро после того, когда больной принял вертикальное положение.

Разделенные половинки щитовидного хряща соединены были тремя швами из карболизованной струнной нити; нити пропущены были через хрящ в расстоянии 3 мм от края раны. После соединения половинок хряща рана общих покровов сшита была узловидным густым швом из шелковой нити. Прикрыв отверстие серебряной трубочки куском влажной кисеи, мы оставили рану без перевязки.

Непосредственно после операции больной произнес несколько слов звучным и ясным голосом. Заживление раны не сопровождалось никакими осложнениями. Температура поднималась по вечерам в течение первых трех дней до 38,5°, а затем упала до нормального уровня. Два дня после операции чувствовалась боль при глотании пищи. К концу первой недели после операции вынута была серебряная трубочка, а в последних числах декабря месяца больной оставил клинику. У больного при оставлении клиники замечалось еще небольшое свищевое отверстие в том месте tracheae, где лежала серебряная трубочка.

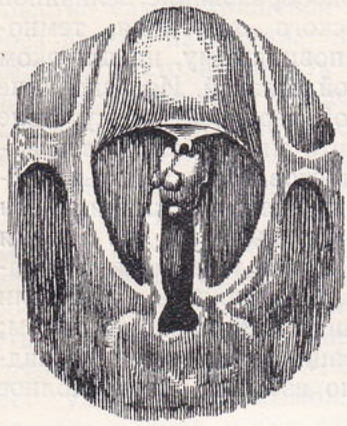


Рис. 1.

15 февраля 1879 года г. Романкевич писал из Рязани: «Рана горла зажила совершенно, голос все еще не восстановился вполне — басит».

4 апреля 1879 года г. Романкевич приехал в столицу показаться: в это время голос его был много чище, но все еще низкий; дыхание совершенно свободно; отсутствие кашля. При исследовании помощью гортанного зеркала можно было заметить нормальную подвижность обеих голосовых связок; равномерным сближением их достигалось закрытие гортанной щели. На правой голосовой связке явления гиперемии, особенно в передней половине гортани. При более тщательном исследовании можно было заметить небольшую выемку по краю передней части правой голосовой связки. Когда срезано было новообразование, осязанием можно было определить уплотнение в том месте голосовой связки, где прикреплялась опухоль; вследствие того ножницами снят был еще небольшой слой ткани, и в этом-то месте оказалась выемка, о которой мы упомянули выше. При таком условии невозможно совершенно равномерное колебание одних голосовых струн: напряжение их не одинаково, не одинакова и длина. В этом мы видим причину неясности голоса и понижения тона его сравнительно с тоном голоса (тенор) в здоровом состоянии.

Возможно ли восстановление голоса ad norman в данном случае, трудно ответить; однакоже, допустив способность приспособления в голосовых связках, можно предположить, что со временем голос станет и чище и выше, чем в настоящее время. По крайней мере мы имеем право предположить, что изменение голоса у г. Романкевича произошло вследствие изъяна окраины голосовой струны, а не под влиянием не-

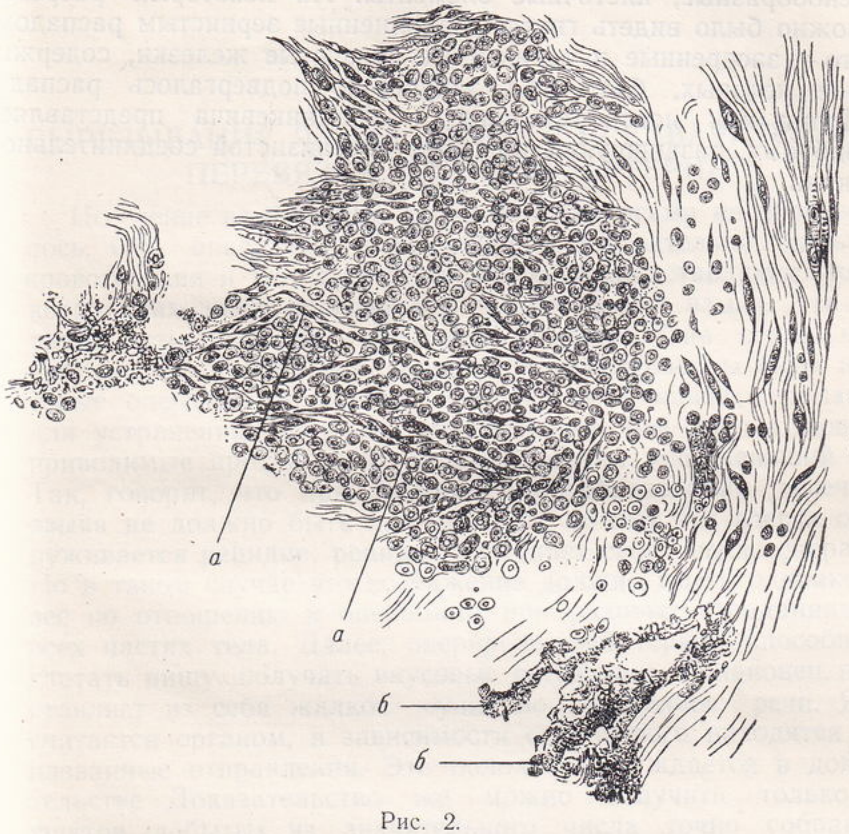


Рис. 2.

правильного сращения половинок хряща. Сложенный хрящ был соединен тремя струнными швами, а положение, данное щитовидному хрящу при наложении шва, осталось неизменным: мы получили полное сращение через первое натяжение как в хряще, так и в покрывающих его мягких частях.

На рисунке 1 представлена гортань с новообразованием, как это наблюдалось при исследовании зеркалом. Новообразование изображено на рисунке немного меньше действительных своих размеров: при выдыхании опухоль поднималась и выступала на поверхности голосовых связок почти во всем своем объеме; при вдыхании же она опускалась, и это последнее состояние воспроизведено на рисунке 1.

Рисунок 2 изображает гистологическое строение новообразования. Вырезанная опухоль макроскопически представлялась покрытой слизистой оболочкой, была сочна, сосудиста, темнокрасного цвета. В разрезе можно было заметить простым глазом богатство кровеносных сосудов опухоли. Гистологически опухоль представляет строение рыхлой соединительной ткани, в которой заложены, местами круглые, местами веретенообразные, клеточные элементы. На некоторых разрезах можно было видеть гнезда, наполненные зернистым распадом: это — засоренные и сдавленные слизистые железки, содержимое которых, благодаря закупорке, подвергалось распаду. Полип или новообразование г. Романкевича представляет фиброму, развившуюся на почве подслизистой соединительной ткани.

ВЫРЕЗЫВАНИЕ ЯЗЫКА ПОСЛЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПЕРЕВЯЗКИ ЯЗЫЧНЫХ АРТЕРИЙ [32]

Иссечение всего языка прежними хирургами не производилось. Они опасались, и совершенно основательно, сильного кровотечения и тех трудностей, которые представляются тогда, когда приходится проникать к самому корню языка. Эта операция есть достояние новейшего времени. Она стала чаще производиться с тех пор, когда усовершенствованы были некоторые оперативные приемы и точно установлены показания для устранения опасности кровотечения. Все другие доводы, приводимые против этой операции, имеют уже меньший вес. Так, говорят, что при раковом новообразовании иссечение языка не должно быть производимо, потому что всегда обнаруживается рецидив; рецидив наступает скоро после операции. Но в таком случае это возражение должно иметь одинаковый вес по отношению к операциям при раковых страданиях во всех частях тела. Далее, оперированный теряет способность глотать пищу, получать вкусовые ощущения и, наконец, представляет из себя жалкое существо, лишенное речи. Язык считается органом, в зависимости от которого находятся все названные отправления. Это положение нуждается в доказательстве. Доказательство же можно получить только из фактов, добытых из значительного числа точно собранных наблюдений.

Опасаясь кровотечений, хирурги прежнего времени избегали ножа, а для удаления новообразований языка прибегали к помощи прижигающих средств, петли, гальванокаустики, экразёра. Beclard'y принадлежит первоначальная мысль предпосылать ампутации языка перевязку язычных артерий над большими рожками подъязычной кости. Он предложил перевязывать язычные артерии в этой области не только при поражении их, но также при сосудистых опухолях языка и при раковых новообразованиях *. Со временем выработалось

* *Blandin*, Traitè d'anatomie topographique, Paris, 1834, стр. 180.

очень много способов ампутаций языка. Все эти способы вообще можно подвести под три разряда. Язык иссекают: 1) через рот — естественный путь, 2) через расширенный естественный путь. Расширение достигается или горизонтальным разрезом щек, или перепиливанием нижней челюсти, 3) через искусственный путь, т. е. через рану, образованную под подбородком (regio suprahyoidea).

В каждом из названных способов применяются разные приемы, которые состоят: в употреблении прижиганий (cauterium actule ac potentiale), петли — простой или гальванокаустической, экразёра, режущих инструментов. Применение того или другого приема — есть дело личного вкуса и опыта. Выбор между ними имеет место только до тех пор, пока мы не обеспечены от опасности кровотечения. Но когда эта опасность устранена, т. е. сделана предварительная перевязка язычных артерий, то выбирать не приходится: в таком случае всегда следует пользоваться ножом, дающим самое верное и точное разделение тканей.

В начале нашей хирургической деятельности мы удаляли части языка, пораженные злокачественным новообразованием, через естественный путь. Иногда прибегали и к расширению естественного пути. Так, в Одессе однажды мы иссекли бо́льшую часть языка и тканей на дне полости рта после предварительного разделения нижней челюсти по середине ее (способ Sédillot). Через рот можно удалять только части языка. Более простора для оперативных действий представляется при способе Sédillot, благодаря которому мы имели возможность иссечь не только пораженную часть языка, но и массы оплотнелых тканей на дне полости рта. Однакоже кровотечение, наполнение полости рта кровью, затрудненное дыхание — все это мешает при производстве операции и по способу Sédillot. Затруднения эти возрастают особенно при оперировании через рот без предварительного расширения естественного пути, если отщемляется язык помощью экразёра. Во время действия экразёра дыхание больного затрудняется в высокой мере; применение же гальванокаустики далеко не вполне устраняет опасность кровотечения. Ввиду всего сказанного, в последнее время мы перестали уже производить ампутацию языка через естественный путь. Для обеспечения же себя от возможности кровотечения как во время операции, так и после нее мы предпосылаем всякий раз предварительную перевязку обеих язычных артерий. Перевязав артерии, мы открываем искусственный путь в полость рта per regionem suprahyoideam и, таким образом, удаляем не только пораженные части языка, но при показании и весь язык (amputatio linguae completa).

Мы сделали таким образом ампутацию языка четыре раза. Все четыре раза мы применили способ Regnolli, изменен-

ный Billroth'м. Только в первом случае (больной Федоров) мы отделили мягкие части от внутренней поверхности нижней челюсти неподнадкостнично; во всех же остальных — поднадкостнично. Это предложение Billroth'a — поднадкостничное отделение прикрепления мышц — имеет двоякую цель: уменьшить потерю крови и способствовать скорейшему восстановлению функции тех мышц, которые отделяются от внутренней поверхности нижней челюсти. Обыкновенно мы проводим прямые разрезы параллельно нижней челюсти, отступив на поперечный палец от края ее. Эти разрезы служат для перевязки язычных артерий по способу Malgaigne'я. Длина разреза, лежащего между краем нижней челюсти и большим рожком подъязычной кости, равняется 5 или 6 см. Рассекаются общие покровы, широкая мышца шеи и вскрывается апоневротическое растяжение близ нижней части подчелюстной железы. Железа приподнимается кверху. Под ней открывается угол, обозначаемый musculo digastrico maxillae inferioris. Поперечно идущий подъязычный нерв отсекает из этого угла треугольник, в котором и нужно искать язычную артерию. Артерия прикрыта еще musculo hyoglosso. Рассекши поперечно волокна последней мышцы, мы попадаем непосредственно на язычную артерию. Подъязычный нерв и язычная вена лежат над подъязычно-язычной мышцей, а язычная артерия — сзади или над ней. Подведя нити под язычные артерии, мы соединяем передние концы обоих разрезов полукруглым сечением, окаймляющим среднюю или подбородочную часть нижней челюсти. Последний разрез проводим сразу до кости. Отделение мышц от челюсти производится поднадкостничным образом. При этом потеря крови бывает гораздо меньшая, чем при отделении мышц от кости без отслоения надкостницы. Это необходимо принимать в расчет, потому что потеря крови в последнем случае может быть очень велика, что небезразлично для малокровного больного, которому предстоит, может быть, еще более или менее значительная потеря крови при дальнейшем ходе операции.

Что касается до более скорого восстановления функции мышц, отделенных от внутренней поверхности нижней челюсти поднадкостнично, то и это положение тоже вполне оправдывается.

У Федорова (1-й случай) после операции непосредственно произошло сведение челюстей; пришлось насильственно, правда, без значительного труда, разъединять челюсти, чтобы вводить желудочный зонд для кормления. Если подобное явление наблюдалось и у тех больных, у которых отделение мышц произведено было поднадкостнично, то оно не было сильно выражено и продолжалось всего 2 или 3 дня (г. Эк. — 2-й случай), тогда как у Федорова оно наблюдалось еще и на 9-й день.

I. П. И. Федоров, 51 года, уроженец Костромской губ.; чиновник. На левой стороне языка, близ основания, язва в $4^1/_2$ см длиной и в $2^1/_2$ см шириной. Края язвы приподняты и отворочены. Края и дно язвы представляются весьма твердыми; соответственные коренные зубы верхней и нижней челюстей давно уже разрушены; перед поступлением в клинику все корешки их были извлечены. Язва на языке существует уже более года; она все разрасталась. Микроскопическое исследование вырезанного кусочка новообразования показало строение рака. Гноевидное отделение из мочеиспускательного канала; сужение канала in parte membranacea. Катарр мочевого пузыря.

4 февраля 1877 г. сделана была amputatio linguae. Больной был захлороформирован. Через продольные разрезы, параллельные краю нижней челюсти, обнажены обе язычные артерии и перевязаны карболизованной струнной нитью. Соединив передние концы обоих продольных разрезов полукруглым сечением по краю подбородка, мы получили подковообразный лоскут, в котором остались отделенные от внутренней поверхности нижней челюсти мышцы. При отделении мышц произошла значительная потеря крови. Язык был извлечен через рану в подбородочную область. Извлечена была только левая половина языка так, что поперечное сечение языка пришлось непосредственно у надгортанника. После удаления левой половины языка замечен был твердый узел величиной с лесной орех впереди левой миндалины. Он лежал среди рыхлой клетчатки и был удален без труда. Поперек полости рта положена была дренажная трубка, концы которой выпущены наружу через боковые части раны. Густой узловатый шелковый шов соединил края наружной раны.

Мы заметили уже, что после операции образовалось сведение челюстей. Наружная рана зажила per primam intentionem; в полости рта нагноение. На 9-й день после операции больной мог сидеть и кататься по коридорам клиники. Когда наружная рана была закрыта, а рана языка оделась хорошей грануляционной тканью, обнаружились явления упадка сил, несмотря на то, что в это время больной мог уже глотать свободно пищу: пульс сделался слабым, нитевидным, посинели концы пальцев рук и ног, и на 14-й день после операции больной скончался при явлениях крайне затрудненного дыхания.

Вскрытие: большой пристеночный сверток крови (thrombus) в восходящей части начальственной артерии. Внутренняя поверхность начальственной артерии изъязвлена; в центре свертка гноевидный распад. В верхней доле левого легкого плотный узел величиной с грецкий орех (embolia). Подковообразная почка, в веществе которой найдены два мочевые камня древовидного очертания длиной в 6 см каждый. Catarrhus vesicae urinariae. Паренхиматозное воспаление glandulae prostaticae с гнойным отделением из ее полости. Рубец на слизистой оболочке partis membranaceae urethrae.

Федоров умер через 2 недели после операции. Но явления, найденные при вскрытии, свидетельствуют, что он умер не вследствие операции, а под влиянием ряда патологических процессов, которые развились задолго до предпринятой операции.

II. Эк. Ал. П., 39 лет; агент страхового общества в Петербурге. Раковая язва на середине спинки языка, ближе к корню, продольно-овального очертания, в $5^1/_2$ см длиной и $2^1/_2$ см шириной. Края язвы вздутые, развернутые; дно нечистое, сального вида. Сильные стреляющие боли; всякое движение языка ожесточало боли. Почти все коренные зубы верхней и нижней челюстей разрушены. Больной много лет уже носил пластинку с искусственными зубами на верхней челюсти. Язва обнаружилась в мае 1878 г. Лет 12 на спинке языка существовала какая-то бородавка (?) с горошину величиной. Изъязвление показалось первоначально на бородавке и после разрушения последней стало быстро расширяться.

В течение лета г. Эк. выдержал продолжительный курс ртутных втираний (до 60 втираний, по 1 драхме каждое) и принял огромное количество иодистого потассия. Микроскопическое исследование кусочка, вырезанного из новообразования, обнаружило явственное строение рака.

3 октября 1878 г. сделана была amputatio linguae completa. Сначала впрыснута была подкожно $^1/_6$ г Morphii muriatici, потом дан хлороформ. Таким же способом, как и в первом случае, обнажены обе язычные артерии. Под каждую подведена карболизованная струнная нить. Соединив оба передние конца продольных разрезов полукруглым разрезом по подбородку, мы отделили мышцы (mm. digastr. maxill. infer. mylo-hyoid. genio-hyoid. et genio-gloss.) от внутренней поверхности нижней челюсти поднадкостнично. Язык вытянут был in regionem suprahyoideam. Непосредственно перед отрезанием языка были затянуты нити на обеих язычных артериях. Ампутирован был весь язык так, что заднее поперечное сечение пришлось у самого надгортанника, на $^1/_2$ см от его основания; снизу отрезан язык так, что остались только небольшие складки слизистой оболочки на дне полости рта. Перед окончательным отделением языка продеты были две шелковые нити через остатки языка у надгортанника; назначение их было — предотвратить возможность задушения. Отсечение языка было вполне бескровное. Толстые дренажные трубочки, проникавшие в полость рта, вставлены были по углам раны под нижней челюстью. Наружная рана соединена была шелковым узловатым швом. На дне полости рта наложено было 4 узловатых шва из карболизованной струнной нити; они соединяли в продольном направлении края перерезанной слизистой оболочки. Когда последние швы были затянуты, то образовалось на дне полости рта незначительное продольное возвышение, терявшееся сзади в остатках корня языка, близ надгортанника.

После операции состояние больного было так удовлетворительно, что почти не замечалось лихорадочного повышения температуры, за исключением двух первых дней. Колебания температуры больного в течение 12 дней после операции были следующие:

Дни по порядку	Температура утренняя	Температура вечерняя	Дни по порядку	Температура утренняя	Температура вечерняя
1-й 3/X	—	38,3	7-й 9/X	37,5	37,2
2-й	37,8	38	8-й	36,8	37,3
3-й	37,9	37,8	9-й	36,8	37,6
4-й	37,7	37,6	10-й	36,6	36,8
5-й	37,5	37,8	11-й	36,3	36,5
6-й	37,6	37,6	12-й	36,5	36,5

Четыре дня после операции больного кормили при помощи желудочного зонда, потом он стал глотать сам пищу, откидывая голову сильно кзади. Неприятное ощущение причиняло обильное скопление на дне полости рта слюны, которую больной не мог выплевывать. Бóльшая часть слюны стекала через дренажные трубки; остававшуюся приходилось вымывать, пуская в рот струю воды. На 10-й день сняты были с корня языка предохранительные шелковые петли, на 12-й — удалены дренажные трубки. С этих пор г. Эк. стал быстро поправляться. Он глотал не только жидкую пищу, но и комки плотной (котлеты, каши, размягченного хлеба и пр.); в последнем случае он откидывал голову кзади и запивал каждый кусок плотной пищи бульоном, вином или молоком.

Ш. В. Стифель, мужчина 65 лет, крепкого телосложения. Раковая язва на левом крае простиралась от верхушки до основания и обнимала треть языка. Дно язвы хрящевой плотности. Затвердение переходило на мягкие части, одевавшие внутреннюю поверхность левой половины нижней челюсти. Припухлость лимфатических желез в левой подчелюстной обла-

сти. Сильнейшие стреляющие боли в языке распространялись в левую половину головы. От боли затрудненное глотание пищи и бессонные ночи. В январе 1878 г. заметны были первые признаки изъязвления на языке. На 20-м году жизни имел ulcus primarium. В 1870 г. в Вене имел какое-то изъязвление на правой половине языка, уступившее лечению вяжущими средствами в течение нескольких дней. Перед поступлением в клинику долго лечился иодистыми препаратами и мышьяком.

26 октября 1878 г. приступлено было к отнятию языка. Захлороформировав больного, мы перевязали обе язычные артерии карболизованной струнной нитью. Затем сделали сечение мягких частей вдоль края подбородочной области, отделили поднадкостнично мышцы от внутренней поверхности нижней челюсти и быстро извлекли язык. Когда перевязывалась вторая (правая) язычная артерия, больной уже очнулся. При отделении мышц больной был не вполне анестезирован и находился в полусознательном состоянии. В момент извлечения языка обнаружились явления задушения (asphyxia) при сильно сжатых челюстях. Разняв челюсти, мы сделали несколько движений искусственного дыхания: больной пришел в себя, вздохнул несколько раз глубоко и равномерно и стал показывать рукой на грудь, жалуясь на препятствие для свободного дыхания. Вслед затем быстро наступили снова явления задушения и прекратилось дыхание. Попытки искусственного дыхания продолжались более часа. Сделана была tracheotomia. Но все было тщетно: Стифеля мы не могли оживить.

От чего умер Стифель? Воспроизводим целиком протокол вскрытия, сделанного 27 октября 1878 г. прозектором при кафедре патологической анатомии И. И. Бурцевым. «По нижнему краю нижней челюсти рана, разъединяющая кожу и мышцы, прикрепляющаяся к подбородку. В углах раны перевязаны струнной нитью правая и левая язычные артерии. На передней части шеи находится другая круглая рана, разделяющая кожу и хрящи гортани. Sinus longitudinalis durae matris пуст. Pia mater мутна, сочна, легко отделяется от поверхности полушарий мозга. В боковых желудочках небольшое количество сывороточной жидкости. Задний рог левого бокового желудочка немного растянут. Сосуды основания мозга склерозированы. Околосердечная сумка богата жиром; в полости ее незначительное количество прозрачной сыворотки. Кровь больших сосудов темна и жидка. Сердце увеличено в поперечном размере; в бороздах его значительное отложение жира. Стенки левого желудочка толщиной в 1 дюйм. Intima aortae склерозирована в одном месте величиной с пятиалтынный. Полулунные заслонки утолщены, noduli Arantii увеличены. Ткань легких проходима, несколько отечна. Верхняя доля левого легкого малокровна, по краям эмфизематозна; на плевре его замечаются незначительные точечные кровяные подтеки. Правое легкое не отличается от левого. Слизистая оболочка надгортанника шероховата. В полости дыхательного горла и больших бронхов особенных изменений или сгустков крови нет, кроме раны под щитовидным хрящом, соответствующей ране, описанной при наружном осмотре. Печень увеличена вследствие жировой инфильтрации; на разрезе довольно плотна и мутна. Селезенка сращена с соседними частями; мякоть ее чрезвычайно дрябла, коричневого цвета. Почки увеличены, корковый слой их утолщен, сосочки при давлении дают эмульсивную жидкость, а при разрезе из сосудов вытекает много жидкой темной крови. В полости кишечного канала найдены два экземпляра taeniae с пигментированными головками».

Прочитав протокол вскрытия, мы снова задаемся вопросом: отчего же умер Стифель? Данные вскрытия показывают, что смерть произошла вследствие асфиксии; найдено отсутствие крови в полостях сердца и огромное скопление жидкой темной крови в больших сосудах. Нигде не было сгустков крови. Чем была обусловлена асфиксия? Механического препятствия в

дыхательных путях не найдено: ничтожное количество кровянистой слизи покрывало слизистую оболочку tracheae; и дыхательное горло, и бронхи были совершенно свободны. Хлороформ не мог обусловить асфиксии, потому что больной вдохнул его сравнительно лишь небольшое количество, всего около 3. Хлороформирование производилось через сетчатый мешочек Esmarch'a. Анестезия наступила скоро, через 6 или 7 минут, без особых явлений возбуждения. Левая язычная артерия перевязывалась тогда, когда больной находился в состоянии полной анестезии; при перевязке же правой язычной артерии он был уже в сознании и отвечал на вопросы. Затянув петли на обеих язычных артериях, мы дали больному вдохнуть немного хлороформа прежде, чем приступлено было к подсечению мышц на подбородке. Явления асфиксии наступили, повидимому, в момент разделения мягких частей на подбородке и обнаружились прежде, чем были окончательно отсечены мышечные прикрепления у внутренности подбородка. Язык был захвачен мюзеевскими крючками и увлечен в подбородочную область (regio suprahyoidea). Асфиксия продолжалась при сильном сжатии челюстей. Сжатие челюстей не препятствовало доступу воздуха в легкие, потому что для него имелся широкий путь in regione suprahyoidea. Челюсти были разведены непосредственно. Больной сделал несколько произвольных дыханий, — явления синюхи временно исчезли. Больной указал рукой на грудь, как бы стараясь объяснить, что там препятствие для свободного дыхания. Затем явления асфиксии снова наступили, и жизнь прекратилась. Где же причина асфиксии? Не лежала ли она в сильном болевом ощущении? Под влиянием ощущения сильной боли может изменяться ритм сердца, ускоряется и становится поверхностным дыхание; под влиянием сильной боли рефлекторным путем может быть вызван спазм диафрагмы и мышц гортани. Но ведь больной все-таки находился под влиянием хлороформа (хотя и не вполне); следовательно, болевое ощущение должно было быть более или менее притуплено. Наконец, асфиксия обнаружилась прежде, чем началось вытягивание языка, которому можно было бы приписать усиление болевых ощущений в области левого язычного нерва.

Нужно полагать, что причину асфиксии в данном случае составила вся сумма патологических явлений, найденных при вскрытии, именно: изменения в сердце, склероз сосудов мозга, атероматозный процесс в аорте, 65 лет больного и все остальные патологические изменения в органах его тела. Ко всему этому следует, может быть, присоединить и психическое состояние больного: он сильно боялся операции, так что в течение двух месяцев все не решался на нее.

IV. В. Лукинский, священник, 47 лет, уроженец Новгородской губернии. Под верхушкой языка, на уздечке, язва круг-

лого очертания, в 1 см в диаметре. Она занимала всю уздечку языка. Уздечка языка и нижняя его поверхность представлялись хрящевой твердости. Затвердение простиралось справа до последнего, а слева — до второго коренного зуба. С той и другой стороны затвердение сливалось непосредственно с внутренней поверхностью нижней челюсти, вследствие чего язык был спаян неподвижно со дном полости рта. Речь и глотание были затруднены. Бо́льшая часть коренных зубов обеих челюстей разрушена; местами торчали остатки разрушенных зубных коронок. Под правой половиной нижней челюсти прощупывалось затвердение лимфатических желез. Общее состояние больного было удовлетворительно: он имел тучное тело и хорошо развитую мышечную систему. Шея короткая и толстая. Зоб (struma hyperplastica) умеренных размеров в обеих половинах щитовидной железы.

В начале октября 1878 г. замечены были первые признаки изъязвления. Микроскопическое исследование кусочка, вырезанного из новообразования, показало строение эпителиального рака; прилегавшая клетчатка сильно была инфильтрирована клеточными элементами — cancer medullaris, — что и объясняет быстротечный рост новообразования.

7 декабря 1878 г. сделана была ампутация языка. Сначала были обнаружены и перевязаны струнной нитью обе язычные артерии. Обнажение артерий на короткой и зобатой шее было затруднительно. С левой стороны были перевязаны две артерии почти одинакового калибра; вероятно, arteriae lingualis et maxillaris externa выходили общим стволом, разделившимся на две ветви над большим рожком подъязычной кости. Подобные аномалии или, реже — общий ствол для язычной и верхней щитовидной артерии — встречаются обыкновенно у лиц с короткой шеей. При этом дуга язычной артерии поднимается выше и может проходить даже над подъязычным нервом *. После перевязки язычных артерий сделано было сечение по подбородку и отделено поднадкостнично все новообразование от внутренней поверхности нижней челюсти. Когда язык извлечен был в подбородочную область, больному придано было полусидячее положение. Дыхание совершалось вполне свободно. Отрезана была передняя треть языка, во всю толщу его, а из задней части языка отрезана вся глубокая часть его, так что осталась только пластинка из спинки его толщиной в $^1/_2$ см. Со дна полости рта удален был весь мышечный слой, — остались одни общие покровы. Через правый продольный разрез вылущены были затверделые лимфатические железы. Отрезание языка было вполне бескровное. Через остаток его пропущена была петля из толстой шелковой нити, которая

---

* *К. Барсов,* О вырезывании языка через подчелюстную область, С.-Петербург, 1875 г., стр. 33 и 34.

и укреплена на груди больного. Через углы раны в подчелюстной области проведены были дренажные трубочки, проникавшие в полость рта. Наружная рана сшита шелковой нитью.

И в этом случае состояние больного после операции было удовлетворительно; лихорадка почти не обнаруживалась. Только на 5-й день после операции замечен был сильный ихорозный запах изо рта; оказалось, что значительная часть оставленной пластинки языка омертвела. Омертвевшие части тканей отделились через несколько дней, и раны стали быстро рубцеваться.

24 января 1879 г. отец Лукинский выбыл из клиники. В это время у него замечалось уплотнение подкожной клетчатки в левой челюстной области, на месте, где лежала дренажная трубочка.

В 4 случаях ракового поражения языка произведена была ампутация его по одному и тому же способу. В 2 случаях был иссечен весь язык, причем в одном из этих случаев иссечен язык и почти весь мышечный слой на дне полости рта. Нельзя, конечно, делать статистических выводов на основании только 4 случаев. Мы и не предполагаем останавливаться на этом. Тем не менее мы считаем необходимым отметить некоторые явления и указать на те стороны их, которые, по нашему мнению, не должны быть упускаемы из виду при подобных операциях. Прежде всего обращаем внимание на перевязку язычных артерий. Во всех 4 случаях перевязывались обе язычные артерии; следовательно, на язычную артерию накладывалась перевязка 8 раз. Только однажды, при отыскивании язычной артерии, мы встретили затруднение: это было у священника Лукинского. Короткая шея, значительно развитый зоб и обильная жиром подкожная клетчатка заставили сделать разрез в покровах длиннее обыкновенного, до 8 см. Рана получилась длинная и весьма глубокая; на дне ее нелегко было отыскивать язычную артерию вследствие обильного паренхиматозного кровотечения. Ко всему этому нужно прибавить, что у больного встречена была аномалия на левой стороне: после поперечного рассечения волокон musculi hyoglossi мы нашли две артерии, из которых верхняя лежала выше подъязычного нерва. Вероятно, это были стволы язычной и наружной челюстной артерий, которые отошли от наружной сонной артерии общей ветвью. Но подобная аномалия возможна и с верхней щитовидной артерией, т. е. иногда arteriae lingualis et thyreoidea superior тоже выходят общим стволом. В данном случае решить положительно, с чем мы имели дело, было трудно, хотя больше вероятия в пользу первой возможности, потому что первый вид аномалии встречается несравненно чаще, чем второй: из 50 исследованных трупов 7 раз встречена первая аномалия и только три

раза — вторая *. Ввиду этого мы и решились перевязать оба артериальные ствола. Ни разу не находили мы каких-либо осложнений вследствие перевязки язычных артерий. Зато последовательное иссечение языка всякий раз было действительно бескровное: при иссечении языка не обнаруживалось почти ни капли крови; сечение можно сравнить с разделением тканей на конечностях после предварительного наложения упругого бинта. Во всех случаях перевязки язычных артерий употреблена была карболизованная струнная нить.

Еще одно замечание относительно анатомических условий. Если подчелюстные лимфатические железы инфильтрированы, увеличены в объеме, то картина взаимного отношения тканей изменяется настолько, что необходимо крайне осторожно подвигаться вглубь, до обнажения сухожилия m. digastrici maxillae inferioris. Как только найдено это сухожилие, дальнейшая часть операции становится уже легкой. Однакоже дыхательные и глотательные движения сопровождаются попеременным смещением кверху и книзу подъязычной кости. Оперировать приходится на значительной глубине и в ограниченном пространстве; движения подъязычной кости очень затрудняют при оперировании. Нужно фиксировать подъязычную кость, захватив ее пинцетом или острым крючком.

Перейдем к рассмотрению тех функциональных расстройств после ампутации языка, о которых упоминают некоторые авторы, считая их даже достаточным противопоказанием для производства операции. Целостью языка и полностью функциональной его способностью обусловливаются жевание и глотание пищи, вкусовые ощущения и речь. Насколько каждое из названных отправлений нарушается после отнятия языка?

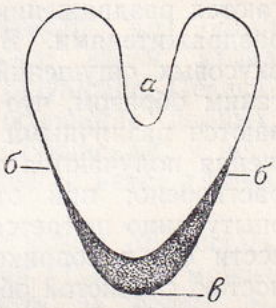
А. Еще прежде жевания и глотания следует обратить внимание на то, что непосредственно после операции затруднено бывает принятие пищи. В 1-м случае (Федоров) тотчас после операции обнаружилось сжатие челюстей, для разнятия которых приходилось употреблять некоторое насилие. На 9-й и 10-й дни больной мог произвольно раскрывать рот. В других случаях даже наблюдалось сведение челюстей после иссечения языка; но там, где отделение мягких частей от внутренней поверхности нижней челюсти производилось поднадкостнично, явление это было выражено гораздо слабее и наблюдалось всего в течение 3 или 4 дней. Жевание пищи было невозможно во 2-м и 4-м случаях; больные употребляли только жидкую, кашицеобразную, а если плотную, то только размягченную пищу (мякиш хлеба). У обоих недоставало коренных зубов; да если бы зубы и были, то при отсутствии языка невозможно было бы проталкивать комок пищи между их рядами. Оба больные были интеллигентные люди и отда-

---

* *К. Барсов,* L. c., стр. 34.

вали себе ясный отчет о своих ощущениях. Г. Э. повторно заявлял, что жевать не в силах: комок пищи, попав в рот, остается на дне его до тех пор, пока не будет пропущен в зев при помощи запрокидывания головы кзади, или же пока не будет выброшен обратно из полости рта. Комок пищи должен был иметь определенные размеры. Это было безусловно необходимо, — по крайней мере, для г. Э., у которого иссечен был весь язык. После окончательного рубцевания просвет, сообщавший полость рта с полостью зева, представлял у него следующий вид: *а* — uvula, *бб* — plicae glosso-palatinae, *в* — рубец на дне полости рта.

Комок значительного размера, превышавший объемом своим просвет входа в зев, пожалуй, не мог бы быть проглочен. Г. Э. инстинктивно чувствовал это и потому не брал в рот больших комков пищи. Особенно тягостно бывает ощущение при накоплении слюны и слизи на дне полости рта. При отсутствии языка выплевывание жидкостей изо рта в общепринятом смысле этого слова невозможно; для удаления их больному необходимо наклонить голову вперед, чтоб вытекла жидкость. Очищение полости рта возможно только при помощи струи воды. Пока оставались в углах раны, под нижней челюстью, толстые дренажные трубки, проникавшие до полости рта, жидкости стекали чрез трубки по тяжести. После же извлечения дренажных трубочек быстро затягивались угловые раночки, и вслед затем обнаруживалось тягостное ощущение от накопления слюны и слизи.



Б. Из всех наших чувств чувство вкуса отличается, может быть, наименьшей степенью точности и определенности. Чувство вкуса относительно точности далеко не может быть сравниваемо, например, с чувством зрения или даже осязания. Кроме того, ощущение вкуса есть ощущение не простое, но сложное, состоящее из нескольких ощущений: в этом легко убедиться, наблюдая явления вкусовых ощущений у лиц, лишенных органа вкуса, т. е. языка. Если принять 4 кардинальные вкуса: соленый, сладкий, кислый и горький, то ощущения вяжущего, острого, прохлаждающего и щелочного вкусов могут получиться только при помощи осязания; а получение ясного вкусового ощущения — табака, вина, хлороформа и др. — мыслимо только при совместном участии осязания и обоняния. Интеллигентный больной Э., у которого иссечен был весь язык, ощущал отчетливо вкус табака (он был сильный курильщик) и вина. Как бы то ни было, мы считаем органом вкуса язык; с полным ли правом — это другой вопрос. Может быть, нельзя вполне отвергать, что слизистая оболочка мяг-

кого неба тоже необходима для полноты вкусовых ощущений: ей многие приписывали и приписывают еще и до сих пор участие в ощущении вкусов. На языке имеются особые органы, предназначенные для восприятия вкусовых ощущений. Это — сосочки языка. Таких сосочков на языке различают три рода: нитевидные, грибовидные и желобоватые. Если первые сосочки, быть может, и не могут считаться действительными органами восприятия вкусовых ощущений, потому что они слабо снабжены нервами, то нельзя сказать того же относительно двух других родов сосочков. Собственно воспримлющая ткань в сосочке есть нерв. Можно допускать двоякий способ восприятия: или различная степень раздражения вызывает различные вкусовые ощущения, или для различных вкусовых ощущений имеются и различные нервы, которые подвергаются раздражению только соответствующими специальными раздражителями. В обоих случаях язык остается органом вкусовых ощущений. Физиологические опыты производятся таким образом, что различные области этого органа испытываются различными веществами. Понятно, что вкусовые ощущения получаются только тогда, когда испытуемое вещество растворено; при этом всегда замечаем, что подвергаемое опыту лицо пытается разлить пробуемое вещество, чтобы привести его в соприкосновение с возможно большей поверхностью слизистой оболочки. Этот же прием наблюдали мы и у всех наших оперированных; и вот почему нам кажется, что целость слизистой оболочки мягкого неба, может быть, необходима для полноты вкусовых ощущений. Каким же образом получается вкусовое ощущение тогда, когда органа вкуса не существует? Мы приведем результаты опытов, сделанных над двумя оперированными; оба они интеллигентные люди (агент страхового общества и священник); следовательно, сообщения их об ощущениях могут считаться точными.

II случай. г. Э. Ощущение вкусовое безошибочно и ясно для всех четырех кардинальных вкусов — соленого, сладкого, кислого и горького. Мы имели для опытов 4 склянки с соответствующими растворами *. Приняв испытуемый раствор на остаток корня языка, г. Э. старался разлить жидкость в полости рта, чтобы привести ее в соприкосновение с наибольшей поверхностью слизистой оболочки, и затем немедленно определял вкусовое ощущение, всякий раз совершенно точно. Мы заметили уже, что и более сложные и тонкие вкусовые ощущения, например, от табака или вина, определялись г. Э. точно и безошибочно.

IV случай: священник Лукинский. Вкусовые ощущения на корне языка: сладкий и горький растворы ощущались ясно,

---

* № 1 — раствор поваренной соли; № 2 — сахара; № 3 — соляной кислоты; № 4 — сернокислого хинина.

соленый — неясно. Ощущение кислого вкуса на корне языка не ощущалось ясно, даже и от концентрированного раствора. При смазывании слизистой оболочки мягкого неба горьким и сладким растворами не получалось вкусовых ощущений до тех пор, пока больной не проглатывал жидкость; другими словами, он должен был коснуться корнем языка до испытуемой жидкости, и тогда только получал вкусовое ощущение.

Исследование дна полости рта. На дне полости рта находилась рубцовая ткань, потому что весь мышечный слой был вырезан. Здесь ни одно из кардинальных вкусовых ощущений не получалось: всякий раз ощущался вкус употребленного раствора только тогда, когда больной делал глотательное движение, т. е. приводил корень языка в соприкосновение с испытуемой жидкостью.

Итак произведенные опыты свидетельствуют, что орган вкуса есть только язык. Может быть, не все части языка одинаково воспринимают каждое вкусовое ощущение. Последнее предположение мы высказываем на основании данных, полученных при опытах над священником Лукинским; у него на корне языка неясно было ощущение соленого вкуса и очень неясно — кислого.

В. Речь оперированных после иссечения языка оставалась ясной не в меньшей мере, чем до операции. Скорее можно сказать, что оперированные говорили, если не яснее, то свободнее после операции. Это с бо́льшим или меньшим правом можно утверждать по отношению к четвертому случаю. У священника Лукинского нижняя поверхность языка и дно полости рта представляли сплошную массу очень твердого ракового инфильтрата, плотно спаянного со внутреннею поверхностью нижней челюсти. Язык был буквально припаян ко дну рта и оставался неподвижным; к тому же всякая попытка произнести слово вызывала жестокие боли в языке. Боли исчезли после операции. У отца Лукинского речь после операции была яснее, чем до операции.

Приводим опыты относительно свойств речи, произведенные над г. Э., у которого иссечен был весь язык до самого надгортанного хряща.

1) Гласные буквы г. Э. произносил отчетливо; только буквы *ю, я* произносились как *шу, иа, ия.*

2) Что касается до согласных звуков, то здесь замечались различные уклонения и неясности в произношении так называемых язычных и небных звуков. Между язычными и небными согласными звуками нет строгой разницы: для произношения небных звуков необходимо содействие языка и vice versa. Большее или меньшее смыкание просвета рта или совершенное замыкание его при произнесении небных звуков возможны только тогда, когда спинка языка приближается к небу или касается его. За невозможностью выговорить некоторые из

этих звуков г. Э. заменял их иногда губными звуками, подражая произношением их требуемым в действительности звуком. Г-ну Э. предлагалось произносить все звуки русской азбуки; кроме отдельных звуков букв, мы предлагали ему произносить их в сочетании с различными гласными и согласными (слоги) для того, чтобы еще точнее определить те уклонения от правильного произношения, которые зависели от потери языка. Для большей ясности изложения мы представим все согласные звуки русской азбуки в трех отделах:

Губные:	Язычные:	Небные:
п ф м	*т с н*	*к х т*
б в	*д ш р*	
	щ ц ч	
	ж з л	

Мы сказали уже, что произношение всех губных согласных звуков у г. Э. было ясно. Нельзя сказать того же относительно произношения язычных согласных звуков.

Буква *т* произносилась ясно со всеми гласными звуками; только *тю* произносилось как *ти, тя* — как *тиа.*

Буква *д* произносилась большей частью неясно; в разговоре звук *д* заменялся часто звуком *бе* или *ве.* Особенно неясно произносились слоги *ды, дю* (что-то вроде *дыу), дя.* Звук *д* не был слышен отчетливо вообще, а иногда получалось что-то вроде английского звука *the.*

Буква *с* произносилась ясно, за исключением сочетания *сю,* выливавшегося всегда в звук *си.*

Буква *ш* не произносилась: она превращалась всегда в звук *с.*

Буква *щ-сц.*

Буква *ц* произносилась ясно только с гласною *е,* т. е. в виде слога *це;* со всеми другими гласными получались звуки с предшествующей буквой *т.* Так г. Э. произносил *тца, тци, тцо* и т. д.

Произношение буквы *ч* приближалось к звуку *ц.*

Буква *ж* выливалась в звук *зж;* только с гласной *а* получался более отчетливый звук — *за* вместо *жа.*

Буква *з* произносилась *ясно.*

Буква *л* произносилась довольно ясно, но не всякий раз: так, *ле* произносилась как *лэ, ли* — как *лы, лю* — неясно, как будто *лыу; ля* — как *лиа.*

Буква *н* произносилась ясно; но сочетание ее с некоторыми гласными представляло большое затруднение для произношения, а именно: *ни* произносилось как *ньы, ню* — как *ныу, ня* — как *ниа.*

Букву *р* больной произносил как *эль;* при сочетании же *р* со всеми гласными у него получался звук *х*. Так, г. Э. произносил *ра* как *ха, ре* — как *хе* и т. д.

Небные звуки представляли для произношения такое же затруднение, как и язычные. Так, буква *к* произносилась вообще ясно, но слог *ки* произносился как *къи*, *кю* — как *киу*, *ка* — как *киа*.

Произношение буквы *г* было мало ясное; скорее получался звук малороссийского *г* (латинского *h*). Притом слог *гю* произносился всегда как *гу*, *гя* — как *га*.

Буква *х* произносилась *ясно*.

Кроме неясности произношений некоторых звуков у лиц, потерявших язык, изменяется свойство голоса (timbre). Речь их напоминает отчасти речь глухих людей, которые лишены возможности контролировать степень напряжения своего голоса: отсюда отсутствие музыкальности или интонации голоса. Это зависит, вероятно, от того, что размеры резонатора изменены, т. е. полость рта после потери языка увеличивается и почти не изменяет своих размеров при произношении различных звуков речи. Очень возможно, что силой упражнения такие больные вырабатывают себе известные приемы приспособления. Наблюдения наши обнимают непродолжительное время после операции, и потому мы не имеем возможности судить о степени такого приспособления. Но что оно вообще возможно, об этом свидетельствуют случаи Roland de Bellebat и Auran'a *. Оба они наблюдали субъектов, потерявших язык (от омертвения) еще в детстве. Полость рта у них представляла весьма характерные изменения, свидетельствовавшие об известной мере приспособления. Так, губы у них западали кзади в полость рта, свод твердого неба был почти сглажен, миндалевидные железы выпячивались значительно в полость зева и рта (les amygdales étaient protubérantes), да и на дне полости рта замечались с боков возвышения, развивавшиеся, очевидно, под влиянием сокращения оставшихся мышц. Подобные же изменения, вероятно, под влиянием усилий уменьшить просвет полости рта при известных функциональных отправлениях могут происходить и у лиц, которые лишаются языка в позднейшие годы. Разумеется, изменения эти могут обнаружиться лишь по истечении значительного промежутка времени после операции.

---

* *Schlëpfer*, Vollständige Extirpation der Zunge, Zürich, 1878, стр. 90.

VI. ПРОКОЛ ОКОЛОСЕРДЕЧНОЙ СУМКИ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРОКОЛА ОКОЛОСЕРДЕЧНОЙ СУМКИ [33]

Выслушенное сообщение дает повод остановиться со вниманием на двух сторонах затрагиваемого им вопроса, а именно: на физиологических его основаниях, во-первых, и на анатомических данных, во-вторых. Что касается первых, то положение дела с этой стороны может быть до некоторой степени определяемо такой примерно постановкой вопроса: следует ли вообще стремиться преодолевать сложившееся веками чувство особливой бережливости по отношению к сердцу? Можно ли при соответствующих условиях и с сердцем обращаться так, как обращаются с другими не менее благородными органами, обнажать его, например, как обнажают testes, и т. п.? На основании данных опытов на животных и на основании клинических наблюдений над травматическими повреждениями сердечной сорочки я смело отвечаю на этот вопрос положительно. Вскрытие околосердечной сумки огнестрельным ранением не вызывает неминуемо прекращения сердечной работы; во всяком случае атмосферное давление далеко не в такой степени расстраивает деятельность сердца, как давление экссудатом, симптоматически иногда выражающееся даже потерею сознания! Принцип абсолютной необходимости опорожнения гнойника, где бы таковой ни помещался, остается незыблемым и в отношении сердечной сорочки; а потому гнойные скопления в полости ее должны требовать разреза. Что же касается серозных и кровянистых скоплений, то не подлежит никакому сомнению, что ослаблением давления их путем высасывания некоторой части выпота иногда удается достигнуть полного уничтожения последнего, совершенного его всасывания, хотя бы до того никакие отвлекающие не были действительны. Теперь об анатомической стороне. Сердце, как известно, висит в своей сорочке подвешенным на больших сосудах у основания; верхушка же его остается свободной.

При скоплениях в полости околосердечной сумки жидкого содержимого, при растяжении ее сердце поднимается кверху и тем более, чем обильнее выпот. На этом основании, не говоря уже о возможности ранения аорты, легочной артерии или левого сердечного ушка, было бы анатомопатологической погрешностью делать прокол в случае надобности где-либо вверху, а не в нижней части. Больше вероятности представляет ранение art. mammariae int. Последняя, как известно, на левой стороне грудной клетки не прикрыта париетальным листком плевры и лежит на 1—2 см влево от угла грудины. Если, таким образом, выбирать для разреза или прокола околосердечной сумки пространство между левыми IV и V ребрами или ниже и делать их у самого края грудины, то можно быть уверенным в сохранении целости как плевры, так и art. mammariae int.

VII. НОВООБРАЗОВАНИЯ В ОБЫЧНЫХ МЕСТАХ МОЗГОВЫХ ГРЫЖ

НОВООБРАЗОВАНИЯ В ОБЫЧНЫХ МЕСТАХ МОЗГОВЫХ ГРЫЖ [34]

Новообразования на голове встречаются вообще часто; нередко они бывают врожденного происхождения. Некоторые мешетчатые опухоли мягких частей черепа, без сомнения, представляют отщемленные грыжи мозговых оболочек *. Но на обычных местах мозговых грыж, кроме мешетчатых опухолей, встречаются и плотные —fibromata, lipomata и др. На месте затылочных мозговых грыж встречаются чаще мешетчатые опухоли с сывороточным содержимым, на месте же грыж лобных — cystides dermoidales (кожевики) **. Такие новообразования, представляющие подчас немалые затруднения при распознавании, гораздо чаще попадаются в передней части головы, чем в задней, и наблюдаются обыкновенно в месте нахождения лобных мозговых грыж (encephalocele sincipitalis).

Лобные мозговые грыжи можно подразделить на два отдела: то появляются они в лобной части у переносья — encephalocele sincipitalis собственно ***, то обнаруживаются в носоглоточном пространстве или в носу — encephalocele basalis. Последние грыжи пробиваются через основную кость или между основной и решетчатой или же проходят прямо через решетчатую кость. Если некоторые новообразования представляют отщемленные грыжевые выпячивания мозговых оболочек или дальнейшие изменения выпавших частей полости черепа в виде плотных опухолей, то обнаружение их во всех вышеобозначенных местах представляется возможным. Ниже мы представим доказательства этого положения относительно лобных мозговых грыж; прибавим только, что отрывание и

---

* *Tillmanns*, Specielle Chirurgie, Bd. I, Zweite Ausgabe, стр. 132.

** *Heineke*, Deutsche Chirurgie, Liefer. 31, стр. 236.

*** Этот вид мозговых грыж пробивается наружу как encephalocele naso-frontalis, encephalocele naso-ethmoidalis et encephalocele naso-orbitalis. Анатомическое место выхождения их явствует из наименований.

отщемление так называемых соврожденных носовых и носоглоточных полипов производилось часто на мозговых грыжах собственно (encephalocele basalis), так как подобные попытки оканчиваются обыкновенно смертельным исходом.

При мозговых грыжах наблюдаются изменения в строении черепа, как-то: неравномерность обеих половин его, изменения в тех частях костяка, через которые произошло выпадение. Последнее особенно резко бывает обозначено в строении переносья, которое представляется значительно шире обыкновенного, если развивается hernia sincipitalis. Кроме сказанного, в грыжевых воротах всегда наблюдается утолщение краев отверстия, наслойка костного вещества в виде валика. Если подобные же изменения костяка встречаются при соврожденных новообразованиях, не имеем ли мы права заключить, что подобные новообразования развились на месте бывших грыжевых выпячиваний черепа? Такое заключение, разумеется, естественно, если принять во внимание еще и место появления подобных новообразований: мы их встречаем чаще всего в местах развития мозговых грыж — в лобной и затылочной областях. Нужно прибавить, что в лобной части черепа под новообразованием, долго существовавшим, от постепенного давления на черепную кость получается раздражение, вызывающее, с одной стороны, вдавление в кости (до полного рассасывания костного вещества?), с другой — наслойку костного вещества вокруг вдавления в виде валика. Это анатомопатологическое явление дало повод однажды проф. Шимановскому поднять вопрос о боковых грыжах черепа (hernia lateralis cerebri) *. Нельзя отвергать вполне возможности образования мозговых грыж и в боковых частях черепа, например, в переднем и заднем нижних углах ossis bregmatis, хотя появление такой грыжи составляет величайшую редкость. Тем не менее hernia lateralis cerebri Шимановского не была, весьма вероятно, действительной мозговой грыжей. Судя по данному им описанию, в обоих случаях боковая мозговая грыжа помещалась под наружной половиной верхнего края глазницы параллельно брови; в обоих случаях наблюдалось прохождение значительного артериального стволика поперек опухоли; наконец, в первом случае после надреза покровов над опухолью наблюдались как бы явления угнетения мозговой деятельности, хотя больная выздоровела. В обоих случаях опухоли занимали классическое место образования кожевиков (cystis dermoidalis) и по анатомическому своему положению могли оказаться прикрытыми веточкой rami frontalis arteriae temporalis. Что же касается мозговых явлений в первом случае, нужно припомнить, что рана заживала через нагноение, следовательно, — при лихорадочном

* Langenbeck's Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. VI, стр. 560.

состоянии, которое могло сопровождаться явлениями угнетенной мозговой деятельности. Проф. Шимановский повествует далее, что, встретивши вскоре после первого наблюдения подобную же опухоль у молодого солдата, он отказался от оперативного вмешательства, принявши опухоль за мозговую грыжу. Но вскоре после того другой хирург, более предприимчивый, решился иссечь опухоль и произвел операцию успешно. Опухоль оказалась кожевиковою (cystis dermoidalis).

Как появление боковой грыжи, так и грыжи на необычном месте возможно. Мы упомянули уже о возможности грыжевого выпячивания в переднем и заднем нижнем углу теменной кости. Но, кроме того, можно встретить мешетчатые грыжевые выпячивания в различных местах черепа в виде так называемых травматических грыж черепа (meningocele spuria traumatica, s. cephalohydrocele traumatica). Происходят они на месте случайных щелей или прогалин в черепе, если прогалины эти, образовавшиеся вследствие повреждения, под влиянием случайных осложнений не заживают (syphilis, rachitis, западение в просвет щели мягких тканей и пр.). Через черепную прогалину при надрыве подлежащей твердой мозговой оболочки происходит просачивание мозговой жидкости, и получаются сывороточные скопления под покровом черепа — meningocele spuria traumatica *.

Существует несколько теорий для объяснения причин развития мозговых грыж. Все они, имея за собой много вероятного, не объясняют однакоже вполне удовлетворительно образование этого прирожденного недостатка. Так, 1) полагают, что ушибы матки во время утробной жизни плода нарушают правильное законченное развитие черепных костей. Но почему же прогалины, пропускающие содержимое черепа, повторяются в определенных только местах? 2) Еще д-р Клементовский ставил происхождение грыжевых прогалин черепа в зависимость от общих заболеваний (rachitis, syphilis). Это возможно в некоторых случаях; но едва ли подобное объяснение приложимо для всех видов мозговых грыж. 3) Rokitansky предполагает нарушение полного смыкания зародышевых листков по середине черепа. Принявши это толкование, мы лишаемся возможности объяснить причины появления боковых мозговых грыж. 4) Теория Spring'a предполагает возможным объяснить развитие мозговых грыж частичной водянкой то переднего рога бокового желудочка (encephalocele frontalis), то заднего рога (encephalocele occipitalis), то среднего (III) желудочка (encephalocele sphenoidalis). Принявши эту теорию, мы не можем объяснить причины развития encephaloceles sagittalis et lateralis. Наконец, 5) Geoffroy St. Hilaire допускает происхождение в утробной жизни

* Langenbeck's Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. LI.

плода сращений между мозговыми зачатками и оболочками яйца. Действительно, amnion может срастаться с различными частями тела, а подобные сращения могут обусловить развитие обезображений в виде расщепления губы, неба, перетяжек разных частей тела, произвольных ампутаций и др. Такие же сращения на голове, задерживая правильное развитие черепных костей, могут служить причиной образования черепных прогалин и мозговых грыж.

В каждой из перечисленных теорий объясняется более или менее правдоподобно возможность образования мозговых грыж. Такие грыжи, появляясь при рождении, еще в утробной жизни способны подвергаться разным дальнейшим изменениям, соответствующим постепенному нарастанию, увеличению объема грыжи, если условия первоначального образования ее продолжают существовать и содействовать большей напряженности патологических изменений. В другом случае грыжи могут уменьшаться и даже исчезать вполне, если причины, вызвавшие образование их, перестают действовать; тогда грыжа теряет свою непосредственную связь с органами, заключенными в полости черепа, и представляется в виде новообразования, отщепленного и разобщенного с полостью черепа.

В подтверждение поставленного положения мы можем представить два доказательные примера.

I. Fibroma cranii congenitum. Удаление опухоли. Смерть *. Варвара Ф., крестьянка, 6 лет, поступила в клинику 21/IX 1883 г.; представлялась вообще правильно развитым ребенком. Только к средней линии лица, в переносье, она имела бугроватую опухоль величиной с крупный картофель. Опухоль имела перехват у основания; при отвесном положении ребенка отвисала. Наибольшая окружность ее равнялась 12 см, в продольном направлении 5 см, в поперечном 6 см. Опухоль касалась лобных дуг вверху и доходила до хрящевой части носа внизу. Кожа обоих век правого глаза переходила отчасти на опухоль, и вообще можно сказать, что средняя линия лица разделяла опухоль так, что $^2/_3$ ее принадлежали правой стороне и $^1/_3$ — левой. Кожа опухоли синевато-красноватого цвета была очень тонка, плотно соединялась с новообразованием; новообразование же представлялось плотным, твердым; в верхней части его иногда удавалось получить впечатление как бы глубокого зыбления, но это было неясно. У основания опухоли справа прощупывалась неровность кости в виде ости длиной в $^1/_2$ см; неровность соответствовала, повидимому, серединному краю носового отростка правой верхней челюсти. Эта неровность служила как бы намеком на суще-

---

* Отчет Хирургической клиники проф. *Склифосовского*. Составил М. П. Яковлев и А. П. Левицкий, М., 1885, стр. 39.

ствование в данном случае грыжевых ворот, хотя за нею нельзя было прощупать отверстия в черепе. Опухоль была вполне безболезненна; при самом значительном сдавлении не уменьшалась в объеме; при повторных исследованиях ни разу не удалось получить ни малейших признаков связи ее с полостью черепа. Девочка родилась с описанным новообразованием,



Рис. 1.

которое мало увеличивалось в объеме с дальнейшим развитием ребенка. Девочка пользовалась хорошим здоровьем. Никогда никаких мозговых явлений у ней не наблюдалось.

21/X 1883 г. мы приступили к удалению новообразования. Оказалось при операции, что истонченная кожа соединена весьма плотно с твердой опухолью и не могла быть отделена без нарушения ее целости; у основания же опухоли кожа отделялась легче. После снятия опухоли обнаружилась в черепе прогалина 13 мм в продольном и 11 мм в поперечном направлении. Прогалина соответствовала месту правой носовой кости и имела почти круглое очертание. Надкостница соседних частей костяка переходила непосредственно на прогалину и одевала ее. В прогалине явственно замечалось пульсовое

биение и попеременное выпячивание и спадение соответственно вдыханию и выдыханию.

На второй день после операции у больной обнаружилась лихорадка, быстро достигшая напряженности 40,2°. На 17-й день после операции последовала смерть.

Вскрытие. Сосуды мягкой мозговой оболочки на поверхности мозга переполнены кровью; помутнение мягкой мозговой оболочки. На нижней поверхности мозга обильный гнойный выпот. Боковые желудочки мозга растянуты мутной гноевидной жидкостью в количестве около 30 г. Правый боковой желудочек мозга растянут больше, чем левый, и передним рогом своим подходит к прогалине черепа. По снятии мягких частей с наружной поверхности лобной кости оказалось, что надкостница окружающих частей костяка переходила непосредственно на прогалину и сливалась здесь с твердой мозговой оболочкой. Край костного отверстия представлялся гладким, ровным, слегка выдающимся кпереди; справа край костного отверстия выпячивался значительнее, в виде ости, на продолжении почти $^1/_2$ см. Ни в месте взаимного соединения парных носовых костей, ни в месте их верхнего соединения с лобной костью не наблюдалось костного шва. При исследовании лобной кости изнутри, со стороны полости черепа, замечалось, что твердая мозговая оболочка в виде конического выпячивания подходила к черепной прогалине и, слившись здесь с надкостницей, выполняла просвет ее. Наружный край костяной прогалины представлялся в виде завитка.

Анатомическое исследование новообразования. Бугроватая опухоль представлялась местами весьма плотной; здесь кожа сливалась с новообразованием так тесно, что с трудом могла быть отделена помощью ножа. В других местах опухоль была мягка, и здесь между кожей и новообразованием заложен был слой рыхлой клетчатки. В разрезе опухоль представляла следующее: в местах плотных бугреватостей находился слой сухой, белесоватой ткани в 4—5 мм толщины; кнутри от него лежал слой более темной ткани, мягкой и рыхлой. Среди последнего слоя замечались более плотные узелки в 2—3 мм; они представляли уплотненную ткань вокруг перерезанных кровеносных сосудов. Почти в середине иссеченной опухоли найдена была полость в миндальный орех; она наполнена была сывороточной жидкостью и после вскрытия спалась. Гистологическое исследование опухоли показало строение соединительной ткани, местами обильно пронизанной кровеносными сосудами; в некоторых же частях опухоль дала под микроскопом обильное количество клеток, снабженных крупными овальными ядрами. Эти места соответствовали плотным слоям новообразования. Итак, новообразование представляло fibroma durum et molle, местами же

оно переходило в саркому. Что же касается найденной внутри опухоли полости, то она представляла, вероятно, лимфатическое пространство, не имевшее непосредственной связи с полостью черепа: между ним и мозговой оболочкой, сливавшейся с наружной надкостницей, лежал слой ткани в $1^1/_2$—2 см. Внутри фибром попадаются иногда полости, наполненные светлой свертывающейся сывороточной жидкостью. Это, очевидно, расширенные лимфатические пространства; они находятся в непосредственной связи с лимфатическими сосудами [1].

Итак, в классическом месте появления прирожденной мозговой грыжи мы имели грыжевые ворота, через которые однакоже не произошло грыжевого выпячивания. Возможно допустить, что в первые годы жизни здесь имелось грыжевое выпячивание; при благоприятных же условиях дальнейшего развития огранизма грыжа уменьшалась постоянно, втягивалась внутрь по мере спадения боковых желудочков мозга; слившись с наружной надкостницей черепа, твердая мозговая оболочка выполнила прогалину или грыжевые ворота. В это время из прилегавшей к надкостнице соединительной ткани началось развитие фибромы. Соединительнотканная опухоль (fibroma), достигши значительных размеров, слилась плотно с общими покровами, которые оказались весьма истонченными в местах наибольшего выпячивания бугроватостей новообразования. Внутри фибромы образовалась лимфатическая полость; эта полость, расширяясь постепенно, могла бы истончить окружающую ее ткань до образования пузыря. И действительно, двоякого рода наслойка в опухоли делает подобное предположение весьма вероятным. Полагают, что мешетчатые опухоли черепа имели первоначальную связь с полостью черепа, представляли грыжевые выпячивания мозговых оболочек; позднее внешняя часть опухоли отщемилась на уровне грыжевых ворот и получилась обособленная мешетчатая опухоль. Образование подобных обособленных мешетчатых опухолей можно было бы объяснить и иным путем: в полости соврожденной фибромы развиваются обыкновенно лимфатические промежутки, которые достигают иногда значительных размеров. В данном случае лимфатический промежуток имел размер миндального ореха. Нет оснований не допустить предположения, что промежуток этот развивался бы все более и более до образования мешетчатой опухоли.

А вот другой пример соврожденной опухоли черепа:

II. **Tumor faciei innatus; cheilognathoschisis; fibroma lipomatodes alae nasi et fossae caninae.** Сергей Н., мальчик 3 лет, уроженец Пермской губернии, сын купца. Малокровный. Череп и лицо неравномерны: левая лобная и височная области выдаются больше правых; glabella значительно шире есте-

[1] R. Virchow's Krankh. Geschwülste, т. I, стр. 317.

ственной (5 см); левая половина ее вдвое шире правой. Верхняя губа расщеплена; расщепление проникает также через зубной отросток верхней челюсти, но таким образом, что os intermaxillare остается в соединении с правой верхнечелюстной костью. Зубы развиты правильно; левый наружный резец находится влево, оба срединных резца — вправо от расщепле-

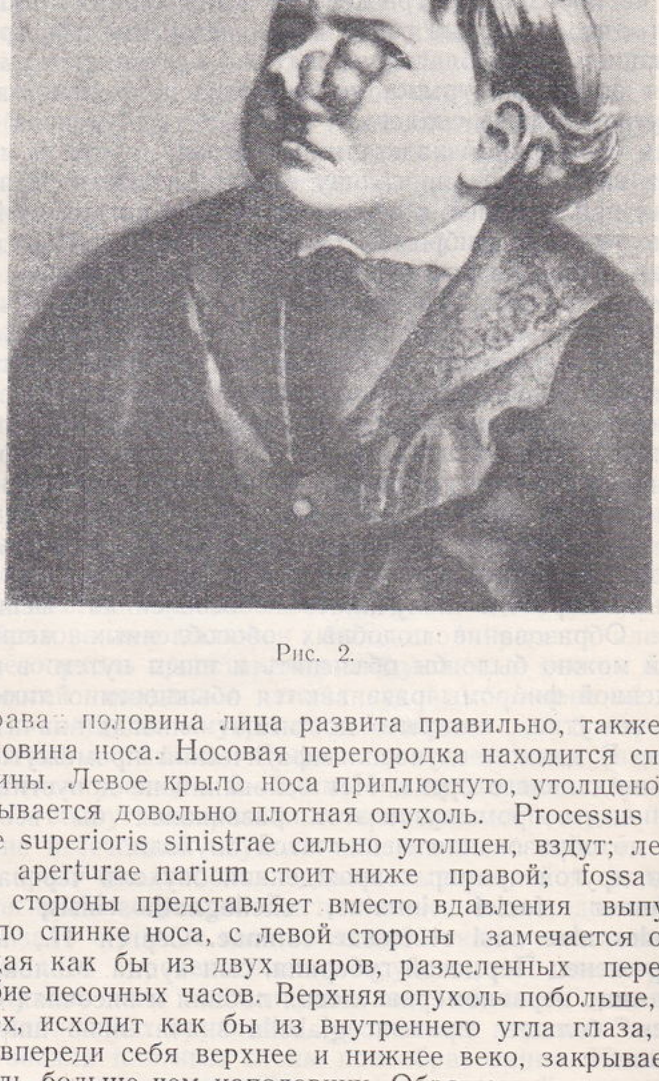


Рис. 2.

ния. Правая половина лица развита правильно, также и правая половина носа. Носовая перегородка находится справа от расщелины. Левое крыло носа приплюснуто, утолщено; в нем прощупывается довольно плотная опухоль. Processus nasalis maxillae superioris sinistrae сильно утолщен, вздут; левая половина aperturae narium стоит ниже правой; fossa canina с левой стороны представляет вместо вдавления выпуклость. Выше, по спинке носа, с левой стороны замечается опухоль, состоящая как бы из двух шаров, разделенных перехватом, наподобие песочных часов. Верхняя опухоль побольше, с грецкий орех, исходит как бы из внутреннего угла глаза, и, отодвигая впереди себя верхнее и нижнее веко, закрывает глазную щель больше чем наполовину. Обращенная к глазу часть

этой опухоли покрыта слизистой оболочкой (conjunctiva bulbi oculi), а наружная часть — крайне истонченной, синеватого цвета кожей. Эта часть опухоли ясно просвечивает. При ощупывании опухоль безболезненна, дает ясное зыбление, которое передается, повидимому, в нижнюю, несколько меньшую по объему опухоль. Последняя покрыта менее истонченной кожей и также зыблется. Левый глаз отклонен кнаружи и кверху, слезит и слегка гноится. Нижнее веко левого глаза укорочено. На правом глазе замечается macula corneae. Между носовой полостью и небом существует еще полость в виде горизонтально расположенной щели глубиной сантиметров 5—6; полость эта выстлана слизистой оболочкой. In plica nasolabiali sinistra бородавка величиной с горошину. Из правого уха вытекает гнойная вонючая жидкость; барабанная перепонка втянута, мутна; в передне-нижнем сегменте ее имеется прободение. Следует еще отметить существование пупочной грыжи и genu valgi sinistri. Вес тела ребенка 13 кг. У родителей было 14 детей; описываемый мальчик последний. Ни у кого из остальных детей не замечалось никаких уродливостей развития. Мальчик родился с описанным обезображением лица; по мере роста ребенка опухоль на спинке носа увеличивалась. При плаче и крике размеры опухоли не изменялись; не удавалось также уменьшить размеры опухоли давлением; последнее никогда не вызывало болезненных ощущений. Мальчик постоянно склоняет голову влево.

17/XI 1896 г. удалены были опухоли. Сообщения с полостью черепа не найдено. Костные выступы у края aperturae piriformis sinistrae et in fossa canina sinistra были сняты долотом, причем обнажена была слизистая оболочка antri Highmori, но сама гайморова полость не была вскрыта.

Микроскопическое исследование удаленных частей показало:

1) Стенка мешетчатой опухоли: внутренняя ее оболочка без эпителия; под ней слой глиозной ткани (neuroglia) и фиброзный слой. Diagnosis microscopica: meningo-encephalocele.

2) Опухоль в крыле носа под микроскопом показала жировую ткань, перемешанную с простой соединительной тканью; присутствие значительного количества упругих волокон; поперечнополосатые мышцы (случайно). Diagnosis: fibroma diffusum lipomatodes.

3) Бородавка in plica naso-labiali представляла естественные слои кожи: мальпигиев слой, сальные железки, волосяные мешочки, жировую подкожную клетчатку, пронизанную нормальной фиброзной тканью; жир, мышцы. Объяснение профессора патологической анатомии Н. В. Петрова: выпячивание мозговой грыжи произошло еще в первые дни зародышевой жизни, в то время, когда не было еще вполне образованной нервной ткани мозга. Выпячивание образовалось из области бокового желудочка мозга. Полость мешетчатой опухоли

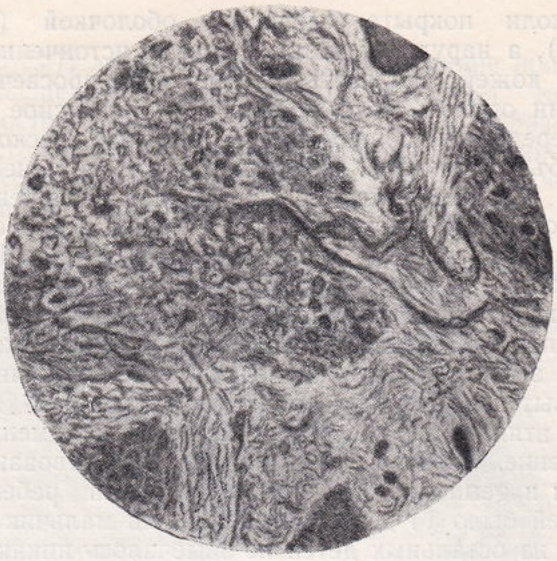


Рис. 3. Микроскоп E. Leitz'a; ахром. об. № 7, ок. Гюйгенса № 3. Отдельные острова глиоматозной ткани среди широкопетлистой сети пучков соединительнотканных волокон.

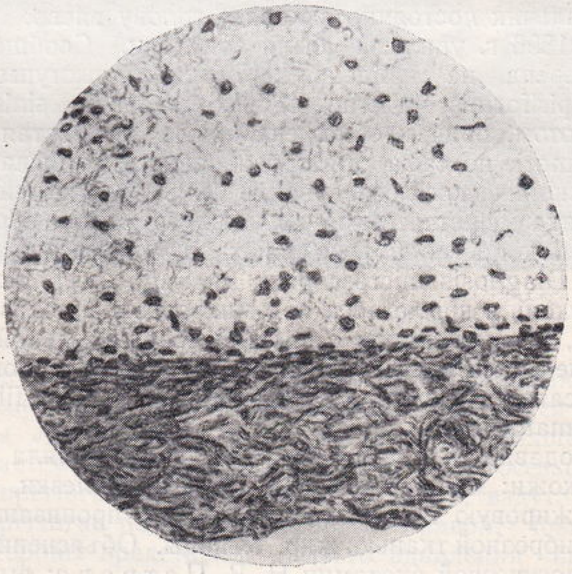


Рис. 4. Микроскоп C. Zeiss'a; апохром. об., гомоген иммерс., Brennweite 2,0 тк., Compensat. ок. № 2. Край опухоли. Слой волокнистой соединительной ткани, не покрытый эпителием; затем глиоматозная ткань.

выстлана эпендимой. Нервная ткань в виде глии выпятилась слоем и легла вперемежку с соединительной тканью мозговых оболочек, может быть epicranii, и с соединительной тканью подкожной клетчатки лица.

Итак, оба примера представляют новообразования, заложенные в обычных местах мозговых грыж и свидетельствующие о бывшей связи их с содержимым черепной полости. В обоих примерах на основании анатомопатологических данных можно говорить о существовавшей первично связи новообразований с оболочками мозга и даже с мозговым веществом черепной полости. Так, у Варвары Ф. существовало характерное для мозговых передних грыж (hernia sincipitalis) изменение в переносье, где заложена была черепная прогалина или грыжевые ворота в 13—11 мм в просвете; к грыжевым воротам прилегала твердая оболочка мозга, сливавшаяся в просвете прогалины непосредственно с надкостницей лобной кости; с поверхности надкостницы начиналось новообразование. Новообразование представляло строение соединительной ткани (fibroma durum et molle), местами же показывало строение саркомы. Хотя внутри новообразования и найдена была полость с сывороточной жидкостью, но полость эта не имела сообщения с полостью мозгового (правого) желудочка. Однакоже правый боковой желудочек мозга был значительно растянут и передним своим рогом притянут к черепной прогалине. На основании этих явлений трудно не согласиться с заключением, кто когда-то, может быть, в начальном периоде утробной жизни, мозговой желудочек и оболочки, его покрывающие, лежали не только в прогалине черепной, но, вероятно, и проходили через нее наружу в виде мозговой грыжи. Самое отверстие прогалины, окаймленное валикообразным возвышением кости, свидетельствует о совершавшемся здесь деятельном образовательном процессе, путем которого природа стремилась оградить содержимое черепной полости от внешних влияний. Ограждение выразилось прикрытием прогалины надкостницей, слившейся с оболочками мозга; до образования костной покрышки в просвете прогалины дело однакоже не дошло.

Что мы видим во втором примере, у мальчика Сергея Н.? Неравномерность развития правой и левой половин черепа, необычайное расширение переносья (до 5 см в поперечном направлении), наслойка костной ткани в виде шипа по окраине fossae piriformis, обильные наслойки костной ткани in fossa canina sinistra — все эти явления свидетельствуют о существовавших здесь условиях, мешавших правильному развитию, и о позднейших проявлениях деятельно образовательного процесса, путем которого получалось окончательное закрытие бывшей, может быть, здесь черепной прогалины. Прогалина закрылась костной тканью. Мешетчатая же опухоль с прида-

точной наслойкой жировика сохранила в строении своем явные следы внутричерепного происхождения. Отростки клеток невроглии, переплетаясь между собой, образуют нежную сеть, которая служит опорной тканью для заложенных в ней нервных клеток. В стенках мешка нашей прирожденной опухоли видна только сеть невроглии и не замечается, правда, ни малейших следов нервных элементов. Но нахождение нежной глиозной сети указывает уже, очевидно, на источник зарождения новообразования, если принять во внимание, что зарождение его следует отнести к самому отдаленному времени утробной жизни, когда нервная ткань не успела еще сложиться в законченном своем строении.

VIII. СТАТЬИ ПО ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

ИЗ НАБЛЮДЕНИЙ ВО ВРЕМЯ СЛАВЯНСКОЙ ВОЙНЫ 1876 ГОДА [35]

После двухмесячного почти пребывания в Черногории я имел возможность осмотреть на обратном пути в Россию и военно-полевые лазареты Сербии. Санитарное дело в Черногории предоставлено было нам вполне; почти то же самое было и в Сербии, за немногими исключениями. Мы были полными хозяевами и имели возможность применить в широких размерах средства частной благотворительности русского общества. Едва ли повторится когда-нибудь подобная возможность. Частная помощь всегда будет занимать видное место во время войны, и обществу Красного Креста предстоит, без сомнения, постоянное расширение его деятельности. Трудно предвидеть пределы этой деятельности ввиду вводимой во всех государствах Европы всеобщей воинской повинности. В теснейшей кровной солидарности всех слоев общества с войском лежит мотив постоянного расширения деятельности Общества Красного Креста. Кроме Общества Красного Креста, в деле санитарных учреждений Черногории и Сербии принимали участие и другие общества, о которых буду иметь возможность говорить в другом месте.

Каждая война последних десятилетий вносила богатый вклад в летописи науки; опыт каждой предшествовавшей войны отражался на врачебной деятельности последующей. Прогресс в этом отношении выразился всего более применением начал сберегательного лечения в военно-полевой хирургической практике. Применение этих начал стало возможным только благодаря введению в военно-полевую практику неподвижной повязки и строго сберегательных операций (resectiones), сокративших в значительной мере число ампутаций. Вслед затем и старый вопрос о достоинствах ранней или поздней ампутации потерял значительную долю своего значения, потому что круг показаний для ампутации сильно сузился. Если вопросы дня — способы перевязывания ран — и не стали еще вполне достоянием военно-полевой хирургии, то нельзя не заметить отражения их на деятельности современного хирурга

у постели раненого. Это отражение обнаружилось и в применении обеззараживающей повязки, гигроскопической ваты, заменяющей корпию, в лечении раны без всякой повязки, в применении струнной нити для перевязки артерий и пр. Наши хирурги имели за собой богатый опыт предшествовавших войн и рационально воспользовались плодами его. Мы вправе надеяться, что результаты врачебной деятельности во время настоящей войны будут не менее плодотворны, чем результаты предшествовавших войн; и во всяком случае они внесут и свою долю вклада в летописи науки.

I. ТРАНСПОРТ РАНЕНЫХ

Если я позволил себе прежде всего заговорить об этом вопросе, то сделал это ввиду громадной важности его для современных войн *. Никакая армия в наше время не решится выступить в поход, не снабдив себя хорошо организованными перевозными и переносными средствами, а главное — санитарными ротами. Постоянно совершенствуемое огнестрельное оружие и огромные массы сражающихся требуют таких больших жертв, что правильно организованное подавание первой помощи на поле сражения должно стоять на первом плане. Но, говоря о Черногории, нужно заметить прежде всего, что там мы действовали при исключительных условиях. Те строгие требования, которые естественны по отношению ко всякой европейской армии, не могут быть применены к армии черногорской. Армия черногорская не имеет санитарных рот: товарищи обязаны выносить из огня раненых. В Черногории считается большим несчастием, если приходится покинуть раненых на произвол судьбы. Причина такого взгляда — господствующее среди народа убеждение, что раненому турки не дадут пощады; а, может быть, она кроется и в рыцарском духе черногорца, считающего позорным обстоятельством оставление на произвол неприятеля павшего соратника. Такой обычай должен невыгодно отражаться на боевых силах маленького черногорского войска, которое ослабляется численно при вынесении из огня раненых **. Но если раненые и вынесены, то помощь им дается не тотчас, а спустя некоторое время после сражения. При таком способе ведения войны, который до сих пор практикуется в Черногории, не может быть и речи об организации правильной врачебной помощи в тылу армии. Внезапные и до невероятности быстрые переходы войска, драка врассыпную или преобладание в драке индивидуальных качеств над действием в стройной массе, — все это исключает

---

* Транспорт раненых составляет первый шаг врачебно-санитарной деятельности на войне.

** Известно, что это обстоятельство побудило образовать особые санитарные отряды во всех европейских войсках.

возможность устройства перевязочного пункта непосредственно за действующей армией. Врач, состоявший при особе князя, подавал иногда первую помощь раненым, но часто приходилось встречать в лазаретах следы помощи, оказанной на поле сражения народными врачами *. Врачебными познаниями обладает в Черногории род Личковичей. Познания их эмпирические, очень ограниченные, но во всяком случае выше познаний обыкновенного народнаго знахаря. Врачи Личковичи вырезывают пули, употребляют разные травы при лечении ран, зондируют даже раны и накладывают простые и неподвижные повязки. Неподвижные их повязки грубы (состоят из деревянных лубков), но накладываются так, что свидетельствуют о некоторых анатомических сведениях народного хирурга. Говорят, что врачи Личковичи производят даже трепанацию.

Как бы то ни было, редко попадал в лазарет раненый на другой день после ранения, обыкновенно же только на третий или даже на четвертый день. Таким образом, нам почти не приходилось наблюдать свежие ранения, непосредственно после нанесения их. При отсутствии сколько-нибудь сносных путей сообщения в Черногории невозможно было применение транспортных средств, употребляемых во время войны вообще. Транспорт раненых, получивших кое-какую повязку, а иногда и вовсе без повязки, производился следующим образом: легко раненые являлись в лазареты пешком или верхом. Лошадь, мул и осел служили для транспорта. Седла попадались редко; обыкновенно же вместо седла употреблялся деревянный каркас, набрасываемый на спину животного и служащий для прикрепления к нему перевозимых тяжестей. Все же тяжело раненые черногорцы, т. е. представлявшие переломы костей нижних конечностей, полостные раны груди и живота или тяжелые ранения черепа, переносились на руках. При этом употреблялись обыкновенные наши носилки ** или местные черногорские. Для переноски одного тяжело раненого отряжалось 8 человек. До какой степени это могло расстраивать ряды войска, легко себе представить, приняв во внимание еще и то обстоятельство, что для транспорта раненого в Цеттинский лазарет требовалось не менее трех или четырех суток (считая путь вперед и обратно). Обе черногорские армии находились приблизительно в одинаковом расстоянии от Цеттинских лазаретов. Черногорские носилки заслуживают внимания. Они устраиваются ex temporе при представившейся надобности.

* Попытки устройства перевязочных пунктов в тылу действующей черногорской армии не увенчались успехом: нужно быть черногорцем, чтобы драться в черногорских войсках, и необходимо быть черногорцем-врачом, чтобы суметь подать непосредственную первую помощь раненому черногорцу, поспевая за ним по скалам и недоступным для европейца притонам.

** Общество Красного Креста имело в Черногории около 100 обыкновенных наших носилок военного ведомства.

Для этого вырубаются две жерди длиной немного более сажени; они делаются обыкновенно из дубового дерева, потому что другого дерева в стране почти не существует. Жерди связываются несколькими поперечными прутьями так, что образуется род лестницы. Покрыв импровизированные носилки соломой или сеном, кладут у изголовья свернутую струку раненого (род пледа — непременная часть наряда всякого черногорца), а затем самого раненого. Получил ли он какую-нибудь повязку или нет, в том и другом случае его прикрепляют к носилкам, обвив все туловище и нижние конечности пасом (широкий пас, или пояс, есть также непременная часть наряда всякого черногорца). Такой пояс имеет длину в 10—12 аршин, иногда и более. Благодаря упругости жердей, прикрепленных к носилкам, раненый подвергается во время несения более или менее равномерным колебаниям, как в хорошем рессорном экипаже. Если эти незатейливые носилки порядочно сколочены, раненый чувствует себя на них несравненно лучше, чем на обыкновенных холщевых. Это зависит главным образом от упругости жердей и от фиксирования всего туловища. В некоторых случаях можно было убедиться, что подобные носилки ослабляли в значительной мере вред от недостатка неподвижной повязки. В 1871 г. я видел у фабриканта Фишера в Гейдельберге носилки, предназначенные для фиксирования всего туловища (при ранениях позвоночника, костей таза и пр.). Они представляют вдоль складывающийся матрац, состоящий из отдельных вальков. В каждый валек вделана деревянная шина длиной в человеческий рост. Раненый завертывается в этот матрац и стягивается ремнями при помощи пряжек. Такой матрац дорог. Он занимает много места в обозе. Я готов отдать в подобных случаях предпочтение черногорским носилкам, которые могут доставить бо́льшую неподвижность туловищу, чем складной матрац. Упругость жердей в носилках может значительно поднять достоинство этого существенно необходимого транспортного средства. Преимущественно такие упругие жерди следовало бы употреблять при переноске раненых в горной местности, не имеющей удовлетворительных путей сообщения.

Ни cacolets, ни litières не употреблялись в Черногории. Их у нас не было. Вероятно, тощие животные, бывшие в нашем распоряжении, и не выдержали бы тяжести двух человек при употреблении cacolets — пришлось бы добывать других, более сильных животных.

Отправляясь в Данилоград для принятия раненых в сражении близ Подгорицы 2-го августа, я взял с собой все необходимое для накладывания, между прочим, и неподвижных повязок. Мы накладывали гипсовые повязки и сухие шинные. Гипсовые повязки, наложенные на нижние конечности штанами, с поясом вокруг таза, увеличивали значительно тяжесть

ноши; они легко ломались, особенно в тех случаях, когда раненый переносился в обыкновенных носилках и оставался в пути от полутора до двух суток. Вторые, т. е. сухие шинные, довольно хорошо удовлетворяли цели, хотя, разумеется, нельзя их сравнивать с гипсовыми. Покрыв член обильным слоем ваты, мы прилаживали 2 или 3 полосы луба, скрепленные марлевым крахмальным бинтом, который был предварительно смочен в воде. После высыхания бинта повязка делалась довольно прочной и довольно хорошо удерживала переломленный член. Пробовали мы применять и готовые проволочные или жестяные шины для транспорта раненых с переломами нижних конечностей. Такие шины составляют весьма хорошее средство при лечении сложных переломов в госпиталях; они годятся и для транспорта по железным дорогам или по воде. Но не советую употреблять их при транспорте раненых по дурным дорогам или на руках носильщиков. В такой шине невозможно достигнуть прочного фиксирования отломков; иногда же в ней смещаются отломки кости в большей мере, чем без всякой повязки.

Испытав разные способы, я пришел к заключению, что все-таки гипсовая повязка в огромном большинстве случаев и при нашем исключительном положении представлялась наиболее надежной. Имея, однакоже, в виду указанное неудобство гипсовой повязки, сравнительную тяжесть ее и ломкость, я предложил употребить войлочную и думаю, что именно в Черногории или вообще в горной местности эта повязка составит весьма хорошее средство для фиксирования не только переломленных конечностей, но и костей туловища. Войлок, насыщенный спиртным раствором обыкновенного лака, требует почти суток для высыхания; раз окрепнув, он дает прочную и легкую неподвижную повязку. Нельзя оставлять раненого, предназначенного для транспорта в отдаленный лазарет, на перевязочном пункте до высыхания повязки. Но, наложив войлочную повязку, можно подкрепить ее несколькими лубочными шинами снаружи: во время пути повязка успеет окончательно окрепнуть, не потеряв своей формы. Жалею, что не имел возможности сам осуществить это предложение. Оно было, впрочем, принято всеми врачами в Черногории так сочувственно, что нашло применение, вероятно, при первой представившейся возможности. В тех же случаях, где не потребуется транспортировать раненого непосредственно, применение войлочной повязки в горной местности может представить огромные выгоды при всяком способе дальнейшего перемещения раненых *.

* Войлок у нас дешев и повсюду может быть найден. В обозе он не займет много места. Но можно найти войлок и в других государствах. Нам в Черногорию прислали войлок из Триеста; он был отличного качества.

В Сербии условия были иные. Сербия — сравнительно богатая страна. Она прорезана очень порядочными шоссейными путями, соединяющими между собой главные города страны. В Сербии можно было всегда найти достаточное число лошадей и быков для перевозки раненых. Кроме того, в Сербии сражались две дисциплинированные армии; следовательно, организование первой врачебной помощи в тылу действующего войска было и возможно, и удобно. Тем не менее я встретил заявление одного почтенного врача, действовавшего на перевязочном пункте, что раненые доставлялись на перевязочный пункт поздно. После сражения 16 сентября к нему на перевязочный пункт доставлено было, между прочим, около 20 трупов. Судя по кровяным пятнам на одежде и носилках, нужно полагать, что они истекли кровью во время переноски. Говорят, что сербы неохотно шли в огонь, чтобы выносить раненых. Может быть, это объясняет вышеприведенный факт, но вероятнее, что перевязочные пункты устанавливались слишком далеко от боевой линии. Обстоятельство это важно в том отношении, что при нем исключается возможность подания первой помощи таким раненым, жизнь которых хотя и подвергается величайшей опасности (от кровотечения), но может быть еще спасена.

Если верно, что сербские санитары-носильщики неохотно шли в огонь для поднятия и вынесения раненых, то это служит опять-таки доказательством, что нельзя создавать санитарные случайные отряды непосредственно во время войны; необходимо организовать и подготовить этот персонал заранее и непременно из дисциплинированных людей. Только в исключительных случаях, как, например, при осадных войнах, возможна организация таких санитарных отрядов из добровольцев. Дальнейшая транспортировка раненых производилась в крестьянских телегах (колах). По устройству своему сербская кола не отличается от нашей малороссийской телеги. В нее впрягается пара лошадей или пара волов. Если на телеге постлано достаточно сена или соломы, то перевозка еще довольно сносна, благодаря шоссейному пути; в противном случае тряска в такой телеге невыносимая. Из двух способов запряжки более сносным оказался второй на том основании, что на лошадях езда более быстрая и тряска очень сильная. Подводы поставлялись для армии путем реквизиций; понятно, что крестьянин торопился отбыть свою повинность и гнал лошадей.

Кроме этого способа перевозки раненых, употреблялись и рессорные кареты. Сербское правительство имело 6 таких карет — число, слишком ничтожное для перевозки такого огромного числа раненых, какое получалось после некоторых сражений. Эти кареты устроены прочно, на тонких колесах, нетяжелы, требовали двух лошадей. Задняя часть кареты

устроена для 4 тяжело раненых, и имеется еще 3 места для легко раненых спереди. Почти такого же устройства и английские кареты. Заложив лазарет в Белграде, англичане отправили к Делиграду 6 собственных карет для принятия раненых *. В английских каретах находятся еще следующие, весьма практичные, по моему мнению, приспособления: под дном кареты вделан просторный ящик, в котором помещается большой сосуд (для воды или вина); этот железный ящик придает больше устойчивости карете, понижая центр ее тяжести. Кроме того, в задней части кареты, предназначаемой для 4 тяжело раненых, устроены складные лавки. Последние приподнимаются вдоль боковых стен, и тогда вместо 4 тяжело раненых удобно помещаются сзади 8 легко раненых. В Ягодине показывали мне еще одну карету, которая была вдвое больше описанных и предназначалась для 8 тяжело раненых и 4 легко раненых (спереди). Мне говорили, что эта карета доставлена была румынским правительством и не была еще в употреблении. Полагаю, что и не будут употреблять ее, потому что она слишком тяжела. Нагруженная ранеными, она может быть сдвинута с места только четверкой или шестеркой лошадей и то по хорошему шоссейному пути. Вообще самыми удобными каретами оказались английские. Немалое значение имеет практическое применение лавок для легко раненых в задней части кареты: на войне должно предвидеть всякие случайности, и карета, предназначенная для принятия только тяжело раненых, может оказаться лишнею там, где потребуется перевезти легко раненых. Недостаточно, если частная помощь предлагает санитарный персонал и денежные средства; необходимо, чтобы эта помощь реализовалась более существенным образом. Общества, являющиеся на места военных действий с готовыми лазаретами, аптеками, транспортными каретами, оказывают самую существенную помощь, а главное они имеют возможность оказать ее немедленно.

В Сербии для транспорта раненых употреблялся еще пловучий барак, устроенный доктором Мунди. Досчатый барак устроен был на палубе обыкновенной деревянной баржи. В бараке находились места (кровати) для 20 тяжело раненых и сверх того в трюм можно было принять около 50 легко раненых. На палубе пловучего барака находилось помещение для сопровождающего санитарный отряд, для кухни и аптеки. Это, без сомнения, один из самых удобных и дешевых способов перевозки раненых. Жаль, что сербское правительство могло применять его на самом ограниченном пространстве, перевозя раненых только по Дунаю. Где имеются водные

---

* Я обозревал лазареты Сербии от 20 до 26 сентября. Кроме упомянутых 6 сербских и 6 английских карет, не было других для перевозки раненых.

пути, должно непременно пользоваться пловучими бараками для транспорта раненых. Устройство их так просто, приспособление так удобно, что всякая барка и речное судно легко могут быть превращены в пловучий барак в течение самого короткого времени. Необходимо при пловучих бараках иметь все приспособления для приготовления пищи и помещения санитарного персонала; в таком случае пловучие бараки могут служить для транспортирования раненых на большие расстояния.

II. ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Сберегательный способ лечения применялся в Черногорских лазаретах в самых широких размерах. Правильная врачебная помощь не была известна в Черногории до приезда наших врачей; неудивительно, что в первое время народонаселение относилось к нам с недоверием, предпочитая пользоваться советами своих народных лекарей. Выжидательный способ лечения имел, между прочим, основания свои и в бытовой стороне жизни народа. Воином, юнаком не может быть калека; всякая операция, требующая отнятия члена или превращающая его в негодный, пугает черногорца. Да оно и естественно, потому что в этой бедной стране, среди голых скал, при отсутствии путей сообщения, калека делается и беспомощным, и лишним членом своего общества. Постепенным и осторожным действием, благодаря такту наших врачей, удалось победить вековой предрассудок; между русским врачом и черногорцем установились отношения, при которых всякий совет первого принимался с полным доверием. Мы, русские, сделали первые ампутации в этой воинственной стране. Как велико было недоверие к нашим врачам вначале, можно судить по тому, что в первое время почти не производились большие кровавые операции. Зато две-три благополучно окончившиеся операции произвели громадное впечатление и изменили радикально отношение населения к нашим врачам. Не раз приходилось видеть примеры такого безграничного доверия к врачу, какое нечасто встречается в нашем отечестве среди населения, привыкшего пользоваться врачебной помощью. Сберегательное направление имело место и в сербских лазаретах, и вообще я видел сравнительно немного ампутаций, зато много чисто сберегательных операций, как выпиливания суставов (resectiones).

Перевязка ран производилась все так же, т. е. рана покрывалась каким-либо перевязочным веществом, удерживаемым при помощи бинта или косынки. Герметически обеззараживающая повязка Листера не применялась, да и трудно применить ее на войне при огромном числе раненых, где обыкновенно чувствуется недостаток рук и времени. Не применялся и способ лечения ран без перевязки, по крайней мере в боль-

ших размерах. А мне кажется, что применение последнего способа возможно было, несмотря даже на то, что мы действовали в стране, мало цивилизованной и сравнительно более проникнутой предрассудками. Раны покрывались корпией чаще всего, но покрывались и гигроскопической ватой, карболизованной ютой, корабельным канатом. Вещества эти прикладывались на раны в сухом виде или, чаще, смоченные в воде, в легком растворе карболовой кислоты, в камфорном спирте. Резкой разницы при употреблении всех этих веществ на ранах не замечалось. Карболизованная юта и гигроскопическая вата оставляют на ране и в окружности ее множество мельчайших волоконец, которые не смываются струей воды. При снимании их пинцетом трудно избежать раздражения раны *. Трепанный корабельный канат представляет грубую покрышку для раны, несмотря на свое обеззараживающее достоинство от содержания смолистых начал. Чаще всего употреблялась корпия. Почему она употреблялась чаще всего? Потому что нелегко расстаются с рутинными приемами. Сколько труда и времени потрачено было на заготовление корпии в достаточном количестве для раненых Сербии и Черногории! Если представить себе, что огромная часть этой корпии заготовлялась из запасов старой негодной ветоши, не всегда безукоризненно чистой или полученной из неизвестного источника, что эта корпия щипалась руками, не всегда чистыми, то не знаешь, чему следует больше удивляться — отсутствию ли логической последовательности или страсти к рутине? Везде говорится о заразе, мы окружены заражающими вредными началами, раны стараемся очищать и покрывать обеззараживающими веществами, дошли даже до применения герметически обеззараживающей листеровской повязки при лечении ран, — и все-таки не можем расстаться с корпией. А между тем, что может быть проще и чище гигроскопической ваты? Она чиста, берется так сказать непосредственно, благодаря обработке получает гигроскопические свойства, не уступающие гигроскопическим свойствам корпии, да и заготовление ее несравненно легче, чем заготовление корпии. При тех громадных цифрах раненых, какие получаются в современных войнах, невозможно заготовить достаточное количество свежей корпии; приходится пользоваться запасами старых годов. Но эти запасы дают затхлую негодную корпию, которую опасно прикладывать на свежую рану **. Военное министерство будет

---

* Помочь в этом отношении нетрудно — стоит положить на рану кусок окончатой ветоши или кусок вымытой марли и потом уже прикладывать юту или вату.

** В Черногорию прислано было однажды 19 тюков затхлой корпии, которая тут же была сожжена: мы не могли решиться прикрывать ею раны. Корпия эта хранилась, кажется, 3 года в магазинах Каменца-Подольского.

иметь порядочную экономию при замене корпии ватой. Оно избавится от неприятностей делать запасы и сберегать их в складах: вата обыкновенная и гигроскопическая может быть заготовлена в достаточном количестве незадолго до начала войны.

а) Перевязывание больших артериальных стволов составляет одну из важнейших операций в военно-полевой практике. За все время пребывания моего в Черногории я видел 5 перевязок артерий (art. brachial. — 2 раза, art. femor. — 2 раза, art. axillaris — 1 раз). Во всех случаях употреблялась карболизованная струнная нить (catgut). Концы нити срезались коротко, у самого узла. Раны соединялись посредством шва, а в одном случае ligat. art. femoralis зашитая рана покрыта была даже листеровской повязкой. Ни разу не наблюдалось полного сращения ран per primam intentionem — было обыкновенно нагноение в ране; но не наблюдалось также никаких осложнений операции. Все перевязки артериальных стволов сделаны были по причине поздних последовательных кровотечений, в одном случае даже спустя 32 дня после ранения. В сербских лазаретах показывали мне несколько случаев перевязки артериальных стволов; здесь употреблялся шелк, карболизованная струнная нить не была в употреблении. Теперь нельзя делать каких-либо выводов относительно преимуществ того или другого способа перевязки артерий; подождем подробных отчетов по каждому лазарету. При скоплении раненых в военных лазаретах, при обилии гноящихся поверхностей и особенно спустя несколько недель после начала военных действий гораздо выгоднее зашить рану, нежели оставлять ее открытой с висящими концами лигатурной нити. В Смедеровском лазарете доктор Марконет говорил мне, что после перевязки шелковой нитью art. iliacae externae наступило кровотечение из-под узла на 5-й день после операции. Больной умер от кровотечения. Нельзя возводить этого требования в правило; но можно желать, чтобы в военных лазаретах при скучении гноящихся поверхностей употреблялись все средства, уменьшающие нагноение. Всякий прогресс в этом направлении есть прогресс в военно-полевой хирургии.

В одном из лазаретов Ягодины я видел ранение навылет в области подъязычной кости. Пуля прошла справа налево, раздробив кость, поранив корень языка и разрушив, вероятно, обе подъязычные артерии. Сильное артериальное кровотечение. Д-р Коломнин перевязал накануне правую общую сонную артерию. Во время посещения мною лазарета показалось снова артериальное кровотечение. В моем присутствии была затянута петля и на левой общей сонной артерии (нить под левую сонную артерию была подведена накануне одновременно с перевязкой правой сонной артерии). Левая общая сонная артерия была перевязана спустя 19 часов после перевязки

правой. Больной перенес операцию хорошо, по крайней мере в нашем присутствии. Непосредственно за стягиванием нити не обнаружилось никаких припадков.

Я упомянул об этом случае смертельного кровотечения из-под петли, стягивавшей art. iliacam externam. Здесь употреблена была шелковая нить. Ни разу не наблюдал я подобного явления при употреблении струнной карболизованной нити, несмотря на то, что более двух лет употребляю при перевязке сосудов исключительно струну. Кровотечение показывается вследствие раннего прорезывания артериальной стенки или изъязвления ее. Под карболизованной струнной нитью не замечается язвенного процесса; опыты на животных показывают постоянно образование воспалительного инфильтрата, в массе которого позднее исчезает через всасывание струнная нить. Воспалительный инфильтрат организуется в соединительную ткань, но не дает нагноения. Полагают, что перерезыванием артериального сосуда (между двумя лигатурами) можно предотвратить преждевременное прорезывание стенки его и избежать последовательного кровотечения. Это предположение будет верно для тех случаев, в которых нельзя ослабить перевязанную артерию. Д-р Рейер (в Свилайнаце) показывал мне несколько препаратов, представлявших вырезанные куски артерий. Так, при перевязке art. carotidis communis он вырезал кусок ее в $2^1/_4$ см; этот кусок соответствовал огнестрельной ране, обнимавшей почти $^1/_3$ периферии сосуда. Для перевязки сосуда употреблена была шелковая нить. Больной на 11-й, кажется, день после операции находился в удовлетворительном состоянии; рана выполнена была хорошей грануляционной тканью. Другой препарат представлял кусок art. tibialis posticae. Оба препарата поучительны в том отношении, что на месте ранения не замечалось в просвете сосуда образования пробок; края прострела артерии представлялись как бы изъязвленными. Рассчитывать на остановление кровотечения в подобных случаях нечего—в перевязке артериального ствола единственное спасение раненого. Но следует ли вырезывать целые куски артерий? Это вопрос, на который можно отвечать так или иначе. В свежих огнестрельных ранениях подобная операция еще возможна; по прошествии нескольких дней отыскать кровоточащую артерию в ране есть дело весьма трудное, даже при употреблении эсмарховскаго бинта. В таком случае вырезывание куска артерии не может быть предпринято. Кроме того, через несколько дней после ранения, при начавшемся воспалительном процессе, развивается боковое кровообращение, причем мелкие веточки артерии могут разрастаться до таких размеров, что при высечении главного артериального ствола дадут обильное и опасное кровотечение. Если перевязка одного центрального конца артерии недостаточна, то можно перевязать

и центральный, и периферический ее концы. Наложив перевязку на центральный и периферический концы артерии близ самой раны (когда это возможно), умеренным прижатием можно достигнуть, полагаю, лучшего результата, чем вырезыванием куска сосуда. Наконец, такое вырезывание возможно только на некоторых артериальных стволах.

б) В современных войнах употребляются почти исключительно разрывные артиллерийские снаряды, гранаты, действие которых разрушительно в высокой степени. Поражают они и непосредственно осколками и посредственно, взрывая землю и окружающие предметы. В сражении 16 сентября сзади русского капитана М. упала граната и разорвалась. Г. М. упал. Вынесен из огня в бессознательном состоянии и с явлениями паралича правой половины тела. На другой и третий день постепенно стало возвращаться сознание. Исследование спустя 5 дней после сражения: hemiplegia dextra; более или менее выраженное притуплением чувствительности в области правого тройничнаго нерва; paralysis nervi facialis dextri. Волосы на голове сбриты. При самом тщательном исследовании черепа мы не могли открыть ни малейших следов ушиба или вообще каких-либо объективных изменений. Но при слабом давлении на остистые отростки III и IV спинных позвонков наступали мгновенно потеря сознания, strabismus convergens, искривление рта и тетаническое сокращение спинных мышц. Через несколько секунд возвращалось сознание, исчезали и все другие явления. Подобную картину можно было вызвать всякий раз не только при давлении на упомянутые остистые отростки, но даже при слабом прикосновении к ним.

Другой случай. В сражении 16 сентября, когда г. С. (русский офицер) наклонился, чтобы осведомиться о состоянии только-что раненого товарища, сзади него упала граната и разорвалась. Непосредственно после разрыва гранаты г. С. упал, потеряв сознание. Вынесен из огня в бессознательном состоянии при сильных общих судорогах. Судороги и потеря сознания продолжались 3 дня. Исследование через 5 дней после сражения: тоническое сокращение преимущественно разгибающих мышц левых верхних и нижних конечностей; верхняя конечность сильно вытянута в локтевом суставе, пальцы руки также вытянуты, торчат; extensores нижней конечности сильно напряжены, но конечность слабо согнута в коленном и тазобедренном суставах. Язык сжат в комок, не может быть расправлен, не высовывается изо рта. Больной сильно картавит, так что с трудом можно понять речь его. А прежде г. С. говорил совершенно отчетливо и ясно. При самом тщательном осмотре больного мы не могли открыть никаких объективных изменений и нашли только на коже спины несколько рассеянных поверхностных ссадин величиной в 2 и 3 мм.

Оба случая представляют много общего. В обоих при одинаковых обстоятельствах развился целый ряд припадков, указывающих на поражение мозговых центров. А между тем в обоих случаях нельзя было открыть ни малейших объективных изменений. Оба эти случая для верующих в контузии мимолетных огнестрельных снарядов могли бы представить сильные аргументы. Очевидцы-соратники, дравшиеся вместе с г. М., показали, что граната, ударившись о землю, проникла на некоторую глубину и вслед затем непосредственно взорвала и выбросила глыбы земли. Комками земли забросало г. М. Приведенные примеры свидетельствуют, что в современных войнах, благодаря употреблению разрывных артиллерийских снарядов, контузии могут встречаться гораздо чаще, чем в прежнее время, когда употреблялись круглые неразрывные снаряды. Хотя теперь меньше говорят о контузии, но случаи, подобные описанным, могут встречаться нередко. Вероятно, в обоих случаях вследствие ушиба произошло излияние крови в полость черепа и позвоночного канала; при этом кровоизлиянии как мягкие части в глубоких слоях, так и части скелета могли представить нарушение целости ткани. Снаружи в общих покровах ни малейших следов ушиба. Дальнейшая судьба описанных случаев может представить много поучительного. Оба контуженные давали одно и то же объяснение своего состояния: они были убеждены, что их поразило действие мимолетнего снаряда.

в) Относительно ранений головы и лица скажу немного. Как в лазаретах Черногории, так и Сербии лечение было выжидательное: осколки черепных костей извлекались поздно, когда путем нагноения освобождались от связи с окололежащими частями. Я встретил случай ранней трепанации в одном из сербских лазаретов; исход был смертельный. Показанием для трепанации служило раздробление лобной кости с засевшею в глубине пулею. Хотя до сих пор и не установлены еще твердые показания для трепанации, видно, однакоже, что область этих показаний суживается все более и более. Выжидательно-сберегательное направление в лечении огнестрельных повреждений вообще отразилось и на лечении огнестрельных повреждений черепа; хирурги, с которыми пришлось мне говорить об этом, отдавали большей частью предпочтение поздней трепанации.

г) Уже после французско-немецкой войны 1870—1871 гг. высказано было, что сквозные раны грудной полости далеко не так опасны, как сложилось было о них мнение хирургов. Меньшую сравнительно опасность этих ранений следует приписать тому обстоятельству, что стали употреблять огнестрельные снаряды меньшего калибра. При малом калибре снаряд может произвести ранение грудной клетки навылет, пробив легкое, но не поранив ребер. Если и последует ранение

ребра при вылете снаряда, т. е. у выходного отверстия, то важности это не имеет. Опасны ранения грудной клетки навылет в тех случаях, когда во входном отверстии раздробляется кость и осколки ее увлекаются в пулевой канал. У меня отмечено несколько случаев выздоровления после проникающих ран грудной клетки. Такие случаи наблюдаемы были как в черногорских, так и в сербских лазаретах. Почти вся турецкая армия вооружена была одинаковым оружием. Турецкая ружейная пуля не малого калибра: основание ее равно 14 мм, длина снаряда 25 мм. В редких случаях такой снаряд может пройти чрез межреберное пространство, не задев ребра. А между тем, как я заметил уже, случаи выздоровления наблюдались довольно часто. Выздоровление возможно при двояких условиях: во-первых, вслед за ранением обнаруживается большее или меньшее кровотечение из раны, кровохарканье в течение двух или трех дней. Затем обнаруживаются явления воспаления легкого и подреберной плевы на ограниченном пространстве близ раны. При умеренном нагноении пулевой канал закрывается. Позднее исчезают постепенно явления выпота в грудной полости и воспаления легочной ткани. Во-вторых, непосредственно за ранением грудной клетки навылет обнаруживается кровохарканье и наступает картина излияния крови в грудную полость. Спустя несколько дней показывается лихорадочное состояние и развивается картина гнойного скопления в грудной клетке (pyothorax). Иногда гнойное скопление в грудной полости развивается и без предшествовавших явлений излияния крови. В этом случае раненые погибали через несколько недель; но и выздоравливали. Широкие разрезы в грудной клетке и свободное излияние гноя очень помогали благоприятному исходу. Все это представляет картину обыкновенного патологического процесса, путем которого это важное ранение может иногда оканчиваться счастливым исходом. Помощь хирурга должна быть направлена к тому, чтобы поставить раненого в наивозможно лучшие условия, при которых описанный процесс мог бы протекать без всяких неблагоприятных осложнений. Но в чем должны состоять эти условия? Мы видели, что самые счастливые исходы и скорое выздоровление получаются тогда, когда наступающее воспаление дает спайки, при посредстве которых весь последовательный патологический процесс фиксируется у пулевого канала. Еще во время войны 1870—1871 г.г. я невольно обратил внимание на то, что проникающие раны грудной клетки протекали благоприятнее, и вообще при них наблюдались чаще счастливые исходы тогда, когда раненые или вовсе не транспортировались, или переносили только небольшой транспорт. При строго выжидательном лечении самое существенное требование должно состоять в том, чтобы эти раненые не транспортировались.

Я убежден, что еще больший процент выздоровлений можно получить тогда, когда все случаи проникающих грудных ран будут оставляемы близ перевязочного пункта. Здесь следовало бы устроить особые этапы для подобного рода раненых. Держась анатомопатологической почвы в рассуждении об этих ранениях, нельзя не согласиться, что случайности транспорта весьма часто разрушают усилия организма, направленные для ограничения воспалительного процесса. Современный способ ведения войны и права Красного Креста дают возможность применить рациональные требования науки для лечения тех несчастных, которые делаются жертвою усовершенствованных орудий истребления ближнего во второй половине XIX столетия. В войне с турками невозможно осуществить предположение о ближайших этапах; но это возможно, я полагаю, во время всякой другой европейской войны.

д) Почти то же самое должно сказать относительно проникающих ран брюшной полости. У меня отмечено несколько случаев счастливого исхода при ранении кишечного канала с истечением каловых масс. И при ранениях толстой кишки, и при ранениях тонкой возможен счастливый исход. Что касается до условий, при которых наступало выздоровление, то они суть те же самые, т. е. предварительная спайка кишечника с брюшной стенкой и фиксирование воспалительного процесса у пулевого канала. В черногорских лазаретах подобные исходы наблюдались, кажется, чаще, чем в сербских. Требование, поставленное относительно сквозных ранений грудной клетки, с неменьшей строгостью должно быть применено и к лечению проникающих ран брюшной полости. При выполнении этого требования выжидательный способ лечения и наивозможно меньшее активное вмешательство со стороны врача в первые дни после ранения всего больше могут способствовать благоприятному исходу.

В подтверждение высказанного положения, с одной стороны, и в подтверждение правила, предлагающего крайнюю осмотрительность при исследовании пулевых повреждений, особенно тех, которые лежат вблизи полостей, расскажу следующий случай: 17 августа умер раненый при явлениях ущемления кишечного канала (ileus) в правой паховой области. Явления ущемления продолжались 5 дней. Входное отверстие огнестрельной раны находилось вблизи правого лонного бугорка; пулевой канал проходил между пупартовой связкой и горизонтальной ветвью лобковой кости. Он был так узок, что даже на трупе нельзя было ввести в него указательный палец. При вскрытии брюшной полости найдена спайка тонкой кишки с сальником и с передней брюшной стенкой близ пупка, на $1^1/_2$ поперечные пальца ниже его, по белой линии живота. Спайка представляла довольно плотный комок величиной в сливу. При разрезе спайки в центре ее найдено около Эj густо-

го гноя. На высоте спайки просвет тонкой кишки сдавлен совсем: ниже сдавления спадение кишечника, выше — сильное вздутие его газами. Гиперемия брюшины вообще. Внизу справа, по правой безымянной линии таза, замечается несколько ложных оболочек, которые склеивают тонкие кишки со стенкой таза. При разрезе пулевого канала найдено: непосредственно под брюшиной, близ правой наружной подвздошной артерии и соответственно спайке кишок со стенкой таза, лежал кусок свинцовой пули весом в 3 г. Покрывавшая пулю брюшина была немного утолщена. Но при малейшем смещении пулевого осколка она разорвалась бы неминуемо Sapienti sat.

е) Прежде, нежели стану говорить о некоторых видах ранения конечностей, замечу, что судьба такой сберегательной операции, как выпиливание суставов, все еще представляется вопросом в смысле раннего или позднего производства операции. Большинство наших хирургов, с которыми приходилось мне говорить по этому вопросу, разделяет мнение, что поздняя операция выпиливания выгоднее ранней. Выгода поздней операции состоит преимущественно в том, что представляется возможность легче сохранить неповрежденные части скелета, надкостницы и связочного аппарата сочленения, не говоря уже, что и производство операции в техническом отношении значительно облегчается. Тем не менее встречал я и таких хирургов, которые защищали ранние выпиливания; в числе последних был и хирург английского госпиталя в Белграде г. Мак Келлар. Это горячий защитник ранних выпиливаний при огнестрельных ранах суставов. Но из беседы с ним я узнал, что он сделал на перевязочном пункте две или три подобные операции локтя и не видел исхода этих операций. А я после беседы уже видел один из его случаев: член оказался негодным, болтающимся. Если бы английский хирург узнал судьбу своих ранних выпиливаний локтевого сустава, думаю, он сделался бы менее горячим защитником их. Поздние выпиливания локтевого и плечевого суставов давали такие хорошие исходы, что едва ли следует еще поднимать вопрос о ранней операции при ранениях этих двух суставов. Далеко нельзя сказать того же относительно коленного и тазобедренного сочленений. Ранения других сочленений, как запястно-лучевого, голеностопного, могут быть лечимы и выжидательно. Выжидательно-сберегательный способ лечения давал отличные результаты преимущественно на верхних конечностях. Рациональные хирургические приемы и уход существенно способствовали счастливым исходам даже в тех случаях ранений, которые еще недавно составляли безусловные показания для ампутации. Так, у меня отмечено 2 случая раздробления ручной кисти с разрушением запястно-лучевого сустава; в обоих случаях при выжидательном лечении насту-

пило выздоровление. В одном случае была разрушена art. radialis, в другом — art. ulnaris.

ж) Не стану останавливаться на лечении отдельных видов ранений на конечностях и позволю себе поговорить только о некоторых. Прежде всего беру проникающие раны коленного сустава. Это одно из самых больных мест военно-полевой хирургии; оно представляет повреждение, с которым сплошь и рядом приходится хирургу бороться безуспешно. Проникающие раны коленного сочленения могут оканчиваться выздоровлением; причем отправление коленного сустава только мало расстраивается, остается неполный анкилоз. В черногорских лазаретах мы могли констатировать подобный исход несколько раз. Такой исход возможен тогда, когда прободается сумочная связка, но не ранятся суставные концы костей. Вслед за ранением обнаруживается воспаление в полости колена, образуется серозный выпот, переходящий даже в серозно-гнойный. При благоприятных условиях у молодых субъектов воспалительные явления начинают ослабевать к исходу второй и третьей недели после ранения, входное и выходное отверстия раны закрываются, а далее начинает мало-помалу всасываться и выпот. Выздоровление наступало после 5—8 недель. Бывали случаи, что эта картина менялась, развивалось гнойное воспаление в полости колена при бурном лихорадочном состоянии, и в последнем случае наступал смертельный исход, нередко спустя много недель после ранения. В Цеттинском лазарете мы имели один случай выздоровления при затянувшемся гнойном воспалении колена. Здесь же был наблюдаем и один случай выздоровления после поздней резекции колена (отд. д-ра Ковалевского). В других случаях выпиливание коленного сустава кончалось смертью. Я нашел 3 случая выпиливания колена в лазаретах Сербии, но они были свежие, несколько дней спустя после операции. Судить об их исходе нельзя было.

Лечение проникающих ран колена было выжидательное, с применением льда; накладывали иногда неподвижные гипсовые повязки с поясом вокруг таза; в других случаях ограничивались употреблением металлической или деревянной шины. При развитии нагноения в полости колена делались боковые разрезы. Производилось и выпиливание сустава не только в виде поздней операции, но и скоро после ранения. При всех этих способах лечения результаты были приблизительно одинаковые. В Свилайнаце, в бараках д-ра Р е й е р а, я встретил в 3 случаях проникающих ран колена применение способа лечения, который с теоретической точки зрения имеет очень многое за себя. Способ этот состоит в следующем: когда констатирована проникающая рана коленного сустава, делается поперечный разрез ниже коленной чашки, как при обыкновенном способе выпиливания коленного сустава. Вскрыв полость сустава, рассекают боковые связки колена и крестообразные и затем

проводят еще дренажные трубки через мягкие части так, что одна трубка проходит близ сухожилья двуглавой мышцы бедра, другая — близ сухожилья полусухожильной мышцы. Вскрытая таким образом полость сочленения предоставляется заживлению через нагноение. Конечность удерживается в вытянутом положении на шинах.

Если в полости какого-либо сочленения развивается нагноение, то ткани, входящие в образование сочленений, подвергаются изменениям, в силу которых сочленение перестает существовать в анатомо-физиологическом смысле. При счастливом исходе этого процесса остается анкилоз, сращение между концами сочленяющихся костей; сращение будет или соединительнотканное, или иногда костное. Нагноение в полости сочленения аналогично нагноению во всякой другой серозной полости или среди тканей вообще. Задача лечения при образовании гнойника состоит в том, чтобы дать свободный выход гною и затем не расстраивать процесса восстановления. Эта задача должна найти применение и при гнойном воспалении коленного сустава: дать во-время с в о б о д н ы й в ы х о д г н о ю, накопившемуся в полости колена. Широкие разрезы с боков колена не достигают цели. Полость коленного сустава слишком обширна и сложна; кроме того, небольшие синовиальные сумки, лежащие в подколенной впадине, могут сообщаться с полостью сумочной связки колена и участвовать одновременно в нагноительном процессе. Боковыми разрезами далеко нельзя дать свободного выхода гною из задней части сумочной связки и из синовиальных ее сумочек. Вскрытие сочленения в том виде, как производит его д-р Рейер, всего скорее может помочь достижению цели. Виденные мною случаи были свежие, нельзя еще судить об исходе. Вероятно, из подробного отчета мы узнаем о судьбе этих раненых.

Я слишком далек от мысли предлагать один какой-либо способ для лечения всех вообще ранений коленного сустава. Об этом не может быть и речи. Но предложенный способ, думаю, найдет успешное применение во многих случаях. Проникающие огнестрельные раны коленного сустава представляют большое разнообразие, благодаря обширности сустава, с одной стороны, и сравнительной сложности его анатомического строения — с другой. По отношению к лечению можно бы различить следующие три группы. Группа 1-я: проникающие раны колена со вскрытием только сумочной связки. Группа 2-я обнимет те случаи, в которых при вскрытии полости сустава существует бо́льшая или меньшая степень нарушения целости костей, входящих в образование колена, т. е. мыщелков бедра, большеберцовой кости, коленной чашки. В 3-ю группу следует отнести все те случаи проникающих ран колена, в которых раздробление мыщелков бедра занимает все губчатое вещество

и доходит до трубчатого канала бедренной кости. Все случаи 1-й группы подлежит выжидательно-сберегательному лечению; и только при развитии бурной картины воспаления колено следует вскрыть вышеописанным способом. Случаи 2-й группы с самого начала подлежат лечению через вскрытие сустава, потому что здесь невозможно рассчитывать на выздоровление при обыкновенном выжидательном лечении. Другими словами, здесь предлагается почти то же самое, что при выпиливании. Я говорю почти то же самое потому, что ограничусь всякий раз только очищением коленной полости, удалением случайно попавших посторонних тел и костных осколков, не спиливая без нужды неповрежденных сочленовных концов костей. При значительном раздроблении мыщелков придется выполнить обыкновенное выпиливание (resectio). Что касается случаев 3-й группы, то здесь возможно только одно показание — amputatio femoris. Едва ли можно рассчитывать на успешный исход выпиливания, если придется распилить бедро в пределах трубчатого его канала. Впрочем, и в этом случае возможность счастливого исхода не исключается, когда в месте раздробления бедра начинается образование костной мозоли, так что распил придется провести через костную мозоль. Блестящее доказательство подобной возможности мы наблюдали в Цеттинском лазарете (отд. д-ра Ковалевского), где сделана была пересадка пяточной кости (спилена была тонкая пластинка верхней сочленовной ее поверхности) на распил костей голени, сделанный на $7^1/_2$ см выше сочленовной их поверхности, следовательно, далеко выше губчатого строения концов. Распил проведен был чрез костную мозоль. Огнестрельное ранение с переломом обеих костей голени произошло за 7 недель до операции.

Другое, не менее важное по последствиям ранение представляют проникающие раны бедреннотазового сочленения. Те же самые основания должны быть применены и здесь. Выжидательный способ лечения возможен тогда, когда вскрыто сочленение и нет повреждения скелета. При развившемся нагноении должно дать свободный выход гною, вскрывая сочленовную сумку сзади большого вертела: чем свободнее разрез, чем более будет раскрыта суставная полость, тем лучше условия для счастливого исхода. При раздроблении костей — широкое раскрытие суставной полости и удаление разрушенных частей скелета, т. е. resectio. Операция эта дает лучшие результаты в тех случаях, когда производится поздно, при развившемся уже нагноении.

III. ЧАСТНАЯ ПОМОЩЬ НА ВОЙНЕ

Никакое правительство не может обладать достаточными средствами, чтобы создать санитарные учреждения в таких размерах, при которых можно было бы оказать помощь всем

раненым и больным при современных войнах. Только содействием всего народа, путем широкой частной благотворительности, можно пополнить недостаток в санитарных учреждениях, который неизбежно обнаруживается с первыми битвами. Отсюда становится понятным громадное значение частной помощи во время войны. Частная благотворительность должна притти на помощь для устройства лазаретов, снабжения их госпитальными принадлежностями, перевязочными средствами; она должна взять на себя заботы и о пополнении санитарного персонала. На войне всегда бывает недостаток во врачах. Вдруг нельзя создать средства, которые дали бы возможность удовлетворить указанным нуждам. Общество должно заранее подготовляться, — и материальные средства, и люди должны быть готовы по первому требованию. Роль Общества Красного Креста громадна. Сфера деятельности его должна расширяться все более и более; это вытекает естественным образом из того, что война нашего времени есть война всего государства, всего народа, потому что войско современное есть народ.

Славянская война дала возможность русскому Обществу Красного Креста показать свои средства, уменье пользоваться ими и плоды своей деятельности. В самом деле, едва ли повторится когда-нибудь то положение, в которое поставлена была во время этой войны деятельность частной благотворительности русского народа. Мы были полными хозяевами в Черногории, в стране, не имевшей никаких санитарных учреждений; да и санитарное дело Сербии почти также всецело отдано было в наше распоряжение. Впрочем, это не был первый пробный опыт для деятельности нашего Общества Красного Креста — во время войны 1870—1871 гг. оно оказывало свое содействие, помогая и прусским, и французским раненым. Был урок, естественно ожидать, что уроком воспользовались. Но так ли это?

Все санитарные учреждения Черногории сосредоточены были в руках уполномоченного от Общества Красного Креста. Созданы были лазареты. Устройство их, снабжение всеми госпитальными принадлежностями, содержание раненых и больных, — все производилось на средства Общества Красного Креста. Содержание наших черногорских лазаретов было отличное, и трудно требовать чего-нибудь большего. Если когда-нибудь наш раненый и больной солдат будет пользоваться в военных лазаретах таким содержанием, какое мы давали нашим братьям черногорцам, то это будет доказательством огромного прогресса наших военно-санитарных учреждений. И подобный прогресс возможен только при деятельном участии со стороны Общества Красного Креста или частной благотворительности вообще. Во всех черногорских лазаретах больной или раненый пользовался следующим содержанием:

утром стакан кофе с молоком и белым хлебом *. Обед в полдень: мясной суп, отдельно кусок мяса, белый хлеб, стакан красного вина или кофе по назначению врача или по желанию больного. В 8 часов вечера подавался ужин, состоявший также из супа, куска мяса, стакана вина или кофе. Два раза в день, перед обедом и ужином, больной получал рюмку ракии (виноградной местной водки). На каждого больного отпускалось полтора фунта мяса в сутки **. Что касается до снабжения лазаретов лекарствами, перевязочными средствами, бельем постельным и носильным, то во всем было изобилие. При таком отличном содержании в лазаретах, при образцовом уходе за ранеными следовало ожидать и отличных результатов. Ожидания оправдались.

В Черногории легко было, повидимому, ориентироваться относительно места и числа лазаретов, потому что территория невелика, выбор места и возможности для устройства лазаретов весьма ограничен, число раненых и больных сравнительно было невелико. Во всех 3 лазаретах (2 в Цеттинье и один в Негуше) цифра раненых и больных только на короткое время достигала 300 человек, за исключением выздоравливавших, находившихся в кучах (в частных домах). На это ограниченное число раненых имелось в Черногории 6 врачей, а позднее — даже 10. Несколько фельдшеров и 10 сестер милосердия составляли тот санитарный персонал, при помощи которого врачи могли организовать вполне образцовый уход за ранеными. Заведывание всеми лазаретами сосредоточено было в лице уполномоченного от Общества Красного Креста. Когда в конце августа прибыло еще 3 врача от Московского славянскаго комитета, то встретилось затруднение в приискании для них деятельности: наличный состав врачей удовлетворял совершенно санитарным нуждам страны. Присланные врачи имели при себе 4 фельдшеров, но не имели никаких средств для организования врачебной помощи. Санитарный отряд примкнул к Обществу Красного Креста. Общество снабдило его лекарственными и перевязочными средствами, дав ему, таким образом, возможность устроить перевязочный пункт в Данилограде. Позднее, уже в начале сентября месяца, прислан был еще один санитарный отряд, состоявший из врача, двух студентов и фельдшерицы. И этот отряд, подобно санитарному отряду Московскаго славянскаго комитета, был обеспечен только средствами на личное содержание персонала в течение двух месяцев. Отряд снаряжен был на частные средства, пожертвованные обществом бурят. Он примкнул к

---

* В Черногории народонаселение употребляет в пищу преимущественно кукурузный, мало питательный хлеб.

** Табаку отпускалось для больных вдоволь. Каждый черногорец курит.

Обществу Красного Креста и был пристроен к одному из лазаретов в Цеттинье.

Снаряжали врачей или целые санитарные отряды для отправления в Черногорию. Уполномоченный от Общества Красного Креста узнавал об этих снаряжениях тогда, когда персонал находился уже на пути в Цеттинье. Нужно ли было усиливать врачебный персонал или нет, об этом главное управление Общества Красного Креста не считало нужным предварительно осведомиться. Какие затруднения и недоразумения могли происходить от подобного образа действий, не трудно представить себе. В маленькой Черногории многое осталось незаметным, а то, что могло тормозить дело, по счастию, устранялось содействием лиц, имевших в виду интересы дела прежде всего.

Не то вышло в Сербии. Если санитарное дело Черногории создано было на средства Общества Красного Креста исключительно, то в Сербии мы видели уже другое. Благотворительность русского общества была направлена преимущественно в Сербию, сюда же направлены были и главные врачебные силы.

Гораздо прежде прибытия в Сербию санитарного отряда Общества Красного Креста уже поспели туда санитарные отряды, снаряженные на частные средства. Санитарный отряд проф. Боткина открыл прежде других свой лазарет в Ягодине. Вскоре затем явился санитарный отряд от Общества московских старообрядцев и устроил свои лазареты в Смедереве. Новгородский, харьковский, отряд дамского петербургского общества и другие санитарные отряды являлись один за другим и скоро доставили на место военных действий достаточный по количеству врачебный персонал. Администрации оставалось только изучить средства врачебного персонала и воспользоваться ими наивыгоднейшим образом.

Все частные санитарные отряды, направленные в Сербию, можно подразделить на две категории: к первой принадлежат отряды, у которых, кроме средств для содержания личного состава, имелись и средства для устройства и содержания лазаретов (отряд проф. Боткина, санитарный отряд московских старообрядцев). Ко второй относится большинство санитарных отрядов, которые составлялись таким образом, что личный состав отряда обеспечивался содержанием на два или три месяца, давались деньги на проезд в Сербию, а далее — предоставлялось санитарному отряду устраиваться, где угодно и как угодно. Ни снаряжавшие санитарные отряды, ни снаряженные не знали, повидимому, действительных нужд санитарных учреждений Сербии, не имели возможности или не желали узнать что-либо предварительно, а руководствовались собственными соображениями, построенными на основании газетных сообщений. Прибыв в Сербию, подобный санитарный

отряд начинал искать и выжидать дела *. Иному удавалось пристроиться при лазаретах сербского правительства; другому — на случайные средства (новгородский санитарный отряд, барак в Чуприи). Иногда такие отряды, истощив свои маленькие средства и не получая поддержки со стороны сербскаго правительства, примыкали к Обществу Красного Креста (харьковский санитарный отряд в Ягодине, отряд дамского петербургскаго общества в Пожареваце и др.). Однакоже некоторые общества не считали возможным присоединять свои санитарные отряды к Обществу Красного Креста и искали самостоятельности. Говорят, что московский славянский комитет снабдил шефа санитарнаго отряда, снаряженного в Черногорию, такой инструкцией, на основании которой он не должен был подчиняться никому. Но московский славянский комитет, вручая свою инструкцию, не дал отряду никаких средств для организования какой-нибудь врачебной помощи! При таком порядке ведения дела не было возможности достигнуть единства действия, неурядица и упущения должны были обнаружиться неизбежным образом. Слабая правительственная (сербская) администрация не могла дать прочной связи этим разнородным элементам, а самые эти элементы являлись врозь, из различных мест обширного нашего отечества и не вносили с собой никаких задатков для образования взаимной связи. Те санитарные отряды, которые обладали достаточными средствами для устройства лазаретов и содержания своих раненых, изолировались и действовали в своей сфере самостоятельно: они были в наивыгоднейшем положении, потому что имели возможность приступить к делу непосредственно. Положение же других было неопределенное, невыгодное, а иногда самое комичное: я встретил врача, оставшегося без занятий и отправленного по распоряжению уполномоченного в ближайший город для занятий в лазаретах Р. Оказалось, что в лазаретах этих не было для него места, да и самые лазареты в день его прибытия сданы были румынскому санитарному отряду.

Вообще для содержания санитарных учреждений в Сербии созданы были огромные средства. Некоторые лазареты представляли образцовое содержание больных и раненых, деятельность врачей в этих лазаретах была рациональная и строго научная выше похвал. Сказанное должно быть отнесено к лазаретам, устроенным на частные средства. Нельзя сказать того же о лазаретах Общества Красного Креста и о тех вообще, которые по недостатку средств должны были стать в зависимость от этого общества. Распоряжения этого общества приходили все или не во время, или не в пору. А причина это-

* Так, между прочим, выжидали дела и врачи санитарного отряда Общества Красного Креста и просидели около 12 дней *без дела* в Белграде.

го лежала в недостатке распорядительности, в отсутствии рациональных административных приемов, одним словом, в незнакомстве с делом.

Не стану более утомлять читателя изложением отдельных эпизодов бывшей неурядицы, а перейду к изложению соображений, путем которых, полагаю, возможно было бы избежать всех этих беспорядков. Беспорядки вроде указанных наблюдались уже в 1866 г. Пруссаки воспользовались указаниями опыта и устранили по возможности повторение некоторых случайностей во время войны 1870—1871 г. Во время франзусско-немецкой войны и наше русское Общество Красного Креста выступило на помощь раненым. Многие помнят о пререканиях и недоразумениях, возникавших тогда между уполномоченным от Общества Красного Креста и заведывавшим медицинской частью. Когда я приехал к заведывавшему медицинской частью покойному проф. Гюббенету в Мангейм, то он стал горько жаловаться на созданные порядки и невозможность предпринять что-либо действительно полезное. Все меры его парализовались. Но мы, кажется, не воспользовались указаниями опыта так, как наши западные соседи.

Желательно, чтобы во время войны частная благотворительность являлась на помощь в самых широких размерах; пусть собираются капиталы, снаряжаются санитарные отряды от обществ, городов или отдельных лиц. Первенствующая роль в святом деле организования частной помощи на войне будет принадлежать Обществу Красного Креста, как более богатому и подготовленному для санитарной деятельности. Частная благотворительность на войне будет достигать своей цели тогда только, когда деятельность всех частных обществ будет направлена дружно к этой цели, когда в деятельности их будет известная солидарность, единство действий. Единство действий не предполагает подчиненности, подначальной зависимости, которой, скажем мимоходом, так боятся у нас и на возможность которой указывали многие врачи в Сербии. Нет. Каждое из обществ действует самостоятельно в своей сфере, если имеет для того средства. В противном случае оно подчиняется главному по материальным средствам обществу, т. е. Обществу Красного Креста. Представим себе, что начинается сербская война. Общество Красного Креста становится главным фактором частной помощи. Оно немедленно создает учреждение (бюро), которое входит в непосредственное сношение с сербским правительством. Оно узнает действительные нужды воюющей страны и получает точные указания, где и каким образом можно всего легче удовлетворить этим нуждам. Сношение с сербским правительством поддерживается беспрерывно, и в сказанном бюро во всякое время имеются самые точные сведения о состоянии санитарного дела страны. Являются предложения помощи от различных частных

обществ. Эти предложения должны проходить через бюро и должны распределяться при содействии того же бюро. Если предложение обеспечено вполне материальными средствами, то создается лазарет в местности, указанной бюро, и в этом лазарете функционирует самостоятельно санитарный его отряд. В противном случае санитарный персонал и имеющиеся при нем материальные средства обращаются на усиление врачебных сил в существующих уже санитарных учреждениях правительственных или устроенных на средства других обществ. Понятно, что в последнем случае необходимо предварительное соглашение, и невозможным станет повторение упомянутых выше эпизодов. Едва ли когда-нибудь повторится положение, в которое поставлена была русская частная помощь во время черногорско-сербско-турецкой войны 1876 г. Но частная помощь всегда будет иметь обширное применение на войне. Эта помощь может являться или в виде устройства собственных госпитальных учреждений, или в виде вспомоществования существующим правительственным учреждениям. Роль центрального бюро или Общества Красного Креста как в первом, так и во втором случае остается одинаковой. Деятельность частных обществ должна подлежать безусловно правительственному контролю в административном отношении.

Общество Красного Креста имеет своего уполномоченного на месте военных действий. Во время настоящей войны оно имело одного уполномоченного в Сербии, другого — в Черногории. Кроме уполномоченного, Общество Красного Креста имеет еще и главного врача, заведующего всеми лазаретами в медицинском отношении. Нет другой области знаний, в которой как в медицине всякое лицо считало бы себя более или менее компетентным. В медицине всякий считает себя вправе подавать советы не только для лечения частных случаев заболевания, но и для решения самых сложных санитарных вопросов, устройства госпиталей и пр. Общество Красного Креста избирает своими уполномоченными самых благонамеренных и самых почтенных людей, но... неподготовленных для дела, незнакомых с требованиями санитарных вопросов. Уполномоченный считает себя вправе кассировать требования заведующего медицинской частью, критиковать сделанные им распоряжения; уполномоченный вместе с своим секретарем (не врачом) отправляется отыскивать место для учреждения нового лазарета, не предупредив даже об этом заведующего медицинской частью. Тот же уполномоченный приказывает эвакуировать больных и транспортировать их в другое место по собственному соображению и на другой день, между прочим, заявляет об этом заведующему медицинской частью. Можно бы указать еще длинный ряд подобных несообразностей, которые, естественно, должны вызвать крайнюю неурядицу в ущерб санитарному делу. Что произошло в течение

этой войны, о том мы узнали уже многое из газетных сообщений, но мы узнаем еще больше, когда акты нашей деятельности будут закончены.

А все это произошло от того, что мы никоим образом не можем отрешиться от предубеждений, которым так сильно проникнуто наше общество. Нам необходима представительность прежде всего: без представительности не может совершиться никакое дело. Общество дает средства, общество вправе требовать, чтобы эти средства находили наилучшее применение. Оно вправе требовать, чтобы делом заправляли компетентные лица. Не представительность нужна для такого дела, как санитарная помощь во время войны, а люди дела, люди, подготовленные к уразумению того поручения, которое общество на них возлагает. Я глубоко убежден, что все недоразумения, пререкания и неурядица легко могли бы быть избегнуты, если бы в качестве уполномоченного от Общества Красного Креста стояло компетентное лицо. Таким лицом может быть только хорошо образованный санитарный врач, особенно если этот врач обладает еще и хорошими административными способностями. Это вопрос огромной важности; он заслуживает самого основательного и многостороннего обсуждения. Знаю, что предложение мое встретит мало сочувствия в среде Общества Красного Креста, подвергнется нападкам, но тем не менее я настаиваю на нем. Не представительность, не высокий чин и не видное общественное положение нужны, а знание дела. Если во главе дела будет стоять хорошо подготовленный санитарный врач, то не будет надобности назначать профессоров хирургии в должности заведующих лазаретами в административно-санитарном отношении. Профессор хирургии принесет гораздо больше пользы там, где дана будет ему возможность применить специальные свои познания. Возложите на профессора хирургии обязанности консультанта, отдайте в непосредственное его заведывание военный госпиталь, лазарет: здесь, руководя врачами, помогая и словом и делом менее опытным врачам и хирургам, он принесет пользу несравненно высшую, чем та польза, которой ожидают от него, как от администратора. Дело подавания частной помощи на войне требует реорганизации. Пользуясь опытом других государств и своим собственным, мы получим богатый материал, на основании которого можно выработать более или менее прочные указания для руководства. Но во всяком случае эти указания побудят избрать иной путь и оставить тот способ эксплуатирования огромных материальных средств, которым Общество Красного Креста руководствовалось до сих пор.

НАШЕ ГОСПИТАЛЬНОЕ ДЕЛО НА ВОЙНЕ [36]

Потери нашей действующей армии от начала военных действий до конца сентября месяца превышали 50 тысяч человек; в этом числе раненых было более 35 тысяч. Приняв это положение и допустив даже, что сопоставление цифр не положительно точное, а только наиболее вероятное, мы имеем все-таки выражение значительного прогресса в санитарном состоянии: во все войны всегда действующие армии несли потери, гораздо более чувствительные от влияния эпидемических болезней, чем от действия неприятельского оружия. Эпидемическое развитие болезней следовало по пятам двигавшихся армий; в нашей же дунайской армии не наблюдается влияния эпидемий до настоящего времени. Наиболее чувствительные потери несет армия от заболеваний вследствие влияния малярии.

Другое доказательство прогресса в санитарном отношении нашей армии видно из того, что недостаток врачей, который всегда ощущался в наших армиях, не существует в настоящее время. Русская армия снабжена только русскими врачами и снабжена в таком количестве, которое соответствует действительной потребности. Говорят, что число врачей нашей действующей армии превышает относительное число врачей армии прусской во время войны 1870—1871 годов. Известно, что Пруссия могла поставить в то время такое количество врачей, какого не выставляла еще ни одна армия. В действующей нашей армии на Дунае нет иностранных врачей. В прежние войны мы принуждены бывали приглашать иностранных врачей и прибегали к мере, которая нарушала одно из наших прекрасных узаконений, в силу которого всякий иностранный врач приобретает право практики в России только после получения диплома в одном из отечественных университетов. Во время Крымской войны приглашено было для армии более 100 иностранных врачей, между которыми большинство оказалось крайне невежественным; к тому же все они не знали русского языка и были, следовательно, бесполезны для боль-

ного русского солдата. Можно пожалеть, что из опасений на счет недостатка врачей произвели ускоренный выпуск, оторвав молодых людей от правильных школьных занятий преждевременно. Обнаружилось, что крайняя эта мера не оправдалась на деле и предпринята была слишком торопливо. Если бы почувствовалась действительно нужда во врачебном персонале, пополнить его можно было бы без труда студентами выпускных курсов, которые фактически исполняли обязанности младших ординаторов во многих военно-временных госпиталях Болгарии. По миновении войны молодые люди возвращаются в школы для полного окончания медицинского своего образования. Нужно желать прекращения на будущее время практики ускоренных выпусков, которые не приносят существенной пользы, но оставляют положительный вред.

Не малое значение в ряду условий хорошего состояния санитарной части получает и то обстоятельство, что современный солдат есть крепкий молодой человек, возраст которого представляет наилучшие задатки для борьбы с неблагоприятными влияниями военно-походной жизни. Статистик-врач, при сравнении санитарного состояния нашей армии с состоянием ее во время прошлых войн, не должен упускать из виду этого важного момента, иначе сравнение будет грешить тем, чем грешат обыкновенно статистические выкладки — сравнением данных не одинакового свойства. Молодой солдат наш обставлен теперь несравненно лучше, чем прежний солдат, и это должно быть понимаемо в самом широком смысле относительно его содержания, одежды, пищи и санитарных мер. В последнем отношении новые идеи получили самое широкое применение, благодаря которому армия наша до сих пор не подвергалась еще влиянию эпидемических болезней. Отсутствие эпидемических влияний благотворно отразилось на состоянии раненых: бичи военно-временных госпиталей, следующие непосредственно за накоплением больших масс раненых, рожа и госпитальная нечистота (gangraena nosocomialis), не наблюдались до настоящего времени, т. е. до конца сентября месяца. За все время пребывания нашего на театре военных действий, от половины мая до конца сентября месяца, нам пришлось видеть только один случай рожи и один случай госпитального омертвения. Оба случая наблюдаемы были в Свищове, в госпитале, размещенном в покинутых турецких домах. В первом рожа осложнила ампутацию предплечья, во втором — госпитальное омертвение обнаружилось на культе голени спустя недели полторы после ампутации (летальный исход). Чувствительны были потери наши от гнилостного заражения, под влиянием которого погибали раненые в первые дни после больших битв. Гнилостное заражение убивает многих раненых; не всякий раз предотвращается губительное влияние его и операциями. Много оперированных погибло от

гнилостного заражения после битвы под Плевном, 18 июля. Чем совершеннее обставлен первоначальный уход за ранеными, чем лучше организованы способы перевозки их, чем менее подвергаются они влиянию перевозки вообще, тем слабее проявляется влияние гнилостного заражения (septhaemia). В 63-м и 47-м госпиталях в Зимниче после битвы под Плевном, 18 июля, наблюдалось такое гибельное опустошение от гнилостного заражения между ранеными и оперированными, какого не приходилось нам наблюдать ни в одном госпитале ни раньше, ни позже этого времени. Мы указывали уже на существенные причины этого явления. Они даны были в крайне неудовлетворительном состоянии перевозочных наших средств в Болгарии, в панике 19 июля, во время которой обозы с ранеными неслись вскачь на пространстве нескольких верст; раненые не получали пищи в течение двух дней, потому что не было сделано заранее никаких приспособлений для кормления их на пути следования от Плевна до Свищова на пространстве 60 верст.

Наше госпитальное дело обставлено научно в медицинском собственно отношении, и новые идеи хирургии отражались на всей врачебной деятельности. Можно видеть это, проследив за деятельностью врача, начиная с самых первых его приемов при исследовании раненого. Большинство хирургов считает вредным исследование огнестрельной раны зондом или пальцем; ограничиваются тщательным осмотром раны, отношением ее к окружающим частям и наружными ручными приемами, если они необходимы для определения перелома, раздробления кости и пр. Исключение из практики усердного зондирования каждой огнестрельной раны составляет прогресс в военно-полевой хирургии. Зондирование удовлетворяет разве любопытство хирурга и в некоторых случаях дает ему возможность убедиться в присутствии осколков в ране, случайного постороннего тела или пули. Последняя находка, удовлетворив любопытство, дает нередко повод для погрешностей: молодой хирург увлекается, старается извлечь пулю во что бы то ни стало и извлекает ее иногда там, где делать этого не следовало бы. При проникающих ранах грудной клетки, например, может быть только одно входное отверстие, пуля находится где-нибудь под кожей; часто при таких ранах прощупывается пуля в крыльцовой впадине или близ позвоночника. Входное отверстие закупорилось, — рана представляет условия, при которых возможен благоприятный исход. Но после вырезания пули воздух проникает чрез пулевой канал в грудную полость, и поспешной операцией мгновенно уничтожены все выгоды непосредственной закупорки пулевого канала во входном его отверстии.

Весь уход за ранеными в госпитале отражает на себе то же самое разумное, научное отношение к делу. Листеровская

повязка не нашла пока что применения на войне: действительно, нехватает рук, нехватает времени и нехватает подготовленных лиц для накладывания ее по всем требованиям тех начал, которые положены в основание этой повязки; накладывание же как-нибудь бесцельно, потому что тогда не достигаются те высокие результаты, которые составляют эпоху в хирургии со времени введения листеровских приемов при лечении ран. Тем не менее новые идеи отразились на уходе за ранеными вообще и на лечении ран; чистота, опрятность, строгая забота о достаточном количестве свежего воздуха, заботы об улучшении питания раненых, — все это сделалось самым существенным в госпитальной практике и повлияло сильно на улучшение санитарного состояния нашей армии. Стремление упростить приемы при уходе за ранеными и упростить самое лечение ран составляет предмет постоянных желаний современного хирурга. Сложные и лишние приемы вносят столько раздражений, что невозможно игнорировать вредное влияние их на ход и заживление раны. Во всех госпиталях и на перевязочных пунктах употреблялась для перевязки ран очищенная вата и марля; корпия вытеснена из употребления, и только в одном лазарете Общества Красного Креста (в Яссах) нам довелось видеть применение корпии при перевязке ран. Классическая губка также вытеснена при перевязке раненых; она употребляется только во время операции, и то не всегда. Мы не употребляли губки ни разу при операциях на театре войны, заменяли ее шариками гигроскопической ваты. Так как в большинстве случаев при операциях на конечностях применялось обескровление члена эластическим бинтом, то и не чувствовалась большая потребность в губках. Простота перевязки имела большое влияние на хорошее состояние ран; с большей простотой внесено устранение лишних приемов, которыми без нужды наносится раздражение ран. Упрощенная перевязка переходила местами в способ, при котором не употреблялось вовсе никакой перевязки. Так поступали мы в большинстве случаев после операций и нашли, что состояние ран, сокращение срока заживления их и влияние ранений на общее состояние организма представлялись более благоприятными, чем при употреблении обыкновенной перевязки. Отсутствие перевязки невозможно пока на войне: перевязка необходима для раненого, она успокаивает его морально как наглядное доказательство участия и забот о нем, как наглядное ручательство того, что р а н у е г о в ы л е ч а т. После операции можно оставить раненого без перевязки, не производя неприятного на него впечатления, потому что всякого оперированного и без того окружают заботами, в которых он видит внимание к себе и желание л е ч и т ь е г о. Под обыкновенной перевязкой и при отсутствии повязки развиваются в ране личинки. Вреда от них мы не видели даже и в тех случаях, когда

в течение двух или трех дней развивались их мириады. Личинки питаются гноем; они не разрушают живых тканей. Личинки появляются летом как в огнестрельной ране, так и в нанесенной при операции. Самой строгой чистотой и опрятностью не всегда удается предотвратить появление этих насекомых, если не устраняется возможность прикосновения мухи к частям повязки. Удается предотвратить появление личинок только тщательным прикрытием раны. Мы достигали этого устройством будочек из кисеи, которыми прикрывался оперированный член, и получался таким образом аэрационный способ лечения ран московских хирургов. Будочка применялась только после операций и обыкновенно в тех случаях, когда рана не покрывалась повязкой. Никогда под будочкой не развивались личинки. Лучшие культи после ампутации получались в тех случаях, когда раны не покрывались никакой повязкой и защищаемы были кисейной будочкой.

Мы накладывали очень много неподвижных повязок. Неподвижная гипсовая повязка накладывалась на главных перевязочных пунктах, в военно-временных госпиталях, и накладывалась преимущественно тогда, когда предполагалось перевозить раненых. При отсутствии приспособленных телег для перевозки раненых по грунтовым и шоссейным дорогам гипсовая (неподвижная) повязка давала превосходное средство для смягчения вредного влияния от примитивного способа перевозки раненых. Жаловались, что гипсовые повязки ломались в дороге. Нужно было исправлять поломанные повязки; да и изломанная гипсовая повязка фиксировала все-таки простреленную конечность так прочно, что цель достигалась более или менее, и во всяком случае раненый чувствовал себя лучше, чем без неподвижной повязки. При перевозке раненых по грунтовым дорогам следует предпочесть гипсовой повязки войлочную, особенно при повреждениях нижней конечности.

Наконец, прогресс санитарного нашего дела выразился в допущении к уходу за ранеными подготовленных лиц, особенно сестер милосердия. И общество, и военное ведомство заботливо пеклись о подготовлении для нужд военного времени сестер милосердия, фельдшериц, фельдшеров, санитаров; большую пользу принесли в военно-временных госпиталях студенты медицинских факультетов и Медико-хирургической академии.

Санитарное наше дело обставлено было, повидимому, весьма хорошо, к войне мы приготовились; и нужно сказать, что ни одна война не велась при таких богатых средствах санитарных, какими обладаем мы в настоящее время. Сознавая все это, отдавая полную справедливость военному ведомству, не будем увлекаться: необходимо указать и слабые стороны дела, и такое указание принесет, по нашему мнению, еще бо́льшую пользу, чем выставление одних светлых фактов.

Мы заметили выше, что армия наша снабжена вполне достаточным числом врачей, удовлетворяющим действительной потребности военного времени. Мы указали и на тот факт, что в действующей нашей армии число врачей превышает относительное число врачей в прусской армии 1870—1871 годов. А между тем раздаются постоянные жалобы о недостатке врачей; указывают на недостаток врачей на главных перевязочных пунктах и в военно-временных госпиталях. Первые жалобы преувеличены и находят себе объяснение в том, что хаотическое состояние в первые дни после больших сражений есть явление неизбежное. Вторые же имеют фактические основания. Но в то время, когда в госпитале № 50 или 47 на 2 000 раненых приходится 10 или 12 врачей, в других местах врачи сидят без дела, потому что несколько госпиталей не успели еще развернуть. Особенно странно было видеть, что при недостаточном числе врачей в военно-временных госпиталях врачи Общества Красного Креста сидели без работы в ожидании поступления больных или раненых в собственные учреждения Общества. Сколько здоровых врачебных сил непроизводительно задерживалось на этапах в Румынии в течение $3^1/_2$ месяцев, когда в других местах так живо чувствовалась в них потребность! Не численный недостаток врачей, а нецелесообразное распределение их было причиной прискорбного явления, ради которого терпели раненые, не получая подчас своевременного пособия. Врачи Общества Красного Креста составляли особую корпорацию врачей на войне; они принадлежали Обществу Красного Креста и его учреждениям, а не действующей нашей армии. Были исключения, мы видели иногда врачей Общества Красного Креста среди госпитальных врачей; но это повторялось не часто, в виде исключения. Не то было бы, если бы исключение стало правилом, если бы Общество Красного Креста являлось на помощь всюду, где в помощи его нуждались. Общество Красного Креста искало какой-то самостоятельной деятельности на театре военных действий и ради этой самостоятельной роли имело своих врачей.

Не менее резко обозначилось непрочное состояние администрации и в отношении распределения санитарного персонала низшего порядка. Сестры милосердия приносят громадную пользу в госпиталях. Появление сестры милосердия вносит в госпиталь известную мораль, порядок и ту чистоту и опрятность, которые немыслимы при средствах военно-временного госпиталя с госпитальной его прислугой и которые незаметно становятся потребностью госпиталя по мере того, как присутствие сестры милосердия признается совершенно необходимым. Во многих госпиталях было мало сестер милосердия, в других совсем их не было; а между тем на театр военных действий отправлено было очень много сестер, которые долж-

ны были функционировать не только в госпиталях, но на главных перевязочных пунктах и в санитарных поездах. Первые наши раненые при переходе через Дунай 11 июня попали в Галацский госпиталь, который состоял из двух отделений; третье отделение его находилось в Фокшанах в расстоянии 12-часового пути частью железной дорогой и частью по шоссе. В Галацском госпитале не было сестер милосердия, случайно помогали две или три сестры из общины г-жи Сабининой, но они покинули госпиталь чрез два дня после прибытия раненых, получив назначение остаться в санитарных поездах. Мы просили сестер милосердия в Галацский госпиталь, нам их не давали; между тем в Фокшанах, где находилось 3-е отделение нашего (51) госпиталя, было 16 сестер милосердия княгини Шаховской, которые оставались там без дела, потому что в Фокшанах лежало в то время всего около 80 больных лихорадочных, ревматиков, с острыми и хроническими катарральными поражениями дыхательных путей. Переписка о присылке сестер милосердия для ухода за ранеными в Галаце продолжалась более трех недель; много телеграмм было послано в главную квартиру; мы просили наконец перевести сестер милосердия из Фокшан в Галац, — так и не дождались сестер. То отвечали, что нельзя переводить сестер милосердия из одного госпиталя в другой, то обещали прислать немедленно сестер, вновь прибывших из России, наконец заявили, что без разрешения инспектора госпиталей нельзя делать никаких назначений сестрам. Но мы обращались постоянно к инспектору военно-временных госпиталей! На театре военных действий находились сестры милосердия разных общин. Некоторые были в непосредственном распоряжении Общества Красного Креста, другие — инспектора госпиталей; были, кажется, и почти независимые общины. Если бы все сестры милосердия отданы были в распоряжение полевого военно-медицинского инспектора, то распределение их сделалось бы более равномерным и целесообразным. Общество Красного Креста предлагает в распоряжение военного ведомства лиц санитарных вообще, в том числе и сестер милосердия; отдавая их в распоряжение военного ведомства, оно должно предоставить ему право распределения сестер по госпиталям сообразно действительным нуждам. Тогда устраняется легко возможность тех случайностей, на которые мы указали.

У нас были еще братья милосердия и санитары. О первых ничего не могу сказать, не встречался с ними на войне. Братьями милосердия могли бы быть монахи, если бы представилась возможность привлечь их для ухода за ранеными. Санитары у нас были; их поставляло Общество Красного Креста. Это какой-то неопределенный санитарный элемент, положение которого на театре войны не выяснялось до сих пор. Лица этого элемента часто не были подготовлены к ис-

полнению фельдшерских обязанностей, они тяготились обязанностями госпитальных служителей, а что они делали, мало кому известно. Для военно-временных госпиталей нужны были фельдшера без сомнения в большей мере, чем санитары. Но хорошо подготовленных фельдшеров было мало; люди военного ведомства, носившие звание фельдшера, ничем не отличались от госпитальных служителей; иногда тем только отличались от них, что были менее дисциплинированы, что составляло уже немаловажное неудобство в госпитале. При достаточном числе сестер милосердия можно обойтись без фельдшеров, но нельзя обойтись без госпитальной прислуги. Это одна из самых слабых сторон нашего госпитального устройства. На каждое отделение госпиталя полагается 90 человек прислуги. Предполагается, что эта прислуга подготовлена. Это не верно. Если исключить из этого числа поваров, мастеров и кучеров, то для исполнения обязанностей госпитальных служителей остается очень ограниченное число. Самый тяжелый труд выпадает на долю этих людей; мы требуем от них работы в течение чуть ли не 20 часов в сутки, а содержание их между тем очень незавидное: никто об них не заботится, но всякий требует непомерного труда. Настоящая война показала еще раз неудовлетворительность этой стороны госпитального дела и обнаружила нашу несостоятельность. Не трудно было организовать отряды низшей санитарной прислуги для госпиталей, если бы поставлен был вопрос об этом надлежащим образом. Здесь опять указываем на средства Общества Красного Креста, которые несравненно производительнее могли бы быть употреблены на вербование госпитальных служителей, чем на приглашение санитаров, братьев милосердия и других, мало подготовленных для дела лиц. На главном сортировочном пункте в Дервишко-сѐло после битвы 30 и 31 августа под Плевном положение врачей было невозможное: при средствах одного госпиталя нужно было оказать пособие 9½ тысячам раненых. Прислуги нехватало. Наличный состав госпитальных служителей до того измучился, что жалко было видеть бедных людей. Взято было более сотни людей из команды слабосильных; помощь от них была невелика, потому что едва оправившиеся от болезни люди не могли нести тяжкой госпитальной службы, особенно при тех обстоятельствах, которые представились после битвы 30 августа. Общество Красного Креста хлопотало об организации летучих отрядов, которые должны были появляться на главных перевязочных пунктах и переходить быстро из одного госпиталя в другой, смотря по нуждам военного времени. Деятельность летучих отрядов осталась пока в теоретических соображениях; мысль об организовании их привлекательна, на практике же из этого ничего не вышло. Но как плодотворно было бы учреждение отрядов хорошей рабочей силы в виде

госпитальных служителей, которых во всякое время можно было бы пересылать в тот или другой госпиталь, смотря по действительной нужде! Случайные переполнения госпиталей в военное время представляют обычное и неизбежное явление; а при этих переполнениях чувствуется всего более потребность во врачах и в рабочей силе низшего санитарного персонала,— нужна бывает госпитальная прислуга.

Самая зоркая администрация не всегда может предотвратить затруднения, представляемые случайностями войны, и непосильное, неравномерное распределение труда неминуемо выпадает на долю врачей и санитарного персонала. Своевременное и целесообразное распределение военно-временных госпиталей на театре военных действий составляет одну из трудных задач полевой военно-медицинской администрации. Нельзя сказать, что задача эта разрешилась удовлетворительно во время настоящей войны. Мы видели чрезмерное переполнение госпиталей вследствие недостаточного числа их и несоответственного территориального распределения. Вероятно, полевое военно-медицинское управление получало извещение о предстоящих делах и посвящаемо было заранее в те планы, сообразно с которыми следовало распределять госпитальные учреждения. Если, несмотря на это, госпитали распределялись не во-время и нецелесообразно, вина падает на медицинскую администрацию. Здесь мы указываем на явление, которое, по нашему мнению, составляет ближайшую причину многих упущений и недоразумений в области полевой военно-медицинской администрации, — именно, на дуализм во главе администрации. Полевой военно-медицинский инспектор есть врач; а полевой инспектор госпиталей есть генерал-майор, никогда, может быть, в жизни своей не интересовавшийся госпитальным делом и, не получивши специального медицинского образования, не имеющий средств изучить это дело основательно. Выбор места для военно-временных госпиталей, открывание их, снабжение всем необходимым для ведения хозяйственной части в госпиталях, одним словом, все дело организации тех учреждений, в которых должны функционировать врачи, в которых будут помещены тысячи раненых, здоровье и жизнь которых доверяется врачебному персоналу, — все это дело отдано в руки лица некомпетентного. Я говорю некомпетентного, не рискуя погрешить против истины: нельзя возлагать создание госпитальных учреждений и ведение всего строя госпитального дела на лиц, не получивших специального образования и специальной подготовки. Ведь инспектор военно-временных госпиталей является представителем прав и власти, равных правам и власти полевого военно-медицинского инспектора. Допустим идеальную гармонию в образе действий этих представителей власти; даже в таком случае госпитальное дело будет тормозиться

оттого, что не будет единства инициативы, не будет быстроты действия там, где всякая потеря времени представляет крупную административную ошибку. Насколько же более будет оно тормозиться в том случае, когда полная гармония не имеет места? А последнее предположение естественнее первого. В дуализме представителей власти медицинского управления лежит одна из существенных причин многих недоразумений при ведении госпитального нашего дела на войне. Единство инициативы, единство действия необходимы, и преимущественно необходимы они на театре военных действий. Полевой военно-медицинский инспектор должен быть представителем санитарного дела, в его руках должна быть сосредоточена вся власть. Инспектором госпиталей или лицом, на которое возложено будет ведение хозяйственной стороны санитарного дела, должен быть непременно врач, путем долгого опыта изучивший госпитальное дело. Он подчиняется полевому военно-медицинскому инспектору. Таким лицом должен явиться тот врач, который прошел в служебной своей карьере чрез все горнило госпитального дела в качестве ординатора старшего врача, госпитального консультанта и наконец главного врача госпиталя. Поручите ведение госпитального дела подготовленному лицу и затем требуйте научного ведения дела. Невозможны будут тогда порядки вроде теперешних: чиновники особых поручений инспектора госпиталей, агенты его или правые руки суть лица, точно так же никогда в жизни своей не интересовавшиеся госпиталями, и только с того дня, когда получили назначение, принялись горячо за устроение госпиталей. Это было действительное устроение наперекор не только научным требованиям, но даже и простой логике. В Галаце под госпиталь наняли старую, зараженную румынскую казарму. Нанимал и устроил чиновник особых поручений, г. С., который сделал эту вонючую казарму еще более невозможной для жилища вообще тем, что западную, капитальную стену здания имбибировал фекальными жидкостями, устроив отхожие места по собственному соображению *. В гор. Фокшанах под госпиталь занята была старая румынская казарма без всяких гигиенических приспособлений. В Яссах под военно-временный госпиталь наняли (за большие деньги) половину старой румынской больницы с глухим внутренним коридором, с гнилыми полами и оконными рамами и др. Такие погрешности невозможны при ведении госпитального дела специалистами-врачами, для которых обязательны известные научные требования; требования же эти игнорируются людьми непосвященными, которые при устройстве госпиталей, при выборе для них

* В литографированной инструкции, которой снабжен был этот чиновник, находилась статья, в силу которой он получил право не соображаться с гигиеническими требованиями врачей в исключительных, по его мнению, обстоятельствах. Мы читали эту инструкцию.

места руководствуются всякими другими соображениями, только не научными, направленными к улучшению санитарных выгод госпитального помещения.

Дуализм власти медицинского управления на войне проводится последовательно, влияние его заметно и в госпиталях. Влияние его в госпиталях во всяком случае не полезно. Предоставив больше самостоятельности главному врачу военно-временного госпиталя, сделав его полным хозяином, мы достигаем единства действия, сосредоточения власти и инициативы в одном компетентном лице, а это для военного времени составляет самое существенное условие. Боязнь предоставить всю власть в руки главного врача госпиталя выработала контрольное учреждение в виде госпитального комитета; а в комитете наполовину заседают лица не врачебного сословия, лица, для которых мотивы и интересы самого высшего порядка подчас совершенно непонятны, тогда как в глазах врача они составляют жизненные вопросы. Контролирующие лица часто представляют вообще персонал не высокого развития; при выборе смотрителей госпитальных и коммисаров не руководствуются известным цензом специальных требований, а довольствуются вербовкой лиц известного тона, но не знаний. Едва ли подобный контроль приносит какую-нибудь пользу; вред же он приносит неминуемо, потому что парализует сплошь и рядом целесообразные начинания главного врача. Мне возражали иногда, что главный врач по развитию своему стоит неизмеримо выше административного госпитального персонала, и может, следовательно, всегда держать его в своих руках: фактически он есть полный хозяин военно-временного госпиталя. Зачем же учреждать подобного рода контроль, когда он остается мертвым учреждением с фиктивной властью? Полевой военно-медицинский инспектор должен быть единственным представителем санитарного дела на войне, а главный врач должен быть полным хозяином военно-временного госпиталя. В этом мы видим путь для проведения того единства и гармонии в госпитальном деле, который может устранить все неудобства и погрешности теперешнего строя.

Общественное мнение тревожили беспрерывно слухи о переполнении госпиталей, о недостатке госпитальных мест, о нераспорядительности и т. д. Факты были налицо: указывали, что в данное время в Зимниче находилось, например, около 5 000 раненых, лежавших под открытым небом за недостатком госпитальных мест; то же самое наблюдалось периодически в Свищове, Фратешти, Яссах. Какое же значение получают эти факты при разъяснении причины их? Привожу для разъяснения пример, сообщенный лицом, стоящим у дел военно-медицинского полевого управления. 10 сентября, положим, военное ведомство имело 25 000 мест, больных же и раненых состояло всего 12 000; следовательно, приходилось на каждого раненого

(больного) более двух госпитальных мест. Того же числа в действительности в военно-временном Свищовском госпитале и в других было такое переполнение, что на одно госпитальное место нормы приходилось два и три раненых. Очевидно, что явление это стоит в прямой зависимости от несостоятельности администрации, т. е. правильной перевозки раненых и равномерного распределения их по существующим учреждениям. Достижимо же это требование только при единстве действия и полной гармонии его, если инициатива управления санитарным делом на войне будет сосредоточена в одном компетентном лице. Полевой военно-медицинский инспектор видит несостоятельность дела, он предвидит в данное время новые затруднения и неурядицы, но предупредить их не в силах, потому что орган, распределяющий госпитали, устраивающий их и заправляющий всей административной стороной госпитального дела, есть лицо самостоятельное, в правах равное ему, а в госпитальном деле не компетентное. Распределение госпиталей, перемещение их на территории военных действий должно принадлежать полевому военно-медицинскому инспектору; главный надзор за эвакуацией на театре военных действий также должен быть сосредоточен в его лице. Тогда возможность гармонии в этом сложном деле становится естественной; иначе, стараясь паллиативами помочь горю, впадают в новые еще более сложные несообразности, запутывая все более и более нить и затрудняя себе выход из бюрократических комбинаций.

В самом деле, ввиду указанных осложнений стремятся помочь учреждением госпиталей, лазаретов на средства Общества Красного Креста и других обществ. На театре военных действий существуют в настоящее время рядом с госпиталями военного ведомства лазареты Общества Красного Креста, евангелического общества (в Свищове), дерптского общества (в Зимниче), ведомства императрицы (близ Свищова в монастыре) и др. При перевозке раненых с главных перевязочных пунктов имеют в виду размещать их по военно-временным госпиталям. Этапные лазареты Общества Красного Креста, расположенные вдоль железной дороги в Румынии, оставались пустыми более трех месяцев (теперь их уже сняли), тогда как в то же время в некоторых военно-временных госпиталях было огромное переполнение больных. То же наблюдалось иногда и в других лазаретах невоенного ведомства. Существовало ли какое-нибудь постановление относительно приема больных и раненых в лазареты различных частных обществ и ведомств на театре военных действий, нам неизвестно; но известен нам очень хорошо порядок, по которому вербовались раненые в эти лазареты. Заведующий лазаретом врач выпрашивал себе иногда раненых, которые перевозились в санитарных поездах; или он являлся периодически

в военно-временный госпиталь, выбирал себе некоторых интересных раненых и просил перевезти их в его больничку. Предлагаем полевому военно-медицинскому управлению оценить значение этого явления в ряду многих других, пестревших на театре военных действий в сложной машине ведения госпитального дела. Перейдем покамест к оценке другого факта. Военно-временные госпитали снабжены были хорошо лекарствами, перевязочными средствами и даже хирургическими инструментами *; тем не менее в них ощущались недостатки нередко, что составляет обычное явление военного времени.

Предполагалось, что возможные недостатки госпиталей будут пополняться из складов Общества Красного Креста. Лазареты Общества Красного Креста и других обществ представляли обстановку, во всех отношениях превосходную, роскошную сравнительно с обстановкой военно-временных госпиталей. Они имели свой персонал врачебный, прекрасно обставлены были со стороны низшего санитарного персонала, имели своих сестер милосердия, фельдшериц, обильное количество низшей прислуги, сиделок. Тонкое белье, прекрасные шерстяные одеяла, удобные железные кровати, обилие перевязочных средств и хирургических инструментов — все это бросалось в глаза посетителю, особенно в то время, когда он успел уже ознакомиться предварительно со скромной обстановкой военно-временных госпиталей. Офицерские отделения военно-временных госпиталей далеко нельзя сравнивать с помещениями для нижних чинов в некоторых частных лазаретах — они не выдерживают сравнения. Но преимущественно обнаруживается превосходство последних перед первыми при сравнении качества и способа продовольствия раненых. При осмотре барачного лазарета Общества Красного Креста близ Ясс мы поражены были обилием всяких припасов в кухне лазарета; но удивлению нашему не было меры, когда мы прочитали перечень яств, заготовляемых ежедневно для раненых и больных в барачном лазарете Общества Красного Креста. Перечень блюд мог бы сделать честь любому из столичных ресторанов. Всему этому нужно радоваться, скажет читатель. Да, нужно радоваться, и мы радуемся. Но... насколько это соответствует действительной потребности и устраняется ли таким путем обнаружение тех зол, которые неизбежно появляются на войне? Разумеется, нет. Солдат, попавши в роскошно обставленный лазарет какого-нибудь общества, повышает сильно свои требования вообще, он никогда не будет доволен

* Набор резекционных инструментов недостаточен, не соответствует современным научным требованиям. При действующей армии состояли инструментальные мастера (при подвижных аптеках), которые могли точить только прямые ножи, потому что приехали на место военных действий без всяких приспособлений для мастерской.

тем содержанием, которое предлагается ему в военно-временном госпитале. Отсюда истекает повод для ропота и нареканий; существующие в госпиталях упущения неминуемо преувеличиваются, рассказы об них попадают в печать и тревожат общественное мнение.

Мы полагаем, что существование на театре военных действий таких аномалий вредно, оно деморализует солдата и производит подавляющее впечатление на общество, которому остаются неизвестными ближайшие причины кажущихся упущений и кажущихся нужд нашего воина. На территории военных действий должно быть господство мундира и дисциплины; тут должно быть все нивелировано, все госпитальные учреждения должны быть одинаковые. Нивелируя все, мы достигаем поднятия довольства в госпиталях военного ведомства и уменьшения бесполезной роскоши частных лазаретов. Гораздо рациональнее избыток средств употребить на заготовление теплой одежды для раненых, белья и платья вообще, на улучшение и разнообразие * пищи в военно-временных госпиталях, чем на голландское белье и другие предметы роскоши в частных лазаретах. Распределяя более целесообразно пожертвования частных лиц, мы достигли бы, без сомнения, значительного улучшения в состоянии военно-временных госпиталей и устранили бы много зол, которые теперь тяжело ложатся на госпитальное наше дело.

Общество Красного Креста понимает свою задачу своеобразно, но не верно. Оно хлопочет о создании самостоятельных учреждений на войне, ставит эти учреждения параллельно учреждениям военного ведомства; заботясь о поддержании своих учреждений, оно мало интересуется состоянием учреждений военного ведомства, отдавая им только часть своей деятельности, тогда как ему следовало бы, мы полагаем, посвятить всю свою деятельность исключительно на пособие военно-временным госпиталям, отдав все свои средства на улучшение состояния этих учреждений. Таким же образом должны поступать и все другие частные общества, предлагающие свою помощь на войне. Вместо гармонии и единства цели мы наблюдаем какой-то антагонизм между военным ведомством и Обществом Красного Креста и вследствие того ошибочное распределение средств в одном учреждении и недостатки, неизбежные в другом.

Без частной помощи немыслимо ведение войны в наше время. Современная война есть война всего народа, всего государства, на всех сторонах жизни народной отражается влияние войны. Усовершенствование огнестрельного оружия, беспрерывно изобретаемые новые орудия истребления требуют

---

* Однообразие госпитальной пищи составляет большое зло, об устранении которого следовало бы серьезно позаботиться.

громадных жертв; соответственно размерам жертв требуется и напряжение народных сил для борьбы. Народ инстинктивно чувствует это, и все слои общества сочувственно откликнулись на приглашение помочь материальными средствами. Собранные средства не малы; нужно только дать им целесообразное назначение. Мы сказали уже, в каком виде должна выразиться деятельность Общества Красного Креста на театре военных действий, где Общество предлагает свои средства для покрытия нужд военных госпитальных учреждений: оно должно бы только помогать, не задаваясь никоим образом мыслью о какой-то самостоятельной деятельности. Являясь в такой пассивной, но в то же время высокоблаготворной роли на театре военных действий, Общество Красного Креста принимает на себя в то же время значительную долю бремени по организации госпитальных учреждений в тылу действующей армии внутри страны.

Здесь можно предоставить широкую арену для самостоятельной деятельности и Обществу Красного Креста, и другим обществам, которые предлагают денежные средства на устройство госпиталей и содержание их. Вообще здесь легко указать путь для эксплуатации тех материальных богатств, которые общество охотно жертвует на покрытие нужд военного времени. Беря на себя устройство больниц внутри страны и содержание в них больных и раненых, Общество Красного Креста приносит пользу не только в смысле сбережения финансов военного ведомства, но оно приносит чувствительную пользу еще и тем, что снимает с военного ведомства значительную часть забот об организации госпиталей в тылу действующей армии. Проведя такую границу между двумя сферами деятельности, Общество Красного Креста открывает себе простор и становится в то выгодное положение, при котором без труда устранились бы всевозможные поводы для столкновений и пререканий с военным ведомством. Пользуясь простором, Общество Красного Креста может придавать тот или другой вид своим больничным учреждениям, может допустить известный комфорт содержания раненых, не рискуя впасть в ту ошибку, на которую мы указали выше. Разнообразие типа больниц, более или менее неравномерное распределение довольства в содержании больных и раненых, разнообразие ухода — все это совершенно естественно в больницах внутри страны, *и все это положительно невозможно*, по нашему мнению, на театре военных действий.

В Обществе Красного Креста мы имеем громадную силу материальную и нравственную, которая влияет благотворно на дух действующей армии: идя в бой, жертвуя собой, солдат должен сознавать, что за ним в лице Общества Красного Креста весь народ, вся нравственная сила его, направленная к тому, чтоб явиться на помощь всюду, где будет чувство-

ваться нужда. Нужно подумать о способе эксплуатировать эту громадную силу наиболее целесообразным образом ввиду избежания погрешностей, которые постоянно встречаются и у нас, и у других народов. Общество наше жертвует средства на нужды войны охотно; это благородное побуждение поддерживается наглядными доказательствами, что жертвуемые средства эксплуатируются надлежащим образом. Противоположное чувство пробуждается в обществе при виде разных ошибок и недоразумений, которыми так богата деятельность Общества Красного Креста в настоящую войну. Последствия данного порядка естественны: не только энергия общества ослабевает, оскудевает материальная помощь, но посредственно все это может отражаться на духе действующей нашей армии. Никто не станет отвергать истины того факта, что постоянно повторяющийся вопль о нуждах и беспорядках в наших госпитальных учреждениях и на поле брани вообще действует подавляющим образом на общество и неприятно стимулирует нашего солдата.

Санитарное состояние нашей армии представляет слишком веские доказательства прогресса, в организации госпитального дела сделано много улучшений; но... не следует увлекаться, забывая слабые стороны этого весьма сложного и весьма трудного дела на войне. Бедствия войны имеют и свою светлую сторону: они отрезвляют народы, пробуждая дремлющие силы и обнаруживая те слабые стороны социального строя, которые долгое время оставались бы скрытыми и неоцененными истинным образом.

ПЕРЕВОЗКА РАНЕНЫХ НА ВОЙНЕ [37]

Система рассеивания больных и раненых во время войны составляет одно из счастливейших приобретений военно-полевой хирургии. Нельзя однакож сказать, что эта система разработана окончательно; в ней много пробелов, требующих разъяснения. Может быть, настоящая война даст ответ на некоторые вопросы. Посмотрим. Мы ограничимся рассмотрением некоторых обстоятельств, имеющих тесную связь с системой рассеивания раненых, и постараемся разъяснить их настолько, насколько представляется это возможным в настоящее время.

Война ведется с Турцией, которая в культурном отношении стоит ниже нашего отечества. По ту сторону Дуная кончилась железная дорога; мы перешли на грунтовые и шоссейные пути. Последних в Болгарии немного, да и существующие мало удовлетворительны. Знали мы, что̀ нас ожидает в Болгарии, а все-таки не приготовились. Все наши заботы обращены были, повидимому, на устройство приспособлений для перевозки раненых по железным дорогам. Мы имеем санитарные вагоны, приспособленные по системе Завадовского, по системе Городецкого, имеем хорошо приспособленные на пружинных подвесах вагоны Берлинского общества и др. Некоторые наши санитарные поезда на железных дорогах устроены не только хорошо и удобно, но даже роскошно. Что же мы сделали для перевозки раненых по грунтовым и шоссейным дорогам? Почти ничего. У нас есть несколько госпитальных линеек, но число их так ограничено сравнительно с действительной потребностью, что они составляют самое скромное подспорье при перевозке раненых. При современном огнестрельном оружии каждая битва дает очень большие потери в людях. Для перевозки раненых мы употребляем обыкновенные интендантские повозки, которыми пользуются для перевозки тяжестей в походе, и крестьянские телеги, в которых иногда только встречаются лошади, а обыкновенно — волы. Никаких приспособлений на этих повозках не делается. Хорошо, если можно бывало

достаточно подостлать соломы; не то, и без соломы обходились. Это первобытный способ перевозки раненых, который употреблялся в прежнее время и который в Сербии в прошедшем году вызывал в нас чувство негодования. Точно все, что говорилось и писалось во время войны прошедшего года, давно забыто, никого больше не занимает. Если картины, представляемые первобытным способом перевозки раненых на воловых телегах, по дурной дороге и в ненастную погоду возмущают наблюдателя вообще, то как тяжело они действуют на чувства врача, сознающего к тому же громадный вред, причиняемый больным и раненым! Приведу в подтверждение сказанного несколько примеров из современной войны. В Галацский госпиталь доставлены были первые раненые при переправе чрез Дунай, 11 июня. Их не перевозили в телегах по скверным дорогам; павшие на правом берегу Дуная раненые положены были в лодки и доставлены на левый берег. Только легко раненые перевозились затем по городской мостовой до госпиталя; почти все остальные с тяжкими ранениями доставлены были в госпиталь на носилках. Результаты лечения на этих раненых (их было 95) получены замечательно благоприятные: из 5 случаев проникающих ран локтевого сустава с раздроблением сочленовных концов костей выздоровели все, и только один из них подвергнут был операции (resectio); из 13 с проникающими ранами грудной полости выздоровело 10, 3 умерло в течение первых трех суток; 3 проникающие раны коленного сустава окончились выздоровлением при выжидательном способе лечения в неподвижных повязках. Такие благоприятные исходы зависели главным образом оттого, что раненые не подвергались влиянию дурной перевозки: галацские раненые не перевозились в телегах. Обстоятельство это получает громадное значение, если противопоставить описанные исходы другим, полученным при иных условиях. После битвы под Плевном, 18 июля, пришлось увезти раненых поспешно. На половине пути, в Болгарени, под влиянием паники 19 июля раненых наших провезли верст 5 или 6 вскачь; многие из них бежали пешком. Раненые прибыли в Зимничу чрез двое и чрез трое суток. Перевозились они тем же первобытным способом. Последствия были самые печальные. Мы не нашли в Зимниче ни одного из ампутированных на главных перевязочных пунктах 18 июля; был доставлен один раненый, которому сделана была (д-ром Духновским) на перевязочном пункте ампутация голени по способу Пирогова, да и тот умер в 63-м госпитале на 5-й день от гнилостного заражения. Гнилостное заражение (sepsis) производило страшное опустошение между ранеными под Плевном 18 июля, и это зависело преимущественно от крайне неудовлетворительного способа перевозки их на пространстве 60 верст. Из 17 больших ампутаций, сделанных в военно-временном госпитале

63-м, в Зимниче умерло 9, а в соседном госпитале № 47 умерли все ампутированные (около 30), как передавал мне проф. Левшин. Все операции сделаны были при невыгодных условиях вообще: они были межуточные, т. е. произведенные между 3-м и 9-м днями после ранения, состояние духа раненых было угнетено вследствие неудачи дела и последовательной паники, раненые голодали в течение 2 суток во время переезда. Битва под Плевном, 30 и 31 августа, опять представляет доказательные примеры: только небольшой процент ампутированных на главных перевязочных пунктах погиб; огромное большинство их выздоровело благодаря тому, что все ампутированные были задержаны на главном сортировочном пункте в 63-м госпитале близ Дервишко-сѐло (у Болгарени). Несомненно, что задержание известного контингента раненых на главном сортировочном пункте близ Дервишко-сѐло смягчило в высокой мере вредное влияние неудовлетворительного способа перевозки раненых.

Вопрос о перевозочных средствах представляется таким важным, что следует теперь же подумать о мерах для удовлетворительного его разрешения. Военное ведомство сделало заготовление приспособленных линеек. Заготовлено недостаточное количество линеек. Нужно пополнить недостаток и сделать это скоро, особенно ввиду предстоящего зимнего похода. Общество Красного Креста могло бы взять на себя почин дела. Да не укорят нас в желании возлагать все на Общество Красного Креста. Это общество является представителем всего русского народа, оно эксплуатирует пожертвования народные, употребляет их на покрытие нужд армии. А армия сильно нуждается в приспособленных повозках. Заготовление удобных приспособленных для перевозки раненых линеек могло бы сделаться предметом и частной благотворительности.

Отдельные лица или целые общества могли бы заготовлять такие линейки (по данным образцам) и передавать их в распряжение военного министерства или Общества Красного Креста.

Перевозка раненых в Болгарии страдает еще от недостатка правильной и прочной организации дела. Владея железной дорогой и телеграфной проволокой, мы отправляем целые поезда раненых, предоставляя их случайности. Отправленный из N поезд может попасть в госпиталь А, а может и не попасть в него, застрянув в госпитале Б. Подобное явление непростительно. Оно свидетельствует об отсутствии строгой организации дела или, может быть, об отсутствии лиц, проникнутых чувством законности и вполне подготовленных для правильного ведения дела. Указывая на факты, мы искренно желаем, чтоб более бдительная администрация позаботилась от устранении возможности повторения их.

Эвакуационные комитеты стали собираться только в начале июля месяца; не скоро организовались они в прочные учреждения и долго не могли найти себе места: их сначала все перемещали; санитарные поезда и приспособленные вагоны появились тоже в июле месяце. Отчего все это не было подготовлено во-время? Почему все не находилось на своих местах по крайней мере за месяц до открытия военных действий?

Какое число раненых можно перевозить в один раз? Транспорт, идущий по грунтовым или шоссейным дорогам, чаще может подвергаться случайностям, чем транспорт, идущий по железной дороге. В первом случае несравненно труднее определить сроки для следования транспортов. Подача врачебного пособия раненым, проходящим по грунтовым дорогам, затруднительна; и если транспорт состоит из 800 или 1 000 человек, то о правильном организовании врачебного пособия в подобных транспортах не может быть и речи: здесь пособие со стороны врача становится фиктивным. Не следует забывать, что уход за большим числом раненых в пути затруднителен вообще, трудно усмотреть за всеми, нелегко накормить их во-время. Прибытие в госпиталь большого транспорта также неудобно. Госпитальные врачи в военновременных госпиталях завалены работой, и неожиданное прибавление контингента в 800 или 1 000 человек представляет громадное затруднение как для администрации госпиталя, так и для врачебного персонала. Мы полагаем, что транспорты раненых или больных на грунтовых и шоссейных путях не должны превышать числа в 150 или 200 человек. На железных дорогах число это может быть удвоено иногда. За таким числом раненых легко образовать правильный уход на пути, с таким числом легко совладает госпитальная администрация, и врачебный персонал не будет обременен работой не по силам. Посылая в течение 24 часов в один и тот же госпиталь 3 транспорта, следующие один за другим чрез несколько часов, мы достигаем только удаления раненых с места большого их накопления, но мы не доставляем раненым разумного врачебного пособия, мы не можем доставить им даже сносного приюта на первое время. Одним словом, мы производим эвакуации ради эвакуации, но не ради удобств и разумной помощи раненым.

В начале настоящей войны были устроены этапные пункты на линии румынской железной дороги от Ясс до Браилова. На каждом пункте было сначала 14, позднее 28 кроватей, размещенных в двух палатках. На этапном пункте находился врач, 2 студента медицины, несколько сестер милосердия и санитаров. Пункты предназначались, говорят, для лечения раненых; они заложены были между госпиталями военного ведомства. По чьей мысли устроены были этапные пункты, мне неизвест-

но; вышло дело дорогое и совсем непрактичное. После трехмесячного бесполезного существования этапные пункты в Румынии были сняты. В ожидании битвы под Плевном, 30 и 31 августа, Общество Красного Креста устроило этапный пункт при 63-м госпитале близ Дервишко-сѐло; этот пункт устроен был уже на других началах — он предназначался для кормления раненых, которые должны были следовать по этому пути в Свищов и Зимничу. Это был пункт кормления — одно из лучших дел Общества Красного Креста. После битвы 30 августа под Плевном все раненые прошли чрез 63-й госпиталь близ Дервишко-сѐло. Прошло всего $9^1/_2$ тысяч раненых. Бывало скопление в госпитале в течение одного дня от 4 до 5 тысяч раненых. Накормить такое число людей при средствах одного госпиталя являлось делом невозможности. Общество Красного Креста, заложив рядом с госпиталем свой пункт кормления, оказало огромную услугу. Случалось, что перевозимые раненые не получали пищи в течение одного или двух дней; так было при перевозке раненых из-под Плевна после битвы 18 июля, так велось дело и при перевозке раненых из Габрова и Трнова в Свищов и Зимничу. Дело это прошлое. Не следует забывать его — нужно извлечь пользу из того, чему научил нас опыт. Хотя предполагается, что каждый транспорт раненых должен быть снабжен всем необходимым для приготовления пищи на пути следования, но на деле этого не бывает. Да и нельзя требовать, чтобы госпиталь, отправляющий чрез два или три дня транспорты, мог снабжать каждый средствами для полного ухода за ранеными и для приготовления им пищи. Тут нужна частная помощь. Общество Красного Креста может взять на себя заботы об устройстве пунктов кормления по пути следования транспортов. Где должны быть заложены пункты? Это заранее будет решаться в главной квартире сообразно с предстоящими делами. Но мы полагаем, что расстояние между ними не должно превышать 20 или 25 верст на грунтовых и шоссейных дорогах. Между Плевном и Свищовым заложен был только один пункт кормления. Этого было недостаточно. Если бы между Плевном и Свищовым находилось два или три пункта кормления и столько же военно-временных госпиталей, можно бы было распределить гораздо правильнее врачебные средства, и легче было бы накормить раненых, из которых многие привозимы были на главный сортировочный пункт положительно голодными, не евши на позиции дня по два.

Заготовление перевязочных средств для грунтовых путей, организование правильного передвижения транспортов и устройство пунктов кормления составляют самые существенные стороны санитарного дела, первый шаг его. Поставьте прочно первый шаг — легко проведется весь дальнейший строй. На это следует обратить внимание и приступить к осуществлению

предлагаемых мер непосредственно, ввиду предстоящей зимней кампании. Много сделано для организования правильной перевозки раненых по железным дорогам; точно все наши заботы обращены были на линии железных дорог, — мы забыли, что придется воевать в стране, не имеющей железнодорожных рельсов. Не думаю, что подражание готовым образцам заставило остановить все заботы на приспособлениях в вагонах. До войны шла речь о приспособлениях для перевозки раненых в обыкновенных телегах; мне пришлось видеть эти приспособления. Практичны они, удобны, легко применены повсюду. Я имею ввиду приспособления для перевозки раненых в телегах по системе Городецкого. Но почему об этом забыли как раз тогда, когда понадобилось применить их, — это мне неизвестно. Ведь нашли же возможным налаживать веревочные приспособления Завадовского к интендантским повозкам, несмотря даже на то, что все находили эти приспособления негодными; почему же никто не позаботился о приспособлениях Городецкого, о которых дан был в свое время самый удовлетворительный отзыв со стороны компетентных лиц? Многое делалось как-то странно, не ради сущности дела, а для делания.

Без правильного сортирования раненых на главных перевязочных пунктах и в военно-временных госпиталях не может быть проведена система рассеивания больных и раненых во время войны. Сортирование раненых производится на главном перевязочном пункте, а позднее — в военно-временном госпитале. Кто должен производить сортировку раненых на главном перевязочном пункте? Кажется, этот вопрос остается неразрешенным; по крайней мере на наших главных перевязочных пунктах предлагается сортировать раненых профессорам, иногда дивизионным врачам, иногда желающим врачам по очереди и т. д. Сортирование раненых на главном перевязочном пункте есть самый существенный вопрос. От правильного и своевременного сортирования зависит возможность систематизирования работы, которая иначе принимает характер хаотической. Сортирование раненых на главном перевязочном пункте должно быть предоставлено опытному хирургу, а если есть профессор хирургии, то сортирование должно быть предоставлено ему. Битва открывается обыкновенно артиллерийским огнем. Пока идет артиллерийский бой, на главных перевязочных пунктах не бывает большого скопления раненых; доставляются случаи весьма тяжких ранений, требующих непосредственного оперативного пособия. Профессор имеет здесь возможность производить сортирование раненых и следить за операциями, даже может сам производить труднейшие из них. Когда начинается ружейный огонь, битва переходит в атаку, тогда наступает хаотическая работа на главных перевязочных пунктах. Сразу доставляется огромное

число раненых, которых нужно быстро распределить по категориям для оказания каждому соответствующего пособия. С началом атаки прекращается доставление на главные перевязочные пункты случаев с тяжкими повреждениями, требующими непосредственного оперативного пособия, по крайней мере безотлагательные большие операции теперь представляются сравнительно реже. Мне кажется, что без ущерба для дела профессор хирургии может отдаться исключительно сортированию раненых, предоставляя производство безотлагательных операций известной группе врачей. Я сказал уже, что таких безотлагательных операций представится немного: перевязки артериальных стволов (очень редко), tracheotomia, amputatio (редко). Но правильное, быстро производимое сортирование раненых принесет огромную пользу, представляя возможность правильно и своевременно применить врачебное пособие с затратой притом, при систематизировании работы, наименьшего количества времени.

Позднее сортирование раненых производится в военновременных госпиталях, представляющих непостоянный, беспрерывно меняющийся контингент раненых. Здесь сортирование должно быть производимо на иных началах и должно быть предоставлено вполне ординаторам отделений, которые успели более или менее ознакомиться со своими ранеными и могут дать надлежащую оценку каждому повреждению. Имея в руках правило для руководства, ординаторы могут производить скоро и безошибочно сортирование, распределяя свой контингент по категориям для отправления одних далеко внутрь страны, других — в ближайшие к месту военных действий госпитали. В Яссах, Кишиневе, Одессе и наконец в Петербурге я находил здоровых солдат или с такими ранениями, ради которых не следовало отправлять раненого в Московский или даже Петербургский госпиталь: он мог бы остаться в госпитале, ближайшем к месту военных действий, и поступить чрез две или три недели в действующие войска. Правильно поставленные требования, точные инструкции и строго проведенные административные приемы могли бы устранить повторение указанных фактов, в силу которых без нужды ослабляются силы действующих армий и наносится немалый финансовый ущерб при отправлении людей в отдаленные места страны.

Коснувшись обоих мест сортирования раненых, мы займемся теперь еще одним вопросом: какие раненые должны быть перевозимы непосредственно с главных перевязочных пунктов и какие не должны подвергаться перевозке? И в этом отношении нет точных правил для руководства, несмотря на то, что во все последние войны система рассеивания раненых применяется в самых широких размерах. Обыкновенно принято делить раненых на тяжело и легко раненых.

Одни предлагают перевозить только легко раненых, оставляя в ближайших пунктах тяжело раненых; другие предлагают поступать наоборот в том предположении, чтобы избежать скопления тяжело раненых в передовых госпиталях и возможности развития эпидемий непосредственно в тылу действующей армии. Начнем с того, что понятие «тяжело и легко раненый» очень неопределенны, растяжимы; что должно разуметь под одним и другим понятием, трудно сказать. Сложный огнестрельный перелом конечности есть тяжелое ранение; но если переломанный член заключить непосредственно в прочную неподвижную повязку и не подвергать раненого влиянию транспорта, то перелом может срастись без лихорадочного состояния. Понятие «тяжелое ранение» в этом случае не приложимо. Но солдат получил ранение покровов волосистой части головы; пуля пробила кожу и подкожную клетчатку и, образовав небольшой ход, вышла. Заволочное это ранение считается «легким», — раненый перевозится дальше и оставляется вообще без особенно строгого наблюдения. Но спустя 8 или 10 дней обнаруживается потрясающий озноб, за которым в непродолжительном времени показывается другой и третий, и раненый погибает при явлениях гнойного заражения. Таких примеров можно было бы привести еще не мало. Довольно они показывают несостоятельность общепринятого деления ранений, обязательных в официальных отчетах.

Мы приготовлялись к третьей битве под Плевном. Раненых предполагалось везти чрез Свищов и Зимничу на Фратешти; только небольшое число раненых должно было поступать в госпиталь Горняго-Студня, находящегося вправо от предположенного пути. Между Плевном и Свищовым, верстах в 20 от наших позиций, раскинут был 63-й госпиталь. Он разбит был по сию сторону реки Осмы, близ моста. При госпитале устроен был питательный пункт на средства Общества Красного Креста. 63-й военно-временный госпиталь превращен был в главный сортировочный пункт для предстоявшей битвы под Плевном. Первый транспорт раненых прибыл в 63-й госпиталь близ Дервишко-сѐло 27 августа в 11 часов ночи. Он состоял из 32 человек; все были ранены осколками гранат. В числе раненых находилось 6 ампутированных, именно:

amputatio femoris	в $^1/_2$ et cruris в н. $^1/_3$	. . . . .	1
„ „	в $^1/_2$ бедра	. . . . .	2
„ cruris	в $^1/_2$ голени	. . . . .	2
„ brachii	в $^1/_3$	. . . . .	1

Из 6 случаев только две культи имели хороший вид; все же остальные представляли уже явления омертвения при значительной лихорадке, несмотря на то, что ампутации сделаны были всего за 24 или 48 часов до прибытия раненых в наш госпиталь. Такое состояние культей зависело исключи-

тельно от неудовлетворительного способа перевозки: все раненые доставлены были на интендантских повозках.

Принявши во внимание наблюдаемые явления в первом транспорте и все те данные, которые мы успели собрать после битвы под Плевном 18 июля и на Шипке (от 9 до 20 августа), мы составили себе следующий план действия в ожидании большого числа ранений. Весь наличный состав врачей (12 человек) был разделен на три группы; хирургические силы распределены были равномерно в каждой группе. I группа предназначалась для оперирования, II — для гипсования, III — для перевязки раненых вообще. Сестры милосердия, студентки и студенты были распределены по этим же группам. В первые дни при громадном наплыве раненых некогда было думать об оперировании: все заботы обращены были на кормление и сортирование раненых. Следовательно, I группа естественным образом должна была заняться сортированием раненых. Ежедневно роли групп менялись для того, чтоб дать каждой группе относительный отдых (я говорю «относительный», — отдыха собственно не было) и предоставить какое-нибудь разнообразие труда. Начала, которыми мы руководились при сортировании раненых, были следующие: *а*) часть раненых оставляема была в госпитале, *б*) другая, большая, после предварительного осмотра, кормления и перевязки отправлялась далее.

При сортировании раненых получались четыре категории: 1) категория оставляемых в госпитале; 2) подлежащих гипсованию; 3) получающих простую перевязку и 4) категория людей, которые чрез день или два должны были итти обратно в действующие войска. В первую категорию попадали следующие раненые: I — все оперированные (ампутированные) на главных перевязочных пунктах; II — с проникающими ранами черепа; III — с проникающими ранами грудной клетки; IV — с проникающими ранами живота; V — со сложными огнестрельными переломами конечностей и VI — с ранами, проникающими в полость больших сочленений.

Раненые V и VI разделов оставляемы были для передачи в группу гипсующих. Они получали неподвижные повязки, с которыми отправляемы были дальше, если огнестрельное ранение не осложнялось лихорадочным состоянием; в противном случае раненый, получив неподвижную повязку, задерживался в госпитале на несколько дней до прекращения лихорадочного состояния.

Оставляя в передовых военно-временных госпиталях тяжело раненых, мы образуем скопление такого контингента, который грозит развитием эпидемий в непосредственном тылу действующей армии. Но оставлять таких раненых в передовых пунктах совершенно необходимо или, лучше сказать, не должно их подвергать влиянию перевозки. Почему? Ответ на это после.

Теперь скажу, что скопления не должно опасаться, — его не бывает, если дело сортирования будет поставлено и проведено надлежащим образом. После ряда атак на Шипке в течение шести дней, от 9 до 15 августа, мы имели около 2 500 раненых. Главный перевязочный и сортировочный пункт находился в Габрове, где мы руководились изложенными уже приемами при сортировании тех раненых. По окончании сортирования и после эвакуирования тех раненых, которые могли перенести транспорт, оставалось в Габровском лазарете всего около 140 раненых и оперированных, которые позднее, после моего отъезда под Плевен, были доставлены под надзором д-ра Таубера частью в Трновский, частью в Свищовский военно-временные госпитали. После третьего нападения на Плевен чрез главный сортировочный пункт в 63-м госпитале, близ Дервишко-сѐло, прошло 9½ тысяч раненых. По окончании сортировки и эвакуации, на основании тех же начал, оставались в госпитале к 5-му и 6-му числу сентября всего около 600 раненых, следовательно, число, которое военно-временный госпиталь должен вмещать нормальным образом.

Но из этого контингента тяжело раненых (sit venia verbo!) постоянно вывозится известное число; многие раненые должны оставаться в передовом госпитале не долее 6, 8 или 10 дней; после этого срока они могут выдержать без вреда для здоровья перевозку, особенно если она производится в повозках более или менее приспособленных. Передвижение же этого контингента в приспособленных вагонах по железной дороге можно производить безопасно и раньше означенного срока. Итак, скопления раненых в передовых госпиталях не бывает при том приеме сортирования, который мы предлагаем, а кажущееся переполнение передовых госпиталей имеет характер только кратковременного. Между тем приобретение выгод санитарных, сохранение многих жизней находится в прямой зависимости от этих приемов.

Выше мы заметили, что ни один из ампутированных первично на главных перевязочных пунктах под Плевном, 18 июля, не пережил операции, — мы не нашли их в госпиталях. Они погибли, полагаем, во время переезда 60 верст из-под Плевна в Свищов. Все ампутированные первично на главных перевязочных пунктах под Плевном, 30 и 31 августа, были задержаны в 63-м госпитале близ Дервишко-сѐло, в 20-верстном расстоянии от наших позиций. Огромное большинство из этих ампутированных выздоровело (до 80%) благодаря тому, полагаем, что они не подверглись влиянию дальнейшей перевозки. Перевозка на пространстве даже 20 верст оказалась многим ампутированным вредной, что можно заключить из приведенных цифр первого транспорта. Неподвижная повязка, гипсовая повязка не может уничтожить вполне вредного влияния перевозки раненых непосредственно

после ампутации. Если же представилась необходимость перевозить ампутированных непосредственно после операции, должно перевозить их не иначе, как в прочных гипсовых (неподвижных) повязках.

Что касается проникающих ран больших полостей: черепа, грудной клетки и брюшной полости, влияние перевозки у б и й с т в е н н о для раненых с подобными повреждениями. Мы указывали уже на это (см. Военно-медицинский журнал, 1876 г., ноябрь. Из наблюдений во время Славянской войны, 1876 г., стр. 269 и далее); там предлагали мы задерживать таких раненых на перевязочных пунктах или в помещениях ad hoc, созидаемых непосредственно у перевязочных пунктов. Ведя войну с Турцией, нельзя требовать осуществления этого положения во всей полноте, особенно ввиду возможности отступления. Но при европейских войнах в других местах и при иных условиях проведение такой меры возможно и оно желательно в высокой степени. Перевозка убийственна для раненых с проникающими ранами черепа, груди и живота. Не подвергая таких раненых влиянию перевозки, мы сохраняем жизнь очень многим из них. В 63-й госпиталь близ Дервишко-сѐло доставлено было вместе с ранеными 8 трупов — умерших на пути между Плевном и Дервишко-сѐло вследствие проникающих огнестрельных ран грудной и брюшной полостей; немало наблюдали мы в нашем госпитале, что случаи с подобными ранениями скоро оканчивались смертью вследствие вредного влияния перевозки. А между тем при отсутствии этого влияния проникающие ранения полостей протекают гораздо благоприятнее: вспомним Галацский госпиталь, в котором из 13 проникающих огнестрельных ран грудной полости 10 представили благоприятный исход. Образующаяся тотчас после ранения пробка из крови и частиц размятых тканей закупоривает отверстие и превращает проникающую огнестрельную рану в непроникающую. Оставление пробки на двое или трое суток достаточно, чтоб успело образоваться слипчивое воспаление между пристеночным и внутренностным листками подреберной плевы (брюшины). Это возможно при совершенном покое. Как диаметрально противоположно поступаем мы, как убийственно вредим раненым, отправляя их немедленно в отдаленные госпитали, чтоб избежать скопления в передовых местах!

Раненые V и VI разделов передавались в группу гипсующих. В эти разделы входили случаи сложных огнестрельных переломов конечностей и проникающих ран сочленений. Известно, как разрушительно действует перевозка на подобных раненых. Ввиду этого мы задались планом не перевозить ни одного из этих раненых без неподвижной повязки. Благодаря разделению и систематизированию труда, задача эта могла быть исполнена: в Габрове наложено было более

150 гипсовых повязок, и почти 10% раненых, прошедших чрез 63-й госпиталь близ Дервишко-сѐло, было загипсовано. Если вспомним, что чрез 63-й госпиталь прошло всего 9½ тысяч раненых, то число наложенных гипсовых повязок вырастает в очень почтенную цифру. Трудна была задача, но она возложена была на кружок врачей 63-го госпиталя, и это было ручательством за успех. Единодушие и искренняя преданность делу воодушевляла всех членов кружка; трудились они беззаветно и неутомимо в течение многих дней, — и достигли своей цели. Воспоминание о трудных днях, проведенных у Дервишко-сѐло за беспрерывной работой в обществе врачей-товарищей 63-го госпиталя, останется для меня всегда одним из самых приятных воспоминаний!

Сортирование раненых на главных перевязочных пунктах составляет громадное приобретение военно-полевой хирургии; имя Н. И. Пирогова, положившего начало сортированию во время Крымской войны 1854—1856 годов, соединяется с этим приобретением, которому суждено играть все бо̀льшую и бо̀льшую роль по мере усовершенствования орудий истребления и возрастания потерь в военное время. Организование разумного пособия тем раненым, которые не должны подвергаться вредному влиянию перевозки, является логическим, необходимым последствием сортирования. Перевозка раненых первых четырех разделов убийственно вредна для них; раненые этих разделов должны быть оставляемы на перевязочных пунктах или по крайней мере в ближайших к ним госпиталях. Не следует опасаться большого скопления тяжело раненых и возможности развития эпидемических болезней. Следует гораздо больше опасаться вредного влияния самой перевозки, которая для большинства из раненых означенных разделов положительно убийственна. Мы видели, наконец, что переполнение передовых госпиталей есть кажущееся. Чрез несколько дней можно начать передвижение раненых всех четырех разделов, но только уже без вреда для них. Раненые V и VI разделов могут быть перевозимы непосредственно после заключения поврежденных их членов в неподвижные повязки; может быть, придется задержать только небольшое число из них, именно случаи сложных огнестрельных переломов бедра, проникающих ран коленного и тазобедренного суставов, если раненые при наложении им неподвижных повязок представляли лихорадочное состояние большего или меньшего напряжения. Должно подождать, пока минует лихорадка, и тогда спокойно можно перевезти их в отдаленные госпитали. Мы имели возможность не один раз убеждаться в том, что гипсовые повязки, наложенные в 63-м госпитале близ Дервишко-сѐло, сохранялись в транспорте на большие пространства: так, в офицерском отделении 50-го госпиталя в Свищове я видел двух офицеров, у которых гипсовые штаны сохранились в

целости спустя более трех недель после наложения их; видел несколько повязок в других отделениях того же госпиталя и в евангелической больнице, которой заведывал профессор Валь. Большинство из этих повязок принадлежало случаям с самыми тяжкими повреждениями, со сложными огнестрельными переломами бедра, с ранами, проникавшими в полость колена, и др. Гипсовая повязка, наложенная на совершенно свежий огнестрельный сложный перелом, может оставаться несколько дней без перемены и даже без прорубленных окон. Часто мы имели возможность убеждаться в истине этого положения, часто мы не снимали в течение 4 и 5 дней гипсовые закупоривающие повязки с культей после первичных ампутаций, сделанных на перевязочных пунктах. Хорошо промытая рана после ампутации, закрытая герметически (листеровская перевязка), может оставаться свежей в течение 4 и 5 дней, если культя одета в прочную гипсовую повязку таким образом, что укреплено ближайшее к культе сочленение. И в этом мы имели возможность убедиться не один раз.

Итак, нечего опасаться переполнения в передовых госпиталях. Чрез несколько дней почти весь контингент тяжких ранений может быть двинут в более отдаленные госпитали и далее внутрь страны. Передвижение это должно быть предпринято тогда, когда минует возможность опасных для раненых осложнений вследствие вредного влияния перевозки. Ампутированных можно начать перевозить чрез 10 дней, когда гноящиеся поверхности культей успеют одеться грануляционной тканью; раненых с проникающими ранами груди и живота можно начать перевозить после 5 и 6 дней, но лучше позже, если возможно ждать; только раненые с проникающими ранами черепа должны быть задерживаемы в передовых пунктах на более продолжительное время. Кажущееся переполнение в передовых госпиталях быстро исчезает чрез два или три дня вследствие передвижения загипсованных раненых (V и VI разделов); они составляют большинство задерживаемого контингента, а весьма многие из них могут перевозиться дальше уже непосредственно после наложения неподвижных повязок. Предлагаемые сроки более или менее вероятны; они могут быть изменены сообразно случайностям войны и при различных санитарных условиях в госпитальных учреждениях.

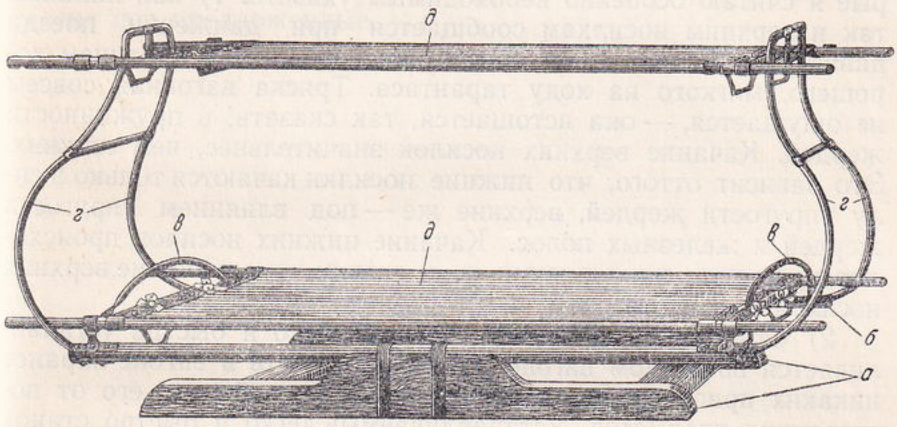
ТАРАНТАСНЫЙ СТАНОК В ВАГОНЕ ДЛЯ ПЕРЕВОЗКИ РАНЕНЫХ [38]

Тактика современных войн совершенно изменилась. Быстрота передвижений и действие большими массами составляют существенные условия современной военной тактики. При широком развитии железных дорог сосредоточение больших масс войска на известном пространстве делается возможным даже в короткий сравнительно промежуток времени. Эти требования тактики в связи с употреблением скорострельного оружия дают очень большой процент людей, выбывающих из строя после каждого большого сражения. Без погрешности можно считать, что армия, выходя из боя, теряет в наше время 10% количественного своего состава.

Войны нашего времени оканчиваются скоро; следовательно, в короткий промежуток времени может получаться огромное количество раненых. Хотя последние европейские войны не представляли уже примеров таких жестоких эпидемий тифа, кровавого поноса и холеры, все-таки эти болезни являются более или менее постоянными спутниками войск. Раненые вместе с больными составляют контингент, обременяющий всякую армию и требующий напряженной деятельности военной администрации. Система рассеивания больных и раненых, зародившаяся впервые в нашем отечестве по мысли Н. И. Пирогова во время Крымской войны, нашла широкое применение во время войны 1866 г. и особенно во время войны 1870 и 1871 годов. Железная дорога, дающая возможность сосредоточивать огромные массы войск в короткий промежуток времени, дает в то же время возможность применить систему рассеивания больных и раненых в военное время. Накопление больных в тылу армии могло бы парализовать свободу действий ее и грозило бы развитием эпидемических болезней. Правительство, собирающееся вести войну, должно позаботиться о совершенном организовании перевязочных средств для быстрого перемещения контингента раненых и больных внутрь страны и для рассеивания его на возможно большем про-

странстве. Отсюда, естественно, вытекает высокое значение правильно организованных этапов, владение железными дорогами и приспособление подвижного железнодорожного состава для целей армии. Чем проще эти приспособления, чем практичнее они и, следовательно, удобоприменимее, тем более выиграет в санитарном отношении действующая армия.

Владея в тылу железными дорогами, действующая армия перемещает внутрь страны контингент людей, выбывающих из строя. Перемещение совершается при помощи так называемых санитарных поездов, т. е. движущихся лазаретов, состоящих из нескольких вагонов, в которых заранее сделаны приспо-



а — станок; *б*, *б* — жерди; *в*, *в* — нижние скобки; *г*, *г* — железные дуги; *д*, *д* — носилки.

собления для помещения больных и санитарного персонала. Заготовление санитарных поездов не может быть сделано в достаточном для нужды военного времени количестве; да и заготовленные санитарные поезда не могут всегда находиться там, где чувствуется в них нужда: приходится устраивать санитарные поезда ex tempore из имеющегося под руками подвижного железнодорожного состава. Как в первом, так и во втором случае сделано очень много применений, направленных к тому, чтобы на носилках, поставленных в вагон, как на временной постеле, доставить раненого и больного к месту назначения. Больные перевозятся на огромное пространство, что особенно следует иметь в виду у нас при наших географических условиях. По мысли г. Городецкого разрешение задачи достигнуто наиболее простым и наиболее практичным способом. Всякий вагон, пассажирский или товарный без предварительных приспособлений, в самое короткое время может быть превращен в санитарный. Предлагаю описание системы г. Городецкого, желая этим доставить возможность врачам поскорее ознакомиться с полезным изобретением нашего соотечественника. В основании предложения г. Городецкого положены

жерди тарантаса. Система его состоит из станка, на котором укрепляются две жерди. Жерди укреплены срединными своими частями. Концы жердей связаны железными скобками, на которые укладываются первые носилки (нижнего этажа). К тем же концам жердей прикрепляются железные полосы в виде искривленных дуг вышиной около аршина. К верхним частям последних прилажены также скобки, на которые укладываются вторые носилки (верхнего этажа). Установление этих станков занимает в вагоне гораздо меньшее пространство, чем установление носилок при какой бы то ни было другой системе. Вот преимущества системы г. Городецкого, на которые я считаю особенно необходимым указать: 1) как нижним, так и верхним носилкам сообщается при движении поезда равномерное качание, которое можно сравнить с качанием хорошего, мягкого на ходу тарантаса. Тряска вагонная совсем не ощущается, — она истощается, так сказать, в пружинности жердей. Качание верхних носилок значительнее, чем нижних. Это зависит оттого, что нижние носилки качаются только в силу упругости жердей, верхние же — под влиянием упругости жердей и железных полос. Качание нижних носилок происходит в отвесном направлении, т. е. сверху вниз; качание верхних носилок — и в отвесном, и в горизонтальном.

2) Станок г. Городецкого весьма легко и быстро устанавливается во всяком вагоне: не нужно делать в вагоне заранее никаких приспособлений, нужно только освободить его от посторонних предметов. Устанавливаемый легко и быстро, станок занимает сравнительно очень мало места в вагоне, не препятствуя свободному течению воздуха и оставляя пространство для передвижения больничаров, сестер милосердия и врачей.

3) Как укладывание, так и снимание раненого в высшей степени удобно и просто в станке г. Городецкого. А это не малое преимущество, если принять во внимание трудности ухода за раненым в военное время, недостаток рук и времени.

4) Станок г. Городецкого разбирается и складывается в течение нескольких минут. Разобранный на отдельные части, он может укладываться в небольшом пространстве, что̀ представляет огромную выгоду при доставке этих приспособлений на место военных действий.

На станок г. Городецкого укладываются обыкновенные носилки, принятые в нашей армии. Я заметил уже, что качание верхней носилки значительнее, чем нижней. Это качание по мягкости и равномерности может быть сравнено с качанием хорошего рессорного экипажа. Тем не менее оно так значительно, что неудобно будет, полагаю, везти на верхней носилке раненого с раздробленным переломом бедра или нижней конечности вообще. Но все другие раненые и трудноболь̀ные могут быть помещены. Кажется, изобретатель тарантасного станка нашел возможным умерить качание верхней носилки,

прилаживая к железной дуге поперечную связь и привязывая ее в случае надобности к боковой стенке вагона на верхней носилке. Можно полагать, что станок г. Городецкого применим не только в вагоне, но и в обыкновенной телеге. Небольшая малороссийская телега не годится для этого, но немецкая фура (колонистов южных губерний) и длинный воз, употребляемый для перевозки сена в степных наших губерниях, легко могут быть превращены при помощи станка г. Городецкого в отличный перевозный экипаж для раненых. И это свидетельствует о практичности системы. Система г. Городецкого разрешает вопрос о наиболее целесообразном способе перевозки раненых по железным дорогам лучше и практичнее, чем все системы, до сих пор предложенные.

В ГОСПИТАЛЯХ И НА ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ПУНКТАХ ВО ВРЕМЯ ТУРЕЦКОЙ ВОЙНЫ [39]

16 мая я выехал в главную квартиру Дунайской армии, в Плоешти. Здесь я узнал, что во все военно-временные госпитали, расположенные в месте наибольшего сосредоточения наших войск, между Букурешти, Журжевым, Пиатрой и Александрией, назначены были уже консультанты; мне предложили быть консультантом в военно-временных госпиталях 51 и 45. Эти госпитали находились на линии Браилов, Галац и Яссы. Можно было предполагать, что главные действия сосредоточатся на Дунае, между Журжевым и Никополем; они могли обнаружиться прежде в этом месте, но могли развиться и на линии между Браиловым и Галацом. В этом отношении нельзя было узнать ничего положительного. Время было спешное, все напряжено, все торопились и были в ожидании предстоящих событий. На другой день после состоявшегося назначения я выехал в Галац.

Линия Браилов — Яссы представляла главную и единственную железнодорожную артерию, по которой должны были двигаться больные и раненые; по ней же должны были перевозиться войска, предметы вооружения и продовольствие для действующей армии. Галац лежит в стороне от главной железнодорожной линии; но это один из самых больших и богатых городов Румынии, имеющий такое же значение для княжеств, какое имеет Одесса для южной России. Здесь указано было место для военно-временного госпиталя: богатый город представлял благоприятные условия для устройства госпиталя и снабжения его всем необходимым. Галац занимал центральное место между главным сосредоточением наших войск в первое время кампании и отечественной границей. В Галаце находилось два отделения 51-го военно-временного госпиталя; третье отделение его находилось в Фокшанах. Под госпиталь в Галаце отведена была румынская уланская казарма. Она представляла обширное старое здание, одиночно стоявшее вне города в расстоянии полуверсты от берега Дуная. Ветхое здание казармы представляло четырехугольник, замыкавший внутри

небольшой вымощенный двор. Больные помещались в залах верхнего и нижнего этажей. Внешний вид казармы был непривлекательный: мрачное здание, выделенное из рода городских построек, одиночно стояло среди поля; давно не ремонтированные стены увеличивали непривлекательность здания. Не более привлекательной представлялась и внутренность казармы: большие залы ее снабжены были окнами в двух противоположных простенках; но рамы и полы в них были ветхи; стены кое-как побелены. При входе в галлереи и залы обоняние поражалось запахом отхожих мест. При казарме не было отхожих мест; устроены они были тогда, когда казарма превратилась в госпиталь. Устройство отхожих мест было крайне небрежное. К западной стене казармы пристроили деревянный чулан с несколькими сиденьями. Воронки от этих сидений спускались в деревянные ящики, кое-как сколоченные из досок. Через широкие щели ящиков протекали не только жидкие, но и плотные части испражнений. У западной стены казармы образовалось озеро испражнений, запах которых разносился на большое расстояние. Западная стена здания была пропитана испражнениями так, что зловоние ощущалось в прилегавшей к этой стене зале. Из-под восточной стены здания выходила открытая канавка, по которой спускались нечистые воды из двора.

К западу от госпиталя раскинут был лагерь, который находился здесь еще ранее, чем казарма обращена была в военно-временный госпиталь. Обрывистый берег Дуная представлял готовые ямы для отхожих мест лагеря и действительно он покрывался большими кучами испражнений. Запах испражнений проносился над госпиталем всякий раз, когда ветер дул со стороны Дуная.

В конце мая месяца госпиталь был переполнен больными, между которыми преобладали случаи перемежающейся лихорадки и различные формы венерической болезни. Одна зала отведена была для глазных больных. В этой зале могло поместиться от 15 до 20 человек, а помещалось в действительности более 30. Кроме катарального воспаления соединительной оболочки глаз, находилось здесь около 18 случаев бленорройного воспаления; между ними 9 больных с потерей зрения. Между глазными больными я нашел несколько раненых и, между прочим, одного со сложным переломом голени, который представлял мягкую еще мозоль, несмотря на то, что перелом произошел более чем за два месяца. При большом скоплении больных во всех залах была недостаточная вентиляция; спертый, испорченный воздух поражал обоняние посетителя при входе в эти залы во всякое время дня. Катарральное воспаление соединительной оболочки глаза скоро принимало свойство воспаления бленорройного под влиянием таких дурных гигиенических условий.

Внутри города в противоположной стороне была отведена под военно-временный наш госпиталь небольшая румынская больница, в которой можно было поместить около 80 больных. При этой больнице находился небольшой садик и очень просторный двор, граничивший с обрывистым берегом озера Братиш. Фасадная и южная стороны здания выходили во двор, две другие стороны примыкали к частным зданиям. Больница имела вид частного дома, случайно превращенного в госпиталь, судя по расположению комнат; только во флигеле имелись две залы, очевидно, позднее пристроенные, в которых сделаны были кое-какие приспособления для вентиляции и отопления; в каждой из этих зал можно было поместить около 20 больных. При здании находилась кухня и даже паровая баня. И это здание было крайне запущено; отхожие места весьма дурно устроены.

Описав бегло госпитальные помещения, отведенные нам в одном из самых обширных и богатых городов Румынии, я должен прибавить еще, что третье отделение 51-го военно-временного госпиталя находилось в Фокшанах. Многие из посетивших этот уютный и чистенький румынский город сохранили о нем, вероятно, такое же приятное представление, как и мы. Широкие, очень хорошо вымощенные улицы, чистенькие домики, между которыми виднеются иногда очень красивые здания богатых местных землевладельцев, множество садов, большой, красивый и очень чисто содержимый общественный сад — все это производит приятное впечатление и приводит после невольного сравнения к заключению далеко не в пользу наших не только уездных, но даже и губернских городов. Войдя в городской клуб, вы найдете здесь огромный выбор всевозможных периодических изданий румынских и иностранных, любезно предлагаемых каждому посетителю.

В этом чистеньком городке не нашлось места для больного нашего солдата: под отделение госпиталя отвели старую заброшенную казарму, находящуюся за городом и окаймленную с одной стороны кучами навоза и городских нечистот. Старая казарма построена без всяких гигиенических приспособлений; отхожие места невозможные. Против здания казармы, перед шоссе, лежит огромный городской сад, которым любезное городское управление позволило нам пользоваться.

Другой военно-временный госпиталь № 45, в котором я считался консультантом, находился в Яссах; два отделения этого госпиталя находились собственно в Яссах, а третье в Бакау. Для одного отделения госпиталя нанята была половина городской румынской больницы. В ней мы не нашли самых простых приспособлений порядочного больничного учреждения. Здание имело внутренний коридор, который временно был перегорожен глухой стеной. Перегородка составляла границу между румынской и русской половиной госпиталя

и уничтожала совсем возможность проветривания коридора, в котором оставалось только одно окно в конце его. Залы для больных размещены были в трех этажах. Полы и оконные рамы были гнилы, и все здание так ветхо, что при входе в палаты обоняние поражалось каким-то особым, протухлым, больничным запахом, несмотря даже на то, что в течение всего дня окна оставались открытыми.

Лучшее помещение досталось на долю другого отделения военно-временного госпиталя № 45, — именно заново отделанная чистая больничка Св. Троицы; при ней был сад и довольно сносно устроенные отхожие места.

Третье отделение 45-го военно-временного госпиталя находилось в Бакау, на линии железной дороги. Здесь госпитальное отделение раскинуто было в 5 или 6 домах, вмещавших от 8 до 65 больничных мест. Госпитальные помещения разбросаны были по всему городу и лежали друг от друга на большом расстоянии. Одно из помещений находилось в еврейской больнице, представлявшей неудобное и неопрятное здание. Остальные здания не представляли также особых удобств, потому что это были частные дома, обращенные случайно в госпитальные помещения.

Госпиталь в Галаце был переполнен; переполнился и госпиталь № 45 в Яссах. Оба госпиталя находились на эвакуационной линии и получали важное значение при применении системы рассеивания больных. Мы готовились применить систему рассеивания в самых широких размерах. Однако в начале июня не было сделано ничего, не было организовано эвакуационных комиссий, о которых еще только говорилось. Ежедневно ожидался переход войск через Дунай, ожидался, следовательно, и наплыв раненых. Эвакуация больных совершалась в это время неправильно, имела характер чего-то случайного. С большим трудом и после долгой переписки удалось снарядить случайный поезд, на котором 8 июня мы могли вывезти из Галацкого госпиталя около 180 больных. Не могло быть речи об особых удобствах на этом поезде: укладывали больных, как только можно было; под трудных, которые не могли сидеть, взяты были товарные вагоны, в которых настлали сена и дали для каждого лежащего больного цыновку. Только благодаря этому случайному обстоятельству очистилось в 51-м военно-временном госпитале в Галаце столько мест, что можно было приютить первых наших раненых. 10 июня войска наши перешли Дунай и взяли Буджакские высоты. После этого дела доставлено было в 51-й военно-временный госпиталь в Галаце 95 раненых. Битва происходила на правом берегу Дуная, против самого госпиталя. Раненые перевезены были в лодках на левый берег, а оттуда доставлялись в госпиталь в госпитальных линейках; раненые с более тяжелыми повреждениями приносились в госпиталь на носилках.

В приемном покое госпиталя был устроен главный перевязочный пункт, на котором осматривался каждый раненый, вносился в журнал, получал пособие и переносился в палату. На главном перевязочном пункте не было сделано ни одной большой операции; вырезано было несколько пуль и извлечено несколько костных осколков. Большинство раненых со сложными переломами конечностей получили тут же неподвижные гипсовые повязки. Небольшое число раненых, благоприятная обстановка ухода и достаточное число врачей дали возможность оказать своевременное и совершенно правильное пособие всем раненым. К 9 часам вечера все раненые были осмотрены и перевязаны. Вот перечень их:

№		Число раненых	Выздоровление	Умерло	Особые замечания
1	Прободающие раны черепа с выпадением мозга	2	1	1	Умер на 3-й день после ранения
2	Раны лица и мягких частей головы . . .	4	4	—	
3	Раны шеи и мягких частей головы . . .	2	2	—	
4	Раны мягких частей плеча	5	5	—	
5	Сложные переломы плеча	2	2	—	
6	Проникающие раны локтевого сустава с раздроблением костей . .	5	5	—	Только в одном случае было сделано выпиливание локтевого сустава 28 июня. Все остальные выздоровели без операции
7	Раны мягких частей предплечья	8	8	—	
8	Сложные переломы костей предплечья . .	2	2	—	
9	Проникающая рана запястно-лучевого сочленения	1	1	—	
10	Раны ручной кости . .	2	2	—	
11	Раны пальцев руки . .	3	3	—	
12	Огнестрельная рана позвоночного столба . .	1	—	1	Умер в конце 2-го месяца после ранения
13	Раны мягких частей грудной клетки . .	4	4	—	
14	Проникающие раны груди	13	10	3	Все трое умерли в течение первых трех суток
15	Проникающие раны живота	4	4	—	
16	Рана мягких частей поясничной области	1	1	—	
17	Раны ягодичной области	4	4	—	
18	Проникающие раны тазобедренного сочленения	4	3	—	
19	Раны мягких частей бедра	10	10	—	
20	Проникающие раны коленного сочленения . .	4	4	—	

Продолжение

№		Число раненых	Выздоровление	Умерло	Особые замечания
21	Раны мягких частей голени	6	6	—	
22	Сложные переломы костей голени	5	5	—	
23	Раны стопы	3	3	—	
24	Ушибы пулями и осколками гранат	12	12	—	
	Всего . . .	95	90	5	

Нас беспокоило неудовлетворительное гигиеническое состояние госпиталя; об этом мы писали в главную квартиру еще до перехода наших войск через Дунай и указывали на крайнюю необходимость помочь делу присылкой госпитальных палаток или устройством бараков, которые дали бы нам возможность выйти из зараженной казармы. За несколько дней до перехода войск через Дунай получено было в 51-м госпитале 50 госпитальных палаток, присланных из московского интендантского склада. Радость была очень велика, когда получено было извещение о присылке палаток. Немедленно обратился я к главному врачу госпиталя за подробными сведениями о палатках и просил его распорядиться о постановке их. Представились затруднения, которых я не мог предвидеть. Палатки были приняты комиссаром госпиталя, который не соглашался выдавать их, опасаясь ответственности в случае порчи. Главный врач не мог дать приказания без согласия госпитального комиссара; он требовал предписания начальства. Кто должен был дать предписание о постановке палаток? Или полевой инспектор госпиталей, или помощник полевого военно-медицинского инспектора, или, наконец, комендант города, который также считается в числе начальников военно-временного госпиталя. При содействии корпусного врача 14-го корпуса г. Варлица удалось, наконец, убедить госпитальную администрацию в необходимости выдать палатки и разбить их немедленно. Сначала выбрано было свободное место перед казармой, и здесь разбито было 10 палаток. На другой день уже мы стали переносить раненых в палатки. Но недолго пришлось пользоваться ими: сильным ветром снесло несколько из наших палаток, и пришлось ночью, под дождем, перетаскивать раненых снова в залы злополучной казармы; к счастью, недолго оставались они здесь. На другой день после бури выбрано было свободное от построек место на главной улице Галаца, поблизости от второго отделения нашего госпиталя недалеко

от окраины города. Здесь были поставлены госпитальные палатки; сюда переведы были и все раненые и больные из казармы. Казарма покинута была навсегда. Палаточный наш госпиталь помещался близ второго отделения, помещения которого должны были служить резервом на случай чрезмерного переполнения госпиталя.

Для госпитальных палаток выбрано было небольшое место в городе, на главной улице. Место представляло квадратную площадь, имевшую около 22 саженей длины и 20 саженей ширины. Окруженная с трех сторон зданиями, эта площадь примыкала к широкой главной улице города (strada domniasca), которая давала огромный столб воздуха, но и пыли в то же время. Естественнее было бы выбрать другое место, более открытое и находящееся вне города; но обстоятельства времени и условий были таковы, что необходимо было, не теряя времени, воспользоваться найденным местом. Дальнейшее пребывание в казарме грозило опасностью нашим раненым. По заявлению жителей Галаца, в этом городе свирепствуют частые бури; сильные северо-восточные ветры приносят немало вреда не только осенью и зимой, но даже и летом. Попытка наша развернуться на открытой местности, перед казармой, окончилась разорением нашего палатного госпиталя при первой же буре. Раскинутые внутри города палатки были защищены от ветра, и под рукой имелись все средства, даже резервное помещение (2-е отделение госпиталя) на случай чрезмерного переполнения госпиталя. Но главным образом этот выбор был сделан ввиду уступки требованиям администрации госпиталя, которая нуждалась и в помещении для госпитального обоза, и в особом помещении для госпитальной прислуги, и в прачечной и т. д. Административные лица госпиталя были мало знакомы с своим положением и с требованиями времени и обстоятельств; они не были подготовлены, попали случайно в администраторы госпиталя. Возразят, что невозможно набрать столько подготовленных людей, чтобы хватило их на удовлетворение нужд военного времени; возражение основательное, не исключающее однакоже желания подумать об устранении тех погрешностей, которые обнаруживаются неминуемо при таком порядке вещей. Мы указывали в другом месте («Наше госпитальное дело на войне», Медицинский вестник, 1877 г., № 45 и 46) на необходимость единства власти в госпитале и на сосредоточение этой власти в лице главного врача или директора госпиталя. При сосредоточении власти, при единстве действия уменьшится тот вред, который обнаруживается теперь в среде неподготовленных лиц, действующих врозь по-своему. История госпитальных палаток в Галаце для меня памятна*. У нас

* Половина присланных палаток оказалась негодною: и парусина, и сукно, и деревянные части были гнилы.

были палатки и мы не могли пользоваться ими. Госпитальный комиссар считает себя вправе не выдавать палаток даже по требованию главного врача госпиталя — вероятно, потому, что он член госпитального комитета, назначенного для контролирования действий главного врача. Главный врач распоряжается нерешительно или и совсем не распоряжается, также опасаясь ответственности перед непосредственными своими начальниками. Непосредственные его начальники — инспектор госпиталей, помощник полевого военно-медицинского инспектора, комендант города и даже чиновник особых поручений инспектора госпиталей; и комендант города, и чиновник особых поручений инспектора госпиталей имеют право давать предписания главному врачу госпиталя. Главному врачу госпиталя доверяют здоровье и жизнь тысячи больных или раненых, но не доверяют ему управления тем госпиталем, в котором он должен лечить своих больных и раненых; управление же госпиталем косвенно доверяется чиновнику особых поручений инспектора госпиталей и коменданту города — лицам, совершенно не знакомым с сущностью госпитального дела.

В конце июня месяца сделано было распоряжение о переводе одного отделения военно-временного госпиталя № 51 в Браилов. Под госпитальное отделение нанято было несколько частных домов в городе; некоторые дома представляли порядочные помещения, удовлетворявшие более или менее гигиеническим требованиям; о других же нельзя сказать этого. Некоторые помещения были тесны, мало освещены, загромождены соседними домами. Госпитальные помещения были разбросаны по городу, что́ представляло неудобство в административном отношении. Вокзал железной дороги в Браилове лежит в расстоянии 2 верст от города. Дорога от вокзала до города представляет весьма плохую булыжную мостовую. Перевозка больных и раненых с вокзала в госпитальные городские помещения представляла много затруднений при выгрузке и переноске людей и была для них вредна положительно. Если госпитальные отделения в Браилове составляли одно из звеньев в системе госпиталей, предназначенных для применения системы рассеивания больных и раненых, то браиловское звено было нецелесообразно заложено. Ввиду этого предположено было разбить палатки у самого вокзала и употребить для этого половину палаток, присланных в Галацкий госпиталь. Было выбрано место для госпитальных палаток у самого вокзала; тут находилось несколько колодцев с хорошей водой. Госпитальный наш лагерь не был защищен со стороны северо-востока, откуда дул часто сильный ветер; для прикрытия палаток от северо-восточного ветра протянут был досчатый щит. Немало трудов стоило устройство палаточного госпиталя; но, к сожалению, им не пользовались: госпиталь-

ная администрация предпочла палаткам городские здания, в которые перевозили больных с вокзала. А между тем палатки лежали так близко от вокзала, что прибывавшие больные без затруднения могли бы быть туда доставляемы на носилках. Госпитальные палатки в Браилове оставались без употребления и предоставлены были медленному разорению под влиянием стихий. Что с ними сталось? Мне неизвестно, но слышал я, что ни раненых, ни больных не помещали в них. В начале июля я выехал в главную квартиру, оставив военно-временные госпитали 51 и 45.

Эвакуационная железнодорожная наша линия покрыта была целой системой военно-временных госпиталей. Госпитальные помещения избраны были то в казармах, то в старых больницах, то в частных домах, совсем для госпиталя не приспособленных. Сделан был такой выбор, против которого много возражали и который, повидимому, был совсем осужден. У нас есть госпитальные палатки. Наши госпитальные палатки нашли самое широкое применение в последние войны на западе Европы, их восхваляют, совершенствуют; а мы, забыв свое собственное изобретение, размещаем своих больных и раненых в старых больницах и зараженных казармах, в которых быстро развивается тиф и бленнорройное воспаление соединительной оболочки. Н. И. Пирогов в 1856 г. писал: «Нам следовало бы их (палаток) иметь в огромном запасе и заменить ими исключительно все прочие роды помещения больных в военное время»*. Он заключает: «Итак, в гигиеническом отношении я отдаю преимущество в военное время госпитальным нашим палаткам не только пред большими зданиями (госпиталями, батареями, дворцами), но и пред частными домами и бараками». Война была объявлена 12 апреля; военные действия ожидались в течение лета, когда трудно и придумать что-нибудь более удобное, чем палатки как госпитальное помещение. Палатки и барак представляют тот род помещения, который дает возможность развернуть госпиталь быстро, непосредственно во всяком месте; перемещение такого госпиталя легко совершается; одним словом, имея палатки, администрация госпитальная не связана ни временем, ни местом, ни другими исключительными обстоятельствами военного времени. Это такие преимущества, выше которых трудно и представить что-либо. В гигиеническом отношении палатка есть идеал госпитального помещения, представляя самые лучшие условия вентиляции, которые недостижимы в такой мере ни в каком здании.

Как мало воспользовались мы уроками прошлого, видно из того, что не могли заготовить достаточный запас палаток, а тот запас, который имелся, был не всегда удовлетворитель-

---

* «Начала общей военно-полевой хирургии», стр. 12.

ного свойства. Мы не внесли никаких улучшений в устройство своей палатки, которая была принята и усвоена немцами, сделавшими в ней кое-какие разумные приспособления. Не говоря уже о том, что большинство палаток оказалось негодными вследствие гнилости деревянной основы их, парусины и сукна, да и самая деревянная основа-то построена неудовлетворительно. Перекладины в палатках ломаются часто, ломаются и основные столбы, а еще чаще ломаются колья, назначенные для прикрепления веревок. Госпитальная наша палатка осталась в первобытном своем виде, как построена была лет 50 назад.

Рядом с госпитальной палаткой появилась юрта в настоящую войну. Юрта составляет отличное подспорье для палаток. Круглая юрта, укрепленная на деревянной основе вроде переплета, одета войлоком; войлок прикрывает боковые стены и закрывает юрту сверху; боковые стены приподнимаются; верхняя часть войлока может откидываться. Благодаря этим приспособлениям в юрте возможно совершенное возобновление воздуха во всякое время. Однако в юрте душно в жаркое время и всегда более душно, чем в парусинной госпитальной палатке, несмотря даже на то, что юрта вмещает сравнительно очень мало больных — всего только 6 или 8.

Сравнивая между собой все роды госпитальных помещений, которыми пользовались во время настоящей войны (казармы, больницы, военные румынские госпитали, частные дома, палатки, юрты, бараки), мы должны отдать предпочтение палаткам и юртам; кроме преимущества в гигиеническом отношении, этот род помещений особенно дорог в военное время потому, что уничтожает зависимость от условий местности, пространства, времени и исключительных положений войны. Последние условия, взятые сами по себе, так важны, что их достаточно для того, чтобы остановиться на палатке как на исключительном госпитальном помещении. Необходимо подумать об известных условиях и приспособлениях в госпитальной нашей палатке на основании указаний, добытых опытом.

Госпитальная палатка в теперешнем ее виде недостаточно прочна: часто срывает ее ветром. Заменив деревянную основу ее железной, можно придать желаемую прочность и устойчивость палатке. Пруссия уже сделала это; вышло хорошо. Вместо деревянных основных (серединных) столбов можно установить железные, посадив их на крест, лежащий на земле; крест придает столбу устойчивость несравненно бóльшую той, которую имеет теперешний деревянный столб. Предполагая, что все части основы будут железные, мы придадим палатке бóльшую прочность, бóльшую устойчивость и бóльшую опрятность.

Мы раскидывали свои палатки на земле; иногда земля под палаткой возвышалась; в некоторых местах делали дере-

вянный пол в палатках, а иногда — земляной. Последний утрамбовывался глиной, и тогда становилось возможным поддерживать в палатке отличную чистоту и опрятность; кроме того, пол, выведенный из глины, не дает сотрясений, которые, неизбежно почти всегда в деревянном полу и так тягостны для раненых с переломами костей в нижних конечностях. В степных наших губерниях и в малороссийских точно так же, как и в Румынии, сельское население умеет обходиться с глиной; и приготовление глиняных полов под госпитальными палатками не представит никаких затруднений. Без сомнения, можно внести еще много других улучшений в устройстве госпитальной палатки, и задача техники может состоять, между прочим, в том, чтобы сделать ее более теплой для осеннего и зимнего времени.

Юрта впервые, кажется, показалась во время настоящей войны как госпитальное помещение. Мы видели только круглые (оренбургские) юрты, вмещавшие от 6 до 8 больных. Сибирские инородцы живут в юртах круглый год; они отапливают их зимой. Юрта представляет все выгоды палатки и еще возможность для зимнего госпитального помещения. Разумееется, в том первобытном виде, в каком доставлена была юрта на поля Болгарии, едва ли можно пользоваться ею в суровое время года. Но, внеся в устройство юрты некоторые улучшения и приспособления можно пользоваться ею, мы полагаем, и зимой. До глубокой осени можно оставлять больных и раненых в госпитальных палатках; тем более возможно оставлять их в юртах. В юрте легче удержать теплый воздух, ее легче можно отапливать, чем палатку. Если в юрте всегда бывает душнее, чем в палатке, то зависит это главным образом от сравнительной тесноты и низкости помещения. Юрта может быть превращена в более просторное помещение, которое можно сделать удобным для пребывания в нем больных в зимнее время, приспособив отопление. Дело в том, что материал для построения юрт свой имеется всегда в достаточном количестве — стоит только во-время позаботиться о доставлении его в указанные места. Мы полагаем, что войлочная юрта как особый род госпитального помещения заслуживает полного внимания со стороны врачей, и следует подумать об усовершенствовании этих войлочных домиков.

Лечение огнестрельных повреждений, наблюденных в Галацском военно-временном госпитале после 10 июня, дало весьма хорошие исходы, о которых свидетельствуют выше приведенные цифры; из них возьмем для примера 4 проникающие раны коленного сустава (все выздоровели) *; 4 про-

* Вскрыта была во всех случаях сумочная связка коленного сустава без раздробления костей; в данном случае, впрочем, пуля вошла по середине коленной чашки и вышла в подколенной впадине.

никающие раны тазобедренного сочленения (все выздоровели) *; 13 проникающих ранений грудной клетки, из коих выздоровело 10, умерло 3. Лечение огнестрельных повреждений было выжидательное, сберегательное; операций первичных мы не делали, а сделаны были только две последовательные: одно выпиливание локтевого сочленения (resectio cubiti — выздоровление) и одно выпиливание голеностопного сочленения (смертельный исход вследствие гнилостного заражения) **. Указать на ближайшие причины хороших сравнительно исходов нелегко: таких причин было много. Преимущественно нужно указать на то, что раненые были выведены из казармы в госпитальные палатки уже на другой и третий день. Кроме того, наши раненые не подвергались влиянию перевозки: в лодках их перевозили через Дунай на левый берег, а затем в рессорных линейках прямо в госпиталь; более тяжелые случаи ранений перенесены были с берега в госпиталь на носилках. Последнему обстоятельству преимущественно приписываем мы причину успешных исходов таких повреждений, как проникающие раны грудной клетки. Позднее мы имели возможность убедиться, как убийственно действует перевозка на проникающие ранения больших полостей тела. При других условиях, если бы пришлось раненых перевозить на большем пространстве, не сохранили бы мы, полагаем, 10 раненых из 13, представлявших проникающие ранения грудной клетки. В числе выздоровевших находился один с раздроблением VII и VIII ребер с левой стороны in linea axillaris; последнее осложнение весьма неблагоприятно, — оно обусловливает обыкновенно смертельный исход. Лечение проникающих ранений грудной клетки было строго выжидательное, соединенное с употреблением наркотических средств внутрь. Если таких раненых оставлять на некоторое время на месте, не подвергать перевозке, то при благоприятных условиях закупоривается входное и выходное отверстия, происходит спайка между обоими серозными листками, и воспалительные явления локализуются. Даже в тех случаях, когда воздух проник в полость грудной клетки в небольшом количестве, влияние его можно сделать безвредным, закупоривая герметически рану, т. е. подражая тому, чего достигает природа при помощи кровяного свертка и размозженных тканей. Применение листеровской перевязки с последней целью дает обыкновенно хорошие исходы: проникнувший воздух всасывается, и реакция оканчивается слипчивым воспалением, ограничивающим область патологических явлений.

---

* Вскрыта была, вероятно, во всех случаях сумочная связка; части скелета не были повреждены.

* Проникающая рана голеностопного сочленения произошла в данном случае не от огнестрельного повреждения, а случайно при сложном переломе нижних концов костей голени.

Кровохаркание есть верный признак повреждения легкого; но не всегда указывает оно на ранение легкого вследствие проникновения огнестрельного снаряда или постороннего (посредственного) тела. Пуля может пробить на излете легкие части грудной стенки и остановиться под серозной оболочкой. Через сохранившую свою целость серозную оболочку может произойти ушиб и размозжение легочной ткани и кровохаркание как явление нарушения целости кровеносных сосудов. Подобное ранение наблюдалось, вероятно, у первой жертвы этой войны при переходе наших войск через Дунай близ Галаца 10 июня.

Фельдшер рязанского полка Свинцов ранен в лодке, в которой находились наши стрелки, подъезжавшие к правому берегу Дуная. Входное отверстие огнестрельной раны находилось на 1½ поперечных пальца ниже грудинного конца ключицы и на 2 поперечных пальца кнаружи от левого края грудины. Рана имела косое направление спереди и снаружи кзади и кнутри. Непосредственно после ранения обнаружились кашель и кровохаркание. На второй неделе после ранения значительная лихорадка (температура 38—39° С), припухлость покровов верхней части передней поверхности грудной клетки слева. Сильная припухлость области левого грудино-ключичного сочленения и зыбление. Из раны истекает ежедневно около 3 унций гноя. 5 июля удлинена рана до 4,5 см параллельно нижнему краю ребра. Палец ощущает обнажение и неровности на соответственных краях I и II ребер и левого края грудины. Грудино-ключичное сочленение вскрыто. Пуля лежит между I и II ребрами; длинная ось ее параллельна продольной оси ребра; передняя половина пули скрыта под грудной костью. Через пулю передается биение (pulsatio arcus aortae), совпадающее с пульсом. Пуля лежала свободно в своем ложе, одетом хорошей грануляционной тканью; она легко извлечена корнцангом *. Вслед за пулей извлечены были два небольшие костные осколка, отбитые, вероятно, от грудины. Через три недели после извлечения пули заживление раны и полное выздоровление.

8 июля я оставил Галац и выехал в главную квартиру, находившуюся в то время в Трнове. В Галац я не возвращался уже, но получил назначение отправиться в Никополь и Турну-Могурелли для оказания пособия находившимся там раненым. В Никополь и Турну-Могурелли доставлены были почти все раненые при взятии Никополя 3 июля и при нападении на Плевну 8 июля. В Турну-Могурелли я прибыл 14 июля. Нашел здесь еще около 250 наших раненых. Они помещались в только что отстроенной румынской казарме, без окон и дверей; в летнее время это не представляло большого неудобства; напротив, давало самую совершенную вентиляцию. Казарма лежала на окраине города, на возвышенности, открытой к Дунаю. Раненые лежали на соломе: только немногие из них имели тюфяки. Белья недоставало, но перевязочных веществ имелось достаточно. Раненые находились на попечении доктора Духновского, единственного врача, при-

* Это была коническая пуля, калибра, меньшего, чем пуля Пибоди-Мартини.

бывшего сюда из главной квартиры. На третий день прибыли еще два врача, состоявшие в распоряжении Общества Красного Креста; вместе с ними прибыли 4 сестры милосердия. С прибытием этих лиц можно было организовать более правильный уход за ранеными, между которыми находилось до 20% тяжело раненых и оперированных. Весьма чувствителен был недостаток прислуги, которую нельзя было добыть никоим образом, несмотря на самое горячее содействие со стороны уполномоченных Общества Красного Креста; приходилось вербовать прислугу из местных жителей, которые не хотели нести тяжелой службы госпитального служителя ни за какие деньги. Здесь обнаружилась вся тяжесть зависимости от исключительных обстоятельств войны; в чужом городе, незнакомые с бытовыми условиями, вдали от центра военно-полевого управления, мы были поистине в беспомощном положении. Если бы имелись подвижные (летучие) отряды прислуги, предназначенной для исполнения обязанностей сидельцев или госпитальных служителей, легко было бы пособить горю. И это положение создалось в стране нам дружественной, среди союзников. В стране же враждебной, завоеванной, такая случайность еще более возможна. Мы были в таком положении, что врачи должны были исполнять все то, что исполняет обыкновенно сиделка или госпитальный служитель.

Осмотрев наших раненых в Турну-Могурелли, я переехал на правый берег, в Никополь. Здесь на берегу Дуная находилось более 300 раненых турок. У самого берега стоял небольшой деревянный барак, служивший пристанищем для какого-то австрийского общества пароходства: вокруг барака раскинуто было около 15 остроконечных турецких палаток. Раненые турки лежали в палатках, вокруг палаток на песке, под бараком. Многие из них представляли тяжкие огнестрельные повреждения. Отделив последних и тех вообще, которые нуждались в немедленном оперативном пособии, я приказал перевезти их на левый берег Дуная в случайный наш госпиталь, в котором представлялось более средств для ухода за ними. Для оказания пособия остальным раненым туркам были прикомандированы один врач 9-го корпуса и один врач от Общества Красного Креста. Кормили турок из котла местных войск, занимавших караулы в Никополе. Перевязочные средства доставлены были от Общества Красного Креста.

В Турну-Могурелли и Никополе находилось первоначально около 1 500 раненых, доставленных после битвы у Никополя 3 июля и после первого нападения на Плевну 8 июля. Раненые предоставлены были самим себе и попали под покровительство Общества Красного Креста, потому что в этих местах не имелось никаких госпитальных учреждений военного ведомства. Военное ведомство прислало доктора Духновского и трех фельдшеров с небольшим запасом перевязочных средств

для оказания пособия раненым и ничего больше уже не предпринимало. Попечение о всех раненых и уход за ними были организованы исключительно при содействии уполномоченных Общества Красного Креста, которые обнаружили здесь весьма много энергии и целесообразной распорядительности. При совершенном отсутствии каких-либо предварительных распоряжений о приюте для раненых Общество Красного Креста создало случайное госпитальное помещение, снабдило его в избытке перевязочными веществами, организовало возможный, при исключительных условиях румынского городка, уход за ранеными и давало им очень хорошую пищу. Все это было создано вдруг, из ничего. Позднее Общество Красного Креста взяло на себя заботы о перевозке раненых в ближайший военно-временный госпиталь в Пиатре и усилило санитарные силы приглашением еще двух врачей и четырех сестер милосердия. При помощи этих новых сил можно было организовать более правильно уход за ранеными не только в случайном помещении в Турну-Могурелли, но и у Никополя, на берегу Дуная, отрядив туда еще одного врача и одну сестру милосердия.

Хотя первые нужды были удовлетворены и всем раненым оказано было пособие по возможности, даже произведены были все безотлагательные операции, тем не менее мы не имели средств поддержать случайно созданный порядок и случайно устроенное госпитальное помещение, — нужно было подумать о перевозке раненых в ближайший военно-временный госпиталь. Ближайшим оказался госпиталь в Пиатре, в расстоянии 70 верст от Турну-Могурелли. Немедленно приступлено было к перевозке раненых. Перевязочных средств не было. Уполномоченные Красного Креста и здесь явились во-время с помощью: они по мере надобности нанимали обывательские повозки, на которых и производилось переселение наших раненых. Для офицеров добыто было несколько рессорных линеек, предложенных нам румынским Обществом Красного Креста. Сначала перевозились только легко раненые; позднее же мы стали перевозить и раненых со сложными переломами конечностей и оперированных; как тем, так и другим накладывались предварительно неподвижные гипсовые повязки. Спустя месяца полтора пришлось мне узнать о судьбе некоторых из оперированных в Турну-Могурелли; жаль, что отрывочные эти сведения не могут представить точных данных, на основании которых можно было бы сделать какие-нибудь выводы. В Турну-Могурелли сделано было несколько ампутаций, несколько перевязок больших артериальных стволов при кровотечениях и довольно большое число выпиливаний раздробленных суставов (resectiones). Судьба многих операций была поставлена в прямую зависимость от исключительности условий: многих оперированных пришлось

перевозить против желания слишком скоро после операций; естественно, что влияние перевозки было для них вредно, а в некоторых случаях положительно пагубно.

С самого начала военных действий и потом в течение всех летних месяцев мы наблюдали нередкие случаи столбняка; позднее, с наступлением морозов, перестали, кажется, появляться случаи заболевания столбняком. Это можно сказать, например, по отношению к Свищовскому госпиталю (доктор Кузьмин). В течение 4 суток моего пребывания в Турну-Могурелли мне пришлось наблюдать 4 случая столбняка; 2 из них были весьма быстротечны, окончились смертью через 48 часов от начала заболевания; другие 2 также окончились смертью, но спустя несколько дней после начала болезни.

Первый случай столбняка развился вследствие ранения мягких частей голени, второй — плеча, третий — при раздроблении костей пястья и запястья, четвертый — вследствие огнестрельной раны промежности. В последнем случае пуля прошла через промежность и засела близ правого седалищного бугра. После сокращения жевательных мышц (trismus) развились тетанические сокращения мышц только в правой нижней конечности, перешедшие позднее, на третий день, в общий столбняк.

Скопление раненых в Турну-Могурелли было явлением неожиданным, случайным обстоятельством, которое нельзя было предвидеть, как нельзя предвидеть и множество других явлений во время войны. После взятия Никополя и после скоро последовавшего затем нападения на Плевну 8 июля в Турну-Могурелли образовался случайный госпиталь с 1 500 ранеными, для которых не имелось никаких заготовлений; в Турну-Могурелли не предполагалось иметь военно-временного госпиталя; мысль о нем родилась позднее, под впечатлением картины случайного скопления такого огромного числа раненых, которым невозможно было оказать пособие непосредственно после битв. Хотя первое впечатление при осмотре раненых было тяжело, вид страдальцев, лежавших на соломе на полу, в грязном белье и в изорванных мундирах и шинелях, представлял безотрадную картину; но первое впечатление скоро сгладилось и уступило место иному чувству, когда мы успели ориентироваться и взвесить все обстоятельства положения. Все раненые были перевязаны, сделаны были операции, не терпевшие отлагательства, и все были накормлены; последнее обстоятельство было наибольшей важности. Госпитальное помещение, уход и продовольствие раненых организованы были вдруг, так сказать, из ничего, благодаря энергии и во-время предложенной помощи со стороны уполномоченных Общества Красного Креста. Раненые получали пищу превосходного качества, пищу, доставлявшуюся им из лучшей гостиницы горо-

да; а когда прибыл санитарный персонал Общества Красного Креста и привез запас перевязочных средств, консервов и вина, то раненые получали сверх того и по рюмке доброго вина к обеду. Одним словом, к 15—16 июля случайный наш госпиталь представлял такой вид, что можно было лелеять мысль о правильном последовательном лечении оперированных, которые накопились за это время. Но это не входило в соображения военно-полевой медицинской администрации, которая распорядилась о переселении всех раненых в Пиатру и Зимницу. Перевозка раненых сопряжена была с большими неудобствами, потому что не было никаких перевозочных средств, кроме крестьянских телег, да и те добывались нелегко и за большие деньги. Выше мы заметили, что насильственная перевозка раненых, перевозка ради непременного эвакуирования госпиталя, место которого не входило в план первоначального распределения военно-временных госпиталей, — такая перевозка принесла немало вреда раненым, особенно тем из них, которые подверглись операциям.

Трудно создавать что-нибудь из ничего. Общество Красного Креста находилось в таком положении в Турну-Могурелли, и тем бóльшую честь делает представителям этого общества та организация, благодаря которой 1 500 раненых нашли и своевременную, и удовлетворительную помощь. Несравненно легче было бы организовать эту помощь, и даже стало бы возможным случайно организованное превратить в постоянное учреждение, по крайней мере до известного срока, если бы Общество Красного Креста нашло в Турну-Могурелли какую-нибудь почву, какие-нибудь приспособления для принятия раненых. Военно-временный госпиталь в его настоящем виде представляет хорошо организованное учреждение для принятия 630 больных или раненых; но учреждение это тяжело перемещается и нелегко развертывается: развернуть военно-временный госпиталь нелегкое дело, для этого требуется много дней; также много дней требуется и для того, чтобы передвинуть военно-временный госпиталь с одного места на другое. Военно-временный госпиталь состоит из трех госпитальных отделений, которые легко из него выделяются по теории; но на деле это разделение происходит далеко не так скоро и удобно, как требуют обстоятельства военного времени. Если бы в организовании военно-госпитальных учреждений имелись такие госпитальные единицы, которые быстро и легко можно было бы перебрасывать на большие расстояния, смотря по требованиям развертывающихся военных действий, то легко было бы создавать небольшие госпитальные центры, к которым так просто и в высокой мере плодотворно могли бы примыкать частные общества, внося богатые свои вклады лекарств, превязочных средств, белья пищи, вина и пр. При таком условии, весьма естественно,

представляется возможность создавать госпитали быстро на тех местах, которые делаются случайными центрами скопления раненых в силу непредвиденных обстоятельств; иначе военно-временный госпиталь остается фиксированным там, где указано было ему место по заранее составленному расписанию, с которым не хотят согласоваться случайности военного времени. Такое требование выяснилось совершенно в Турну-Могурелли и подтверждено было тем, что военно-полевая администрация чувствовала необходимость создать военно-временный госпиталь на том месте, которое указано было обстоятельствами войны и невольно избрано было Обществом Красного Креста. Требование такой подвижной госпитальной единицы естественно ввиду требований современной военной тактики, основанной на быстроте передвижений и на сбережении времени.

17 июля мы выехали из Турну-Могурелли, получив приказание отправиться под Плевну. Еще не все раненые были перевезены в военно-временный госпиталь в Пиатру; часть их оставалась в Турну-Могурелли. Для ухода за ними и для наблюдения за дальнейшим транспортом остались 3 врача от Общества Красного Креста. От Общества Красного Креста получен был такой богатый запас перевязочных средств, что не только хватило их для раненых в Турну-Могурелли, но мы могли взять с собой несколько тюков белья и перевязочных вещей, отправляясь под Плевну. Запасы пригодились. Я выехал в сопровождении докторов Таубера и Духновского. К нашему отряду примкнули еще 2 сестры милосердия после предварительного соглашения с уполномоченными Общества Красного Креста, в распоряжении которых состояли сестры милосердия. Эти женщины принесли много пользы на главном перевязочном пункте и, несмотря на то, что пришлось им пережить самые тяжелые испытания в памятный день 18 июля 1878 г., они вынесли все невзгоды мужественно и работали неустрашимо до конца. Может быть, это был единственный пример деятельности сестер милосердия на главном перевязочном пункте, под неприятельскими выстрелами, особенно еще при тех обстоятельствах, которыми сопровождалось дело 18 июля. Хотя этот пример составляет блистательное доказательство того, что и здесь деятельность сестры милосердия в высокой мере благотворна, я позволяю себе тем не менее заметить, что на главных перевязочных пунктах и в передовых боевых линиях не должны появляться частные лица и отряды частных санитарных обществ. Здесь все должны подчиняться требованиям дисциплины; следовательно, здесь могут функционировать только лица, носящие военный мундир. Всегда чувствуется потребность в санитарном персонале на главном перевязочном пункте: весьма желательно организовать летучие отряды, подвижные санитарные команды,

которые могли бы являться по востребованию в тех местах, где чувствуется в них нужда; только при помощи таких отрядов можно устранить те затруднительные положения, в которые становится врачебный персонал во время случайностей военных действий. Эти отряды должны быть приготовлены и обучены заранее; они должны быть дисциплинированы более или менее и должны входить в состав санитарного персонала военно-временных госпитальных учреждений.

18 июля 1877 г. в 10 часов утра мы прибыли на позицию под Плевну. Бой только что открывался, уже начались раскаты артиллерийского огня. Получив личное приказание генерала Крюднера, командовавшего плевненской армией, я отправился на главный перевязочный пункт правого фланга. Около 11 часов утра соединились три дивизионных лазарета и образовали главный перевязочный пункт, который заложен был на возвышенности в $1^1/_2$-верстном расстоянии от дороги, ведшей в долину Плевны. Мы предполагали организовать первую помощь на главном перевязочном пункте следующим образом: наличный состав врачей должен был разделиться на три группы — I группа оперирующих, II группа гипсующих, III группа перевязывающих. Название групп определяло характер деятельности каждой. Вначале дело шло ладно, пока прибывало небольшое число раненых, но позднее, когда артиллерийский огонь сменен был ружейным, во время атаки стало поступать такое количество раненых, что поддерживание установленного порядка сделалось почти невозможным. Не столько тут большое количество раненых было причиной нарушения установленного порядка, сколько неожиданный оборот дела, заставивший нас отступить.

По мере поступления раненых все живее и живее чувствовалась потребность в установлении строгого порядка, особенно необходимо было сортировать раненых, иначе ведение помощи принимало хаотический характер. Кто должен сортировать раненых на главном перевязочном пункте? От разрешения этого вопроса зависит непосредственно строгое и правильное ведение дела. Предполагалось представить сортирование раненых дивизионному врачу. Но дивизионный врач является на перевязочном пункте администратором и имеет очень много постороннего дела; будучи отличным администратором, он не всегда соединяет в лице своем и другие качества, требуемые от врача, сортирующего раненых. Сортирование раненых должно быть предоставлено хирургу и хирургу опытному. По нашему мнению, следовало бы установить заранее известный порядок и осуществлять его всякий раз по составленному уже плану. В последнюю войну мы имели в армии полевых хирургов; почти все профессора хирургии находились там в качестве консультантов. Сортирование раненых должно быть предоставлено профессору хирургии, если он находится на

главном перевязочном пункте; за отсутствием его эта обязанность переходит к полевым хирургам.

Часов около трех пополудни бой перешел в атаку, артиллерийский огонь уступил место ружейному, и скоро затем на главном перевязочном пункте накопилось так много раненых, что все врачи завалены были работой. Оказалось к тому же, что пункт наш находился далеко от места боя, далеко и от дороги, по которой вывозились из огня раненые. По распоряжению главного хирурга армии врачебный персонал главного перевязочного пункта был разделен на две части, и одна часть его выдвинута была вперед на $^3/_4$ версты ближе к боевой линии. Выдвинуты были вперед лазареты 30-й и 31-й дивизий. Но скоро на обоих отделах главного перевязочного пункта накопилось такое огромное число раненых, что своевременное пособие оказывалось невозможным. Наступившая темнота южной ночи еще более затрудняла врачей, изнуренных беспрерывной работой в течение всего дня.

Бой продолжался, выстрелы все приближались к перевязочному пункту. В 10 часов вечера отдано было приказание снять сигнальный фонарь перевязочного пункта, чтобы не привлечь внимания неприятеля. Палатки были переполнены ранеными; раненые лежали вокруг палаток на земле, заняв огромную площадь. Тут лежало более 2 000 человек. Стоны, говор тысячи голосов, суета измученной прислуги, — все это в ночной темноте производило своеобразный гул, который мог бы огласить огромное пространство, если бы беспрерывный треск ружейного огня не заглушал его. При мне находилось 5 или 6 измученных врачей; выбившаяся из сил прислуга, видимо, уклонялась от работы. Что оставалось предпринять среди такого хаоса? А ружейные выстрелы все приближались. Я занялся исключительно сортировкой раненых, но дело подвигалось медленно в темноте, при свете одного тусклого фонаря и почти без прислуги. В это время подошел ко мне дивизионный врач 31-й дивизии и лично сообщил, что ему приказано сняться и отправлять немедленно всех раненых. Это было в $11^1/_2$ часов ночи. Поспешно стали подбирать раненых и укладывать их в линейки. Я отошел в задний отдел главного перевязочного пункта, где находился и генерал Крюднер. Он приказал направлять раненых в Булгарени. Тихо двинулся наш обоз с ранеными в ночной тишине; только на время приостановлено было движение шумным перемещением артиллерии, которой отдано было приказание сняться с позиции. На рассвете дорога, ведшая от Плевны до Булгарени, представлялась покрытой бесчисленным количеством госпитальных линеек, повозок и телег; некоторые из них наполнены были ранеными, другие же составляли корпусный обоз. На другой день, 19 июля, около 10 часов утра мы подъехали к реке Осме, стали пробираться через единствен-

ный мост, лежавший на пути. Скоро обширная долина Булгарени покрылась обозами всевозможных видов и названий. Для лазаретных наших обозов отведено было место вправо от дороги, недалеко за мостом. Лазарет 31-й дивизии прибыл прежде других. Немедленно разбита была одна госпитальная палатка, другие приготовлялись. Врачи принялись за работу: перевязывались раненые, накладывались гипсовые повязки, производилась сортировка. Деятельный дивизионный врач сделал распоряжение о заготовлении пищи. В это время подоспел и дивизионный лазарет 5-й дивизии, прибавилось врачей, увеличилось число санитарной прислуги, работа закипела еще живее. Ведь мы не успели оказать всем раненым пособие на перевязочном пункте! Раненые томились в ожидании помощи. Но около 1 часа пополудни разнесся по нашему лагерю слух, что турки нас преследуют; еще через 10 минут дивизионный врач объявил, что приказано итти дальше. Кто приказал отступить — не знаю, да и дивизионный врач не мог дать на это удовлетворительного ответа; но только непосредственно затем стали закладывать лошадей, снимать палатки, укладывать в линейки раненых, и... громадный обозный лагерь двинулся. Ехали быстро, шумно, беспорядочно; многие раненые не попали в линейки и бежали пешком, никто не заботился о том, чтобы уложить тяжело раненых с известным удобством. Дисциплина исчезла. Хаос поддерживался преимущественно беспорядочным бегством корпусного обоза. Проехали таким образом около 5 верст. Наконец, удалось остановить все обозы, за исключением обоза с ранеными, которому приказано было двинуться дальше. Мы поехали тихо по направлению к Свищову и Зимнице; по дороге постоянно попадались группы пеших раненых, торопливо шедших по тому же направлению. Поздно вечером 19 июля мы прибыли в Зимницу.

На другой день, 20 июля, военно-временный госпиталь № 63 представлял такую картину, какую приходится видеть обыкновенно на другой день после большой битвы. 63-й госпиталь был расположен в палатках на левом берегу Дуная, близ небольшого городка Зимничи. Палатки были переполнены ранеными; раненые лежали на земле между палатками; а между тем подвозились новые транспорты и направлялись все в Зимницу, потому что в Свищове не было госпиталя. Предполагалось открыть в Свищове № 50 военно-временный госпиталь, но в описываемое время еще не было сделано никаких распоряжений по этому поводу. Правда, там находилось 3-е отделение 63-го госпиталя, но оно было уже так переполнено, что о нем и забыли. В течение первых трех дней после битвы, т. е. 19, 20 и 21 июля, доставлено было в 63-й военно-временный госпиталь свыше 3 000 раненых. Рядом с № 63 в Зимнице открыт был госпиталь № 47; с 21 июля стали посту-

пать раненые и в этот госпиталь, так что он вскоре оказался переполненным в такой же мере, как и 63-й.

Да простит мне читатель это невольное отступление и описание таких подробностей. Но я считал необходимым предпослать его описанию нашей деятельности в 63-м госпитале, характер которой и полученные результаты могут быть объяснены только при знании этих обстоятельств. Так как дело эвакуации раненых в это время не было еще организовано, а представляло что-то случайное, неопределенное, то нетрудно себе представить затруднительное положение, в которое поставлена была госпитальная администрация. Деятельность наша в первые дни состояла преимущественно в сортировании раненых; оказывалось оперативное пособие только в тех случаях, в которых оперативное вмешательство было крайне необходимо. Операции, произведенные за этот период времени, не были первичные; они не могли быть названы и поздними, потому что производились преимущественно в период времени от 5-го до 10-го дня после ранения. Деятельность врача находится в полной зависимости от известной обстановки и гигиенических условий; рассуждая об исходе лечения или операций, прежде всего должно обращать внимание на те условия, при которых происходило лечение или производились операции. Рассмотрим же условия, при которых пришлось нам действовать в 63-м военно-временном госпитале после дела 18 июля.

Итак, операции пришлось производить в тот период времени, который особенно неблагоприятен для этого, потому что время для производства первичных операций было пропущено. Операции производились на раненых, которые были перевезены при неблагоприятных условиях в неудобных повозках. Как совершался переезд от Плевны до Зимницы, мы говорили уже. Нужно прибавить, что для переезда между этими городами потребно от $1^1/_2$ до 2 суток. На всем пути не было сделано никаких приготовлений, не было питательных пунктов, — раненые в течение переезда не ели и приезжали в Зимницу изнуренными и голодными. Влияние поспешного переезда действовало пагубно; нельзя не согласиться с этим, если припомнить, что многие раненые прошли пешком расстояние от Плевны до Зимницы. В этом нужно видеть, между прочим, причину огромной смертности; умирали от гнилостного заражения. Уже в первые дни по прибытии раненых в Зимницу в одном 63-м госпитале наблюдалось 7 случаев омертвения конечностей — 3 случая омертвения верхней конечности и 4 случая омертвения нижней конечности (собственно голени). Сохранились ли какие-нибудь сведения о движении раненых в 63-м военно-временном госпитале за этот период времени, мне неизвестно, но у меня имеются данные относительно тех раненых, которые были оперированы.

ПЕРЕЧЕНЬ ОПЕРАЦИЙ, ПРОИЗВЕДЕННЫХ В ВОЕННО-ВРЕМЕННОМ ГОСПИТАЛЕ № 63 ОТ 20 ИЮЛЯ ДО 13 АВГУСТА 1877 г.

№ п/п	Ранение	Операция	Оператор	Исход	Замечания
1	Vulnus sclopetar. manus sin. Ранен 18 июля	Resectio ossium metacarpi IV et V 20 июля	Д-р Гродзинский	Умер. Tetanus развился на 6-й день после операции. Смерть 4 августа	Принимал до ℥ ß chlorali hydrati в сутки и gr. ß morph. muriat.
2	Fractura compl. humeri sin. в средней трети. Ранен 18 июля. Gangraena antibrach. et brachii в нижней трети Касьянов Венедикт, рядовой Пензенского полка	Amputatio brachii sin. на границе средней верхней трети. Круговое сечение с отделением лоскута надкостницы 22 июля	Автор	Умер 25 июля. Septicemia	Эластический бинт при операции. Открытая культя без повязки
3	Fractura complic. sclopet. cruris sin. Ранен 18 июля	Amputatio cruris с двумя кожными лоскут. в средней 1/3 голени 20 июля	Д-р Ласковский	Выздоровел	Эластический бинт при операции. Без повязки последовательное лечение
4	Fract. complicata sclopet. brachii sin. gangraena. Ранен 18 июля. Белямиков Александр, рядовой Пензенского полка	Amputatio brachii sin. в верхней трети плеча. Круговое сечение. Распил прикрыт лоскутом надкостницы 22 июля	Автор	То же	Эластический бинт при операции. Без повязки последовательное лечение. Заживление культи почти per primam intentionem
5	Fractura complicata sclopetar. cruris. Gangraena. Ранен 18 июля	Amputatio femoris в нижней трети бедра. Круговое сечение 23 июля	Д-р Ласковский	Умер. Septicemia	
6	Fractura complicata sclopetar. brachii dextri. Gangraena. Ранен 18 июля	Exarticulatio extremit. super. dex. in articul. scapulonum. Способ овального сечения, 23 июля	Д-р Гродзинский	Умер. Septicemia	

7	Vulnus articulat. genu sin. penetrans. Ранен осколком гранаты 8 июля. Synovitis genu purulenta. Скряда Моисей, рядовой Костромского полка	Resectio genu 23 июля. Полукруглое переднее сечение (Текстора). Отпилен весь сочленовный конец бедра на уровне сочленовного хряща, несмотря на раздробление только одного внутреннего мыщелка. Наложены 2 металлических костных шва	Автор	Умер 31 июля. Septicemia	Металлическая шина. Нога подвешена в косынке. Рана оставлена без перевязки. Повышение температуры на 3-й день до 38,5° С. Ночью в бреду сорвал повязку и согнул в колене оперированную конечность, причем разорваны были металлические костные швы
8	Vulnus manus sinistrae incisum. Ранен саблей 13 июля. Левой рукой прикрывался от удара, направленного в голову. Рассечена до половины ладонь, на 1½ пальца в периферии от гороховидной косточки. Gangraena всех пальцев руки, за исключением большого. Полковник Лукашевич, командир батареи	Amputatio antibrachii sin. в нижней трети круговым сечением с образованием двух кожных лоскутов. Отделение надкостницы. Операция 21 июля	Автор	Выздоровел	Шов на рану. Дренажные трубки. Рана оставлена без повязки в течение 2 недель; позднее перевязка простая
9	Vulnus artic. tibiotarsalis sin. sclopet. penetrans. Входное отверстие ниже внутренней лодыжки, выходное отверстие по середине передней половины сустава. Talus и calcaneus размозжены. Ранен 18 июля. Г. Патчин, офицер Галицкого полка	Amput. cruris sin. osteoplastica Пирогова 21 июля. Позднее в сентябре месяце сделана операция по способу Симса	То же	То же	Простая перевязка раны после сшивания ее шелковым швом. Шина. В конце сентября нашел в г. Патчина в городской больнице в Одессе: переложенный лоскут из пятки отстал и гноился. Кусок размягченной пяточной кости торчал из лоскута (ostitis); он был тут же извлечен

Продолжение

№ п/п	Ранение	Операция	Оператор	Исход	Замечания
10	Vulnus artic. tibio-tarsalis dextri sclopet. penetrans. Входное отверстие на уровне внутренней лодыжки. Ранен 18 июля. Гнойное воспаление сустава при сильных болях и при лихорадке высокого напряжения (39,5°). Навроцкий, поручик Козловского полка, 23 лет	Resectio articuli tibio-tarsalis d. Отпилено по 6 см от каждой кости; боковые поверхн. бабки представлялись негладкими, шероховатыми; они были выскоблены. Операция сделана 30 июля	То же	То же	Гипсовая повязка. При операции не найдена была пуля в массе инфильтрированных тканей; она извлечена была 13 или 14 августа
11	Vulnus articuli tibio-tarsalis d. sclopetar. penetrans. Входное отверстие на 1½ поперечных пальца сзади внутренней лодыжки, выходное спереди по середине сочленения. Ранен 18 июля. Synovitis purulenta. Матусевич, поручик Серпуховского полка, 25 лет	Resectio articuli tibio-tarsalis d. Отпилено 5 см fibulae и около 10 см раздробленной tibiae. Операция 30 июля	То же	То же	Гипсовая повязка непосредственно после операции; подвешивание конечности в коленке. Простая перевязка раны. В конце сентября месяца лежал в Бухаресте
12	Vulnus genu sin. sclopetar. penetrans. Ранен 18 июля	Amput. femoris sin. в нижней трети бедра с кожными лоскутами (способ Тиля). 1 августа	Д-р Морозов	Умер 7 августа. Septicemia	
13	Vulnus artic. tibio-tarsalis d. sclopet. penetrans. Ранен 18 июля	Amput. cruris osteoplastica Пирогова 2 августа	То же	Выздоровел	

14	Vulnus genu d. sclopetar. penetrans. Gangraena cruris. Ранен 8 июля	Amput. femoris d. в нижней трети бедра с кожным лоскутом (способ Тиля) 26 июля	Д-р Колодезников	Умер через 18 часов. Septicemia	
15	Vulnus artic. tibio-tarsalis sin. sclopetar. penetrans. Ранен 18 июля	Amput. cruris osteoplastica Ле-Фора 28 июля	То же	Выздоровел	Пяточный лоскут омертвел и получилась простая ампутация голени в нижней ее трети
16	Vulnus artic. tibio-tarsalis sin. sclopetar. penetrans. Ранен 19 июля	Amput. cruris osteoplastica Пирогова 3 августа	То же	То же	22 августа лихорадка, темп. 40,5° С. Гнойные затеки по направлению musc. peroneorum
17	Vulnus genu sin. sclopetar. penetrans. Synovitis purulenta genu. Ранен 18 июля. Входное отверстие над внутренним мыщелком бедра. Сведение конечности в колене до угла в 100°. Маслов, рядовой Пензенского полка	Amput. femoris Гритти 4 августа. Коленная чашка пришита была к окружности распила бедра четырьмя струнными нитями, пропущенными через надкостницу	Автор	Умер 6 августа. Septicemia	Сделано было поперечное сечение спереди для выпиливания коленного сустава (resectio), но найдено сильное раздробление tibiae, вследствие чего предпринята была ампутация
18	Vulnus articuli genu d. sclopetar. penetrans. Раздробление наружного мыщелка бедра. Synovitis purulenta. Ранен 3 июля. Дегтярев Захар, рядовой Галицкого полка	Resectio artic. genu d. Поперечное полулунное сечение спереди (Текстор). Отпилены сочленовный конец бедра и сочленовная поверхность голени. Операция 28 июля	Автор	Умер 6 августа при явлении изнурительного поноса	Дренажные трубки в ране. Металлическая шина для конечности. Рана оставлена без перевязки
19	Vulnus articuli tibio-tarsalis sclop. penetrans. Ранен 18 июля	Amput. cruris osteoplastica Пирогова 31 июля	Д-р Добужинский	Умер	Пяточный лоскут омертвел. Phlegmone cruris. На 5-й день после первой операции сделана была amput. femoris Gritti

Продолжение

№ п/п	Ранение	Операция	Оператор	Исход	Замечания
20	Vulnus articul. summi humeri sin. sclopetar. penetrans. Fractura complicata sclopet. brachii d. в средней трети. Входное отверстие на уровне большого бугра плечевой кости, выходное — на уровне ости левой лопатки. Ранен 15 июня. Лопатин Семен, матрос гвардейского экипажа	Resectio articuli summi humeri sinistri. Передний продольный разрез. Операция сделана 26 июля. Отпилено 7 см brachii и весь плечевой отросток (acromion)	Автор	Умер 4 августа при явлении изнурительного поноса	
21	Vulnus genu d. sclopetarium penetrans. Ранен 18 июля	Amput. femoris d. в нижней трети. Круговое сечение. Операция сделана 1 августа	Д-р Лазарев	Умер 5 августа. Septicemia	
22	Vulnus articul. tibio-tarsalis d. sclopetar. penetrans. Ранен 18 июля	Amput. cruris d. osteoplast. Пирогова 6 августа	Д-р Кузьмин	Выздоровел	
23	Vulnus articul. cubiti sinistri sclopetar. penetrans. Ранен 18 июля	Resectio artic. cubiti sin. partialis (отпилены конец brachii и конец ulnae). Операция сделана 9 августа	То же	?	
24	Vulnus articulat. cubiti sin. sclop. penetrans. Ранен 19 июля	Resectio articul. cubiti sinistri totalis 6 августа	Д-р Ланевский	Выздоровел 21 августа, переведен в военно-временный госпиталь № 47	

25	Vulnus articulat. cubiti sin. sclop. penetrans. Ранен?	Resectio cubiti sin. partialis 10 августа	Д-р Гродзинский	Умер 21 августа. Septicemia	Отпилен был сочленовный конец brachii; выскоблена сочленовная поверхность ulnae
26	Vulnus articulat. cubiti d. sclopet. penetrans. Ранен 18 июля под Плевной. Входное отверстие на уровне epitrochleae, выходное—близ середины локтевого сгиба. Обильное нагноение; сильная лихорадка. Огарков, рядовой Пензенского полка	Resectio cubiti partialis. Продольный разрез Лангенбека. Операция сделана 4 августа	Автор	?	Отпилено 7½ см brachii и 7½ см ulnae
27	Vulnus articulat. carporadialis sin. sclopetar. penetrans. Ранен 18 июля под Плевной. Входное отверстие на ладонной поверхности локтевого края близ шиловидного отростка; выходное — на тыльной поверхности периферического конца radii. Раздробление периферического конца radii и первого ряда костей запястья. Phlegmone вокруг ран и обильное нагноение. Васильев Алексей, рядовой Рыльского полка	Resectio artic. carporadialis sin. 4 августа. Продольный тыльный разрез: отпилено около 10 см лучевой и 8 см локтевой кости. Удалены ладьевидная и полулунная косточки	То же	?	

Продолжение

№ п/п	Ранение	Операция	Оператор	Исход	Замечания
28	Vulnus articuli summi humeri sin. sclopetar. penetrans. Ранен 3 июля под Плевной. Входное отверстие на 1 поперечный палец кнаружи от левого края грудины, на уровне II ребра; выходное—на наружной поверхности верхнего левого плеча на 3 поперечных пальца ниже плечевой верхушки (acromion). Обильное нагноение. Макуха Гавриил, 25 лет, рядовой Вологодского полка	Resectio summi humeri sin. 31 июля. Отпилен кусок плечевой кости в 13 см	То же	?	Непосредственно перед операцией произведено было исследование пальцем: найдено сильное раздробление головки плеча. Весьма трудно было освободить из раны куски головки плеча и бугорков его
29	Vulnus pedis sinistri sclopetar. perforans; fractura complic. ossium metatarsi et digitorum. Ранен 18 июля. Сквозная рана между 1 и 2 предплюснов. кк. Gangraena. Подпалов Степан, рядовой Галицкого полка	Exarticulatio pedis sin. tarsometatarsea (Лисфранка) 28 июля	Автор	Выздоровление	В большом подошвенном лоскуте оставлено пулевое отверстие. Последовательное лечение без повязки
30	Vulnus articulati cubiti sin. sclopet. penetrans. Ранен 8 июля под Плевной. Входное отверстие ниже локтевого отростка, выход-	Resectio cubiti sinistri, т. е. расширены пулевые отверстия и извлечены осколки из полости сустава. Операция сделана 12 августа	То же	То же	Лихорадка прекратилась после операции непосредств. 21 августа переведен в госпит. № 47

	ное — сзади нижнего конуса humeri. Нагноение в полости локтевого сочленения; много осколков. Маковский, рядовой Архангелогородского полка				
31	Vulnus articulat. tibio-tarsalis dextri sclopet. penetrans; fract. cruris d. Ранен 18 июля	Amputatio cruris d. в средней трети. Круговое сечение с образованием двух кожных лоскутов 12 августа	Д-р Альбицкий	Умер	
32	Vulnus articulat. tibio-tarsalis sin. sclopet. penetrans. Gangraena. Ранен 19 июля	Amput. cruris sin. на границе нижней и средней трети. Круговое сечение с образованием двух кожных лоскутов. Операция 16 августа	То же	?	
33	Vulnus articulat. genu sin. sclopet. penetrans. Phlegmone cruris. Ранен 19 июля	Amputatio femoris sin. в средней трети бедра. Круговое сечение. Операция сделана 15 августа	Д-р Ланевский	Выздоровление	21 августа переведен в госпиталь № 47
34	Vulnus articulat. genu dextri sclopetarium penetrans. Ранен 8 июля	Resectio genu dextri 8 августа	Д-р Морозов	Умер. Septhaemia	
35	Vulnus articulationis cubiti sin. sclopet. penetrans. Ранен 19 июля. Входное отверстие на уровне epitrochleae, выходное—на 1½ поперечных пальца кнутри	Resectio cubiti sinistri partialis; операция сделана 8 августа. Продольный разрез Лангенбека	Автор	Умер	Отпилен нижний конец плеча в 10 см длины; из полости сочленения удалено много осколков (раздробленных мыщелков плеча)

Продолжение

№ п/п	Ранение	Операция	Оператор	Исход	Замечания
	от локтевого отростка, на уровне его основания. Раздроблен сочленовный конец плеча; сильная лихорадка. Юрчук Митрофан, рядовой Севского полка				
36	Vulnus sclopet. antibrachii dextri; fractura utriusque ossis antibrachii в средней трети. Ранен 30 июня близ речки Белой. Четыре раза обнаруживалось артериальное кровотечение; сильная анемия. Чеботарь, рядовой уланского Вознесенского полка	Ligatura arteriae brachialis d. в средней трети плеча 23 июля	Автор	Умер 25 июля	25 июля обнаружилось в огнестрельной ране артериальное кровотечение; смерть
37	Vulnus articul. cubiti dextri sclopetar. penetrans. Ранен 3 июля. Раздробление epicondyli, eminentiae capitatae et capituli radii. Весьма обильное нагноение; сильная лихорадка. Кирилов, фельдфебель Козловского полка	Resectio cubiti dextri partialis 23 июля	То же	Выздоровление	Отпилены нижний конец brachii в 7 см длины и головка radii

38	Vulnus articulat. carporadialis dextri sclopetar. penetrans. Ранен 8 июля под Плевной. Входное отверстие над шиловидным отростком луча, выходное — над шиловидным отростком локтя. Байправ, рядовой Архангелогородского полка	Resectio artic. carpo-radialis dextri 24 июля	То же	Умер 28 июля. Dysenteria	Отпилены были сочленовные концы radii et ulnae; удалены: os naviculare, lunatum и половина ossis triquetri
39	Vulnus articulat. cubiti dextri sclopet. penetrans. Ранен 19 июля. Входное отверстие на 2 поперечных пальца выше конца локтевого отростка. Нагноение в полости сустава. Инфильтрат тканей близ наружного мыщелка. Кравченко, стрелок 15 стрелкового батальона	Resectio cubiti dextri (sequestrotomia), т. е. расширено отверстие и извлечена пуля с осколками костей	То же	Выздоровление	Пуля Мартини, раздробив нижний сочленовный конец плеча, засела между осколками

Итак, от 20 июля до 13 августа в 63-м госпитале было сделано больших операций 39; из них выздоровлением окончилось 16, смертью — 18, исход остался неизвестным в 5 случаях. Для более удобного обозрения все операции представлены в следующем виде:

	Верхняя треть	Средняя треть	Нижняя треть	Всех	Выздоровевших	Умерших	?
Amputatio brachii	2	—	—	2	1	1	—
» antibrachii	—	—	1	1	1	—	—
» femoris	—	1	4	5	1	4	—
» femor. Gritti	—	—	—	1	—	1	—
» cruris	—	3	—	3	1	1	1
» osteopl. cruris Пирогова	—	—	—	5	4	1	—
» Ле Фора	—	—	—	1	1	—	—
Resectio articul. summi							
» » humeri	—	—	—	2	—	1	1
» » cubiti	—	—	—	8	4	2	2
» » carpo-radialis	—	—	—	2	—	1	1
» » genu	—	—	—	3	—	3	—
» » tibio-tarsalis	—	—	—	2	2	—	—
» » ossium metacarpi	—	—	—	1	—	1	—
Exarticulatio humeri							
» pedis	—	—	—	1	—	1	—
» Лисфранка	—	—	—	1	1	—	—
Ligat. arter. brachialis в ср. 1/3	—	—		1	—	1	—
Всего				39		39	

Под вопросом отмечены случаи, исход которых остался неизвестным. Умерло 18. Умирали при явлениях гнилостного заражения; только один из оперированных умер от столбняка (№ 1) и один умер от кровавого поноса (№ 38). За весь описываемый период наблюдалось в 63-м госпитале 8 случаев столбняка; все окончились смертью.

13 августа 1877 г. вместе с ассистентами отправился я на Шипку по приказанию, полученному из главной квартиры. Мы прибыли в Габрово 15 августа в 8 часов. Габрово лежит у подножья подъема на гору Св. Николая, на которой в описываемое время происходил в течение уже нескольких дней ожесточенный бой, продолжавшийся еще беспрерывно, о чем свидетельствовали раскаты пушечных выстрелов. На окраине города в здании гимназии устроен был главный перевязочный пункт средствами одной 14-й пехотной дивизии. Все залы двухэтажного здания гимназии и коридоры наполнены были ранеными; на заднем просторном дворе лежали также раненые, для которых устроены были навесы из брезентов. В день приезда нашего находилось в Габрове около 700 человек раненых, включая сюда и раненых, находившихся в особом отделении монастыря. Раненых подвозили постоянно.

Оставаться в Габрове они не могли: здесь был перевязочный и сортировочный пункт, с которого все раненые должны были быть отправлены в военно-временные госпитали Трнова и далее. Задача эта скоро выяснилась. Бой на Шипке составляет самое блестящее дело в истории последней турецкой войны: он стоил нам громадных жертв, — мы имели около 2 500 раненых. Все они прошли чрез Габрово, в котором находился один только лазарет 14-й пехотной дивизии. Но и деятельность санитарного персонала поистине выше всех похвал: она достойна героев, павших жертвами славного шипкинского боя. Успехом санитарной деятельности в Габрове мы обязаны энергии и самоотвержению двух почтеннейших деятелей — корпусного врача А. Ю. Каракина и Н. В. Глебова.

Итак, задача наша в Габрове состояла в том, чтобы транспортировать всех раненых в ближайшие госпитали, оказав необходимое пособие тем, которые в нем нуждались непосредственно. Впереди здания гимназии, со стороны улицы, раскинута была палатка, в которой помещались только оперированные; все же остальные раненые помещались или внутри здания, или во дворе под навесом в ожидании очереди транспорта. После плевненского боя 18 июля мы имели возможность убедиться в пагубном влиянии неудобного транспорта на раненых, особенно на оперированных. Ввиду этого мы задались мыслью сортировать всех раненых и пускать в транспорт только ранения мягких частей с простыми повязками; все случаи с переломами конечностей и с проникающими ранами сочленений пускались в транспорт только после наложения неподвижных гипсовых повязок. Оперированных мы предполагали оставить на некоторое время в габровском лазарете, по крайней мере до тех пор, пока минует период первых воспалительных явлений в ранах. К последней категории причислялись и проникающие раны больших полостей тела, т. е. черепной, грудной и брюшной.

План деятельности был определен. Перевозочные наши средства состояли из крестьянских телег, в которые впрягались волы или буйволы; нельзя сказать, чтобы на этих телегах чувствовали себя хорошо раненые, особенно если принять во внимание, что горная дорога была в плохом состоянии, и не всегда можно было добывать достаточное количество сена и соломы для подстилки в телегах. Эти побочные обстоятельства побудили еще строже отнестись к наложению неподвижных повязок всем, которые в них нуждались. В течение 5 суток, от 15 до 20 августа, наложено было в Габрове около 170 гипсовых повязок, из которых около 50 гипсовых повязок, наложенных в виде штанов на нижние конечности, 40 — на голень и около 80 гипсовых повязок наложено было на верхние конечности. При сложных переломах бедра, при прони-

кающих огнестрельных ранах коленного и тазобедреных сочленений гипсовая повязка накладывалась в виде штанов с поясом вокруг таза и с включением в повязку и противоположного здорового бедра; где нужно было фиксировать абсолютно тазобедренное сочленение, например, при проникающих ранах сочленения с раздроблением головки и шейки бедра, там накладывались гипсовые штаны со включением всего бедра и колена противоположной здоровой стороны. Накладывание такой повязки нелегко, требует многих рук; немного облегчается дело прилаживанием снаряда Эсмарха. Одному из младших ординаторов, г. Модестову, принадлежит счастливая мысль упрощения и чрезвычайного облегчения при накладывании гипсовой повязки на нижние конечности и преимущественно при накладывании гипсовых штанов. Он поступает следующим образом: установив на земле или между двумя лавками обыкновенную лазаретную носилку на ножках, он стягивает холст ее до половины; верхняя половина тела раненого лежит на носилках так, что край сдвинутого холста приходится на крестце больного; протягиваются поперек два бинта, один на уровне подколенных впадин, другой на уровне пяток. Бинты дают точку опоры нижним конечностям. Больной лежит покойно и может выдержать такое положение в течение получаса и более. Если нет надобности производить вытягивание переломленной конечности, то всю повязку может наложить одно лицо. По простоте своей и по удобству применения этот способ накладывания гипсовой повязки на нижние конечности заслуживает полного внимания; он может быть поставлен наряду с лучшими (к несчастью, весьма сложными) предложениями, которые были делаемы до сих пор. Способ этот драгоценен, наконец, и потому, что не требует никаких особых приспособлений и заготовлений в военное время.

Много гипсовых повязок наложено было и на верхние конечности. Очень часто употреблялась гипсовая коробка при переломах в верхней трети плеча, при проникающих ранах верхне-плечевого сочленения и при обширных ранениях в области верхнего плеча и лопатки. Накладывалась она следующим образом: при проникающей ране, положим, верхне-плечевого левого сочленения подвязывалась под согнутую в локте конечность треугольная косынка, концы которой завязывались на шее; небольшая продолговатая ватная подушечка разъединяла плечо от туловища; несколько круговых оборотов бинта на уровне локтя и нижней трети плеча прикрепляли конечность к туловищу. Если ранение в верхне-плечевой области обширно, то проводится косвенно бинт Вельпо, т. е. из-под локтя на противоположное, в данном случае правое, плечо; при небольшом ранении делается несколько восьмиобразных оборотов бинта чрез раненое плечо. Обороты бинта заливаются гипсом. Получается легкая, удобная и простая повязка; она с

удобством может быть накладываема и после выпиливания верхне-плечевого сочленения. При этой повязке удобно применяется способ открытого лечения ран (без повязки), удобно применяется и листеровская перевязка ран.

В это время сделано было в Габрове 14 больших операций. Эти операции не были первичные в строгом смысле. Раненые на горе Св. Николая оставались на передовом перевязочном пункте в течение двух, иногда трех дней и привозились в Габрово только тогда, когда это становилось возможным; обыкновенно спускали с горы раненых по ночам, чтобы неприятель не замечал транспорта. Вот перечень этих операций.

Операция	Верхняя треть	Средняя треть	Нижняя треть	Всех	Выздоровело	Умерших	?
Amputatio brachii	—	1		1	—	1	—
Exarticulatio manus	—	—	—	1	1	—	—
Amputatio femoris	—	2	—	2	—	2	—
» femoris Gritti			—	1	—	1	—
» cruris osteopl. Пирогова	—	—	—	1	1	—	—
Resectio articulationis genu . . .	—	—	—	5	1	4	—
Ligatura arter. femoralis	—	—	—	2	—	1	1
» » tibialis posticae . .	—	—	—	1	—	—	1
Всего . . .				14		14	

Дважды были сделаны перевязки бедренной артерии в ране после ампутации бедра в средней трети. Эти ампутации были сделаны первично на передовом перевязочном пункте на горе. Раненые доставлены были в Габрово, и на третий день после операции обнаружилось у них кровотечение из бедренной артерии вследствие спадения петли с сосуда. В обоих случаях были сделаны перевязки шелковой нитью, один конец которой был коротко отрезан, другой выпущен из раны и приклеен был ленточкой липкого пластыря к коже. Третий случай кровотечения обнаружился из задней левой большеберцовой артерии (art. tibialis postica) в самой ране на пятый день после ранения. Рана, находившаяся на 5 поперечных пальцев выше внутренней лодыжки, была окружена гнойным воспалением клетчатки. Рана была расширена, перевязаны были струнной нитью оба конца перебитой артерии. Мне не приходилось наблюдать последовательного кровотечения после перевязки больших артериальных стволов струнной нитью. Мы всегда отрезаем нарочно оба конца струнной нити и зашиваем рану. Но памятен мне один случай, где показалось последова-

тельное кровотечение из-под петли струнной нити, которой была перевязана arteria subclavia под ключицей. Это было в 63-м военно-временном госпитале. Хирург, оперировавший этого раненого, положил на обнаженную подключичную артерию толстую струнную нить, один конец ее отрезал, а другой длинно выпустил из раны, приклеив его пластырем к покровам. Перевязка артерии была сделана по причине последовательного кровотечения из подкрыльцовой артерии при огнестрельном ранении в области верхнеплечевого левого сочленения. Рана, из которой торчала размочаленная толстая струнная нить, сильно гноилась; гной выделялся жидкий, вонючий; на 6-й или 7-й день после операции обнаружилось артериальное кровотечение, вследствие которого больной погиб. Здесь хирург поступил накладывая струнную нить так, как поступают иногда при накладывании на артерию шелковой нити. Выпускание одного конца нити наружу после ампутации или при перевязке артерий на продолжении очень неудобно вообще, особенно в военное время, когда трудно организовать строгий надзор за каждым оперированным, а еще труднее подчас устранить влияние случайностей, при которых может быть сдвинута или совсем выдернута торчащая нить. В военно-полевой практике следует отрезывать оба конца нити, которой перевязан кровоточащий сосуд; это относится только к шелковой нити. Само собой понятно, что при употреблении струнной нити это должно быть поставлено непременным условием.

20 августа я выехал из Габрова. В Габрове остался один из моих ассистентов, которому поручено было перевезти оперированных больных в ближайший (трновский) госпиталь чрез несколько дней, когда состояние ран дозволит предпринять транспорт без вреда для раненых. В главной квартире я получил предложение отправиться снова под Плевну — предстояло третье плевенское побоище. Отправляясь под Плевну, я получил от полевого военно-медицинского инспектора словесную инструкцию приблизительно следующего содержания: в 20 верстах от Плевны, близ Булгарени, предположено было устроить главный сортировочный пункт; он должен был быть заложен по сю сторону (противоположную от Плевны) реки Осмы за мостом; чрез главный сортировочный пункт должны были пройти все раненые в ожидаемом деле под Плевной. Предложив мне быть консультатом этого главного сортировочного пункта, полевой военно-медицинский инспектор заявил, что сортирование раненых должно быть произведено медицинскими силами одного 63-го военно-временного госпиталя.

22 августа ночью мы прибыли в долину Булгарени и переночевали в палатке врача при слабосильной команде, расположившейся вечером среди долины. Долина Булгарени нам была знакома со времени дела 18 июля. Она представляет площадь более чем в 2 квадратные версты, окруженную со всех сторон

холмистыми возвышенностями. Осма окаймляет долину с юго-западной стороны и во время весеннего полноводия заливает всю низменность, на которой образуются стоячие воды и топкие места, не высыхающие, вероятно, в течение всего лета. На другой день утром, обозрев всю местность, мы решили разбить 63-й госпиталь на возвышенности, замыкавшей долину с севера, близ болгарской деревни Дервишко-сéло. Благодаря энергии и неутомимой деятельности главного врача 63-го военно-временного госпиталя А. Н. Аменицкого, не далее, как через день, 27 палаток нашего госпиталя красовалось на указанном месте; палатки были разбиты в два ряда, параллельно окраине возвышенности. Госпиталь стоял готовый для принятия раненых, первый транспорт которых прибыл 27 августа в 11 часов ночи. В транспорте находилось 32 раненых, почти исключительно артиллерийскими снарядами; между ними было 6 ампутированных первично на передовых перевязочных пунктах. Раненых подвозили ежедневно, а с 31 августа, после общей атаки 30 числа, раненых подвозили уже беспрерывно днем и ночью. Переполнение госпиталя было страшное, а сил врачебных мало, недостаточно. За этот период времени, до 4 сентября, прошли чрез 63-й военно-временный госпиталь около $9^1/_2$ тысяч раненых. В другом месте я изложил приемы, которыми мы руководились при сортировании раненых («Медицинский вестник», №№ 41 и 42, 1877 г.), здесь прибавлю только, что, исключительно благодаря этим приемам, при средствах одного госпиталя, при 15 врачах, включая в число их и главного врача госпиталя, возможно было сортировать это громадное число раненых. Очевидно, что средствам одного госпиталя такая работа не по силам; нужно было бы заложить на главном сортировочном пункте в Булгарени по крайней мере 3 военно-временные госпиталя; тогда возможно было бы избегнуть тех погрешностей, которые неизбежно вытекали из нашего весьма затруднительного положения.

Если вместо одного госпиталя заложено здесь было бы три, легче было бы кормить всю эту массу людей, прибывших изнуренными, усталыми, голодными; многие из них только за четыре дня до прибытия в госпиталь употребляли горячую пищу. Бывали дни, в которые находилось от трех до четырех тысяч раненых в госпитале; бóльшая часть из них лежали на земле вокруг палаток. Средствами одного госпиталя невозможно было накормить такое количество людей. Нам помогло Общество Красного Креста, имевшее здесь свой питательный пункт.

Но для того, чтобы накормить всех раненых, сортировать их и оказать по возможности пособие, необходимо было иметь рабочие силы. Наличный состав госпитальной прислуги поубавился от болезней; оставшиеся люди были изнурены работой. Это обстоятельство было предвидено, на него было указано

еще до устройства главного сортировочного пункта в Булгарени. Но, видно, помочь было не чем. Остановились на том, чтобы взять людей из слабосильной команды и употребить их как госпитальную прислугу. Эти едва оправившиеся после болезни люди, для госпитальной службы неподготовленные, составляли плохой контингент, — мало от них было пользы. А в какой мере важно иметь рабочие руки в таких затруднительных положениях, это оценит всякий, бывший на главном перевязочном пункте после большого сражения. У нас есть резерв врачей при главной квартире действующей армии: отсюда командируют врачей, смотря по указанию обстоятельств, на разные пункты театра действий. Такое учреждение целесообразно, и оно может принести огромную пользу в руках администратора, поставленного в возможность действовать самостоятельно. Мне сдается, что образование летучих (подвижных) отрядов прислуги, т. е. санитаров низшего порядка, могло бы принести большую пользу, если бы дело это организовать на прочных началах. Такие отряды могли бы формироваться благотворительными обществами, Обществом Красного Креста и, отдаваемые в полное распоряжение военного ведомства, могли бы распределяться по военно-временным госпиталям соответственно случайно развивающимся потребностям.

5 сентября я выехал из 63-го военно-временного госпиталя и направился в Свищов в качестве консультанта 50-го военно-временного госпиталя, который к этому времени успели кое-как организовать; скопление раненых было громадное.

50-й госпиталь лежал на пути транспорта раненых из-под Плевны. Много раз был описан Свищов. Это бойкий торговый город на правом, высоком берегу Дуная. Грязный, как все турецкие города, он представлял смешанное население и непосредственно после перехода через Дунай наших войск оказался наполовину пустым: все турецкое население города бежало, захватив кое-что из имущества; брошенные турецкие дома были разорены. Лучшие из этих разоренных домов были заняты под госпиталь. Таким образом, госпиталь оказался состоящим из множества отдельных домов, представлял своеобразную павильонную систему палат. Это помещение имело, без сомнения, огромные выгоды, и в гигиеническом отношении оно стояло выше, чем все казармы, больницы, конюшни и другие огромные помещения, отводимые иногда под госпиталь. Нужно заметить, что турецкие отхожие места при незатейливом своем устройстве не составляют источника заразы благодаря тому, что для них вырываются весьма глубокие ямы. Этим достигалась еще одна из гигиенических выгод, которой мы не должны были пренебрегать при выборе домов. Но громадных усилий стоила очистка этих забытых и разоренных домов, которые превращены были в склады всяких гниющих нечистот! Сначала не обращено было достаточно внимания на чистоту и

опрятность, складывали раненых, торопились выиграть побольше мест и забыли о самом существенном условии этих помещений — об удовлетворительной гигиенической обстановке. Проф. Морковников (из Москвы), взявший на себя тяжелый труд очистки Свищевских улиц и госпитальных наших домов, работал поистине неутомимо; но труды его парализовались теми безвыходными условиями, в которые он был поставлен. В своем отчете, напечатанном в журнале «Здоровье», профессор описал все препятствия, с которыми приходилось ему вести борьбу чуть ли не ежедневно. Указанные преимущества расположения 50-го госпиталя в отдельных долинах не могли проявляться особенно благотворно ввиду целого ряда тех обстоятельств, на которые мы уже отчасти указывали выше. Мы не имели достаточно врачебных сил для ухода за больными и ранеными, разбросанными чуть ли не по всему городу; при этом госпиталь, устроенный на 630 мест, вмещал постоянно от 1 500 до 2 500 раненых и больных. Так было в то время, когда я приехал в Свищов в начале сентября после третьего плевненского побоища. Недостаток прислуги и неудовлетворительные качества ее тоже немало затрудняли правильный уход за больными. Разбросанность госпиталя затрудняла администрацию, которая ко всему еще терялась в хаосе регламентации. Дома были разорены. Все сознавали необходимость исправления их, вставления окон, дверей, починки печей; ясно было, что предстояла насущная потребность готовиться к зиме. Хлопотали, писали бумаги, вызывали подрядчиков на торги, а дело все-таки не подвигалось. Уехал я из Свищова в конце сентября, оставив госпитальные наши помещения в таком же печальном виде, в каком застал я их в первый день своего приезда, т. е. все также красовались они без дверей и окон, с ободранными полами и пробитыми печами. Впрочем, санитарное состояние госпиталя в этот период времени было недурно, что зависело прямо от времени года; выбитые окна и двери открывали пути для естественной вентиляции, совершавшейся беспрерывно днем и ночью. Но уже в это время, в сентябре, выпадали холодные дни, в которые больные и раненые страдали от холода.

Мы заметили уже, что Свищов лежал на пути транспорта раненых. Он представлял обширную перевязочную станцию у единственного моста чрез Дунай, — сюда направлялись раненые и больные не только из-под Плевны, но и из Трнова и других госпиталей, лежавших к югу. Врачи 50-го госпиталя завалены были работой, ежедневно принимали и отправляли транспорты.

В заключение привожу несколько случаев операций, произведенных за это время в 50-го госпитале и имеющих казуистический интерес. Они послужат материалом для дальнейших работ.

Продолжение

№ п/п	Ранение	Операция	Оператор	Исход	Замечания
40	Fractura brachii sinistri sclopetaria. Ранен 5 июля. Входное отверстие у наружного края musc. bicipitis brach. sin. в средней трети; выходное—на 2 поперечных пальца ниже дна крыльцовой впадины и на 1½ поперечных пальца кзади от сосудов. В момент ранения сильное колотье в левой ладони; колотье не прекращается до сих пор. Пулевые отверстия превратились в свищи, чрез которые ощущаются секвестры в глубине, в середине костной мозоли. Семятин Иван, рядовой Орловского полка	Sequestrotomia 6 сентября. Наружное свищевое отверстие расширено на 8 см; обнажена клоака и удалены секвестры. Мозоль сломалась во время операции. Операция была предпринята в том предположении, что допускалось ущемление нерва, вероятно, серединного	Автор	Выздоровление последовало чрез два месяца после операции	В момент ранения почувствовалось колотье в левой ладони; скоро затем обнаружились hyperaesthesia всего тела: покалывание в какой-либо части тела вызывало усиление колотья в ладони и тягостное ощущение вообще. Больной умолял, чтобы не прикасались к нему сухими руками; перед ним всегда стояла чашка с водой, которой он смачивал беспрерывно свои руки, желая браться за какие-нибудь предметы или желая прикоснуться к какой-нибудь части своего тела. Ноги его были обернуты мокрыми кусками ветоши. Страдания не прекращались ни днем, ни ночью со дня ранения. Тотчас после операции больной мог переносить безболезненно прикосновение к телу, но уже чрез двое суток вернулась прежняя картина hyperaesthesiae. Восприятие впечатлений при помощи

					других специальных органов чувств ожесточало страдания больного; сильный шум, музыка, сильный свет — все это ожесточало колотье в ладони, по словам больного
41	Vulnus articulat. tibio-tarsalis sin. sclopetar. penetrans. Ранен 31 августа. Входное отверстие на высоте ладьевидной кости, по середине между обеими лодыжками, выходное над оконечностью внутренней лодыжки. Матвеев Семен, Суздальского полка рядовой	Resectio articul. tibio-tarsalis sin. 8 сентября	То же	?	Отпилено по 5 см от каждой из костей голени; после отпиления внутренней лодыжки замечена трещина in tibia, шедшая кверху; трещина в кости оставлена
42	Vulnus genu sin. sclopetarium penetrans. synovitis genu purulenta. Ранен 1 сентября. Входное отверстие у нижней части внутреннего края patellae. Клячень Петр, Вологодского полка рядовой	Amputatio femoris sin. в нижней трети. Передний кожный лоскут. Операция сделана 10 сентября	То же	Умер. Septhaemia	Предполагалось сделать выпиливание коленного сустава. После вскрытия коленного сустава найдено, кроме раздробления мыщелков бедра, обширное раздробление верхнего конца большеберцовой кости. Немедленно была сделана ампутация бедра
43	Vulnus sclopetarium regionis inguinalis sin. Aneurysma arteriae femoralis traumaticum. Ранен 27 августа. Входное отверстие близ бе-	Ligatura arteriae femoralis sub. ligam. Pupartii. 11 сентября	То же	То же. Anaemia	Сечение было сделано непосредственно над пупартовой связкой, параллельно ей; нельзя было отыскать артерию по причине силь-

Продолжение

№ п/п	Ранение	Операция	Оператор	Исход	Замечания
	лой линии слева, на 2 поперечных пальца выше лона, выходное сзади верхушки левого большого вертела. На месте входного отверстия бьющаяся опухоль в кулак величиной. 8 и 9 сентября артериальное кровотечение, повторившееся и 11 сентября. Кабанов Иоаким, Тамбовского полка рядовой				ного изменения в тканях. К первому разрезу прибавлен перпендикулярный, рассекший пупартову связку: на дне раны найдена перебитая бедренная артерия; оба конца ее зияли широко и соединялись еще мостиком из задней стенки артерии толщиной в 3 мм
44	Fractura femoris dextri sclopetaria complic. на границе средней и нижней трети бедра. Ранен 18 июля. Легкое искривление бедра кнаружи. Очень объемистая мозоль. Весьма обильное истощающее нагноение чрез заднее пулевое отверстие; переднее отверстие зарубцевалось. Тютюченко Дементий, рядовой Рыльского полка	Sequestrotomia, 11 сентября. Рана расширена до 15 см; выдолблено большое отверстие мозоли и удалены центральные секвестры	Автор	?	Оба конца артерии перевязаны были толстой струной нитью
45	Vulnus ossium tarsi pedis dextr. sclopetarium perforans. Ранен 13 августа. Входное отверстие на 1½ попереч-	Resectio ossium tarsi pedis d. 14 сентября чрез расширение пулевых отверстий	То же	Выздоровление	Удалены были передняя часть бабки, верхняя поверхность передней части пяточной кости и почти вся кубовидная кость

	ных пальца впереди наружной лодыжки, выходное на 1 поперечный палец впереди внутренней лодыжки. Глинка Семен, рядовой Житомирского полка				
46	Fractura maxillae superioris dextrae sclopetaria. Ранен 28 августа. In fossa canina d. продолговатая рана в 3 см; сюда проник осколок гранаты, извлеченный на перевязочном пункте. Несколько раз обнаруживалось артериальное кровотечение; кровь истекала чрез рану, чрез рот и нос. Анемия в сильной степени. Какая артерия была ранена? Голумбовский Ив., рядовой Тамбовского полка	Ligatura art. carotidis d. communis в верхнем треугольнике шеи	То же	То же	Сонная артерия перевязана была толстой струнной нитью в двух местах на расстоянии 1½ см; между петлями была перерезана артерия
47	Vulnus articulat. summi humeri d. penetrans. Ранен 30 августа. Входное отверстие на 1½ поперечных пальца ниже ключицы и на 2½ поперечных пальца внутрь от наружного конца ее, выходное—на наружной поверхности верхне-плечевой области. Обильное нагноение. Брежнев Феодосий, рядовой Воронежского полка	Resectio articulat. summi humeri dextri. Передний продольный разрез	То же	?	Отсечен кусок плечевой кости в 6 см длины

Продолжение

№ п/п	Ранение	Операция	Оператор	Исход	Замечания
48	Vulnus regionis summi humeri sin. penetrans. Ранен 2 сентября. Входное отверстие на наружно-передней части левого верхнего плеча, выходное — у основного края лопатки на уровне VII спинного позвонка. Почти ежедневно артериальное кровотечение. Anaemia. Агатьев Степан, рядовой Подольского полка	Ligatura arter. subclaviae sinistrae над ключицей. 18 сентября	Автор	?	По причине значительного инфильтрата тканей подключичная артерия лежала весьма глубоко. Перевязана толстой струнной нитью
49	Fractura radii dextri sclopetaria complicata в верхней трети луча. Ранен 30 августа. Входное отверстие на 3 поперечных пальца ниже локтевого сгиба по середине, выходное — на 3 поперечных пальца ниже основания локтевого отростка. Повторное артериальное кровотечение. Ба́рон Иван, Воронежского полка рядовой	Ligatura art. brachialis dextrae в средней трети плеча	То же	Выздоровление	Arteria brachialis перевязана была струнной нитью в двух местах на пространстве $1^1/_2$ см; между петлями перерезана была артерия

Прибавляю к изложенному выше еще 10 операций, сделанных мной в период от 5 до 20 сентября в Свищове. Приходится подождать, пока весь собранный материал будет рассмотрен и приведен в порядок. Наконец, выводов нельзя сделать из этого ограниченного числа случаев. Для удобства обозрения мы приведем их в такой же таблице, в какую собраны были и прежние случаи.

Операция	Нижняя треть	Всех	Выздоровело	Умерло	?
Amputatio femoris	1	1	—	1	—
Resectio articulat. summi humeri . .	—	1	—	—	1
» » tibiotarsalis . . .	—	1	1	—	—
» ossium tarsi	—	1	1	—	—
Sequestrotomia (in callo)	—	2	1	—	1
Ligatura carotidis communis	—	1	1	—	—
» arteriae subclaviae	—	1	—	—	1
» » brachialis	—	1	1	—	—
» femoralis sub. ligam. Pupartii	—	1	—	1	—

Условия гигиенические были в это время еще благоприятны. Но с наступлением дождей и зимних непогод наступило время тяжких испытаний, и выгоды расположения 50-го госпиталя сделались источником бед непреодолимых. Не успели во время приготовиться!

ПРИМЕЧАНИЯ

[1] Вступительная лекция Н. В. Склифосовского, читанная в Московском университете 10/IX 1880 г. после избрания его на должность директора факультетской хирургической клиники Московского университета. Была напечатана в еженедельной медицинской газете «Врач» 25/IX 1880 г., № 39.

На лекцию собралось много студентов старших курсов, пришли послушать преподаватели и профессора медицинского факультета.

В первой части лекции Николай Васильевич говорил о большой роли, какую играет Московский университет в развитии отечественной медицинской науки, в частности, хирургии. Им были приведены имена воспитанников университета, оказавших большое влияние на развитие отечественной хирургии. Он особо подчеркнул значение в науке Н. И. Пирогова, Ф. И. Иноземцева, В. А. Басова.

Н. В. Склифосовский не прошел мимо важного факта — открытия памятника гениальному русскому поэту А. С. Пушкину, установленного в Москве в 1880 г. Свою лекцию он начал с оценки этого события: «В этом году мы праздновали торжество открытия памятника народному поэту, именем которого русская литература поднята до уровня литератур остальных культурных народов Европы. Русская литература и поэзия обязаны возрождением своим Пушкину, но силою гения своего Пушкин обнимал все стороны духа своего народа, и проникнутый глубокой к нему любовью, он предчувствовал и разгадывал действительные и насущные его нужды. „На поприще ума нам нельзя отступать", — сказал поэт.

Так думал поэт, так думала и плеяда пушкинских деятелей, принадлежавших одной из лучших пор научного движения в Московском университете».

Далее в лекции он указывает, что Московский университет «дал родине немало выдающихся людей на поприще всех знаний. В Московском университете получил свое медицинское образование великий современник — хирург Н. И. Пирогов».

Склифосовский характеризует роль Пирогова в медицинской науке следующим образом: «Значение Н. И. Пирогова как ученого принадлежит всему цивилизованному миру; а литературные произведения его останутся классическими. Не пришло еще время произнести полную критическую оценку значения маститого нашего хирурга; полагаем, однако же, что народ, в среде которого родился Пирогов, имеет право сказать: да, мы имеем своего знаменитого учителя хирургии, мы имеем Пирогова».

Высокую оценку научной и педагогической деятельности Склифосовский дает своему учителю Ф. И. Иноземцеву. Он указывает, что «это был учитель в высоком, идеальном значении этого слова. Как ученый он был верен своему призванию и убеждениям. Как профессор он обладал даром энергического слова и владел тайной пользоваться юностью, восприимчивостью и никогда не закрытыми для таланта симпатиями своих слушателей».

В лекции Склифосовский воздал должное своему предшественнику В. А. Басову, подробно остановившись на биографических данных и на

его роли в развитии хирургии и подготовке врачебных кадров: «34 года он отдал научной и педагогической деятельности Московскому университету». 34 выпуска студентов прошло через его аудиторию.

Вторая часть лекции была посвящена изложению программы работы хирургической клиники. Склифосовский высказал интересный взгляд на то, как должно строиться преподавание клинической хирургии и как для этого должен проводиться отбор больных.

Чрезвычайно трогательно провожали в Москву Склифосовского профессора, студенты и почитатели. На устроенном 1/VI 1880 г. в честь Николая Васильевича обеде много было сказано теплых и искренних слов Была объявлена подписка на учреждение премии Н. В. Склифосовского за лучшую работу по хирургии. Во всех петербургских газетах сообщалось об овации, устроенной студентами Медико-хирургической академии Н. В. Склифосовскому на его последней лекции перед отъездом в Московский университет. Н. В. Склифосовский выступил с ответной речью, в которой горячо благодарил студентов за их искреннюю любовь и внимание к своему учителю. Он призывал их быть правдивыми, честными врачами и общественными деятелями. Его речь, обращенная к студентам Медико-хирургической академии, была напечатана в газете «Врач» 17/IV 1880, № 16, стр. 275.

«Молодые друзья! Благодарю вас за внимание, с которым вы всегда относились к моему преподаванию; благодарю вас за сегодняшнее участие и прошу поверить, что сегодняшний день будет одним из лучших дней в моей жизни. После многих, долгих колебаний решился я принять приглашение Московского университета, и мне тяжело расстаться с этой клиникой: в течение десяти лет я сроднился с Медико-хирургической академией; мне не легко расстаться с вами. С точки зрения эгоистической, не говоря уже о материальных выгодах, мне следовало оставаться здесь. Но есть другие, высшие побуждения, которые и заставили принять известное решение; я не могу сочувствовать преобразованиям Медико-хирургической академии, да и Московскому университету обязан я своим образованием, своим развитием, оттуда вынес я те идеалы, которые постоянно были светочами на пути моей практической деятельности. Я не прекращаю педагогической деятельности, я переношу ее только в Москву, и прежде чем расстаться, прежде чем пожелать вам сердечного успеха, позвольте выразить надежду, что вы вспомните искренне любящего вас учителя и года через два-три, может, мне удастся встретить вас уже коллегами. Я надеюсь встретить в вас правдивых, честных, интеллигентных общественных деятелей. Прощайте... или, нет — лучше до свидания, господа!».

[2] Лекция, читанная в академической хирургической клинике 21/IX 1878 г., напечатана в «Медицинском вестнике» № 39, стр. 337—339 и № 40, стр. 345—347, 1878. Лекция посвящена актуальному для того времени вопросу — лечению гнойных ран. Большой авторитет Склифосовского и влияние его на окружающих врачей способствовали успешному внедрению нового антисептического метода лечения ран в России. В 70-х годах в России, как известно, активно начали применять антисептический метод: в Петербурге — Склифосовский и Рейер, в Москве — Костарев, в Казани — Левшин и Студенский, в Харькове — Грубе.

[3] Речь Н. В. Склифосовского на VIII съезде русских естествоиспытателей и врачей, посвященная нуждам врачебного образования в России. Перепечатана из журнала «Русская медицина», № 3, 1890, стр. 37—39.

[4] Речь об успехах хирургии под влиянием противогнилостного метода произнесена Н. В. Склифосовским на I съезде Московско-Петербургского общества врачей 26/XII 1885 г. (Дневник I съезда Московско-Петербургского общества врачей, 1886, 2, стр. 18—23).

[5] Воспоминания о Н. И. Пирогове на 108-м торжественном объединенном заседании Русского хирургического общества Пирогова и Санкт-Петербургского медицинского общества врачей 23/XI 1893 г. Напечатано в протоколе заседания с примечанием: «Профессор Н. В. Склифосовский обратился... к присутствующим с следующими приблизительно словами...» (далее следует текст воспоминаний). См. «Хирургический вестник», СПБ, февраль — март 1894, раздел «Протоколы Русского хирургического общества Пирогова», 1893—1894 гг., стр. 37.

[6] Богдановский, Валь, Грубе, Эйхвальд — профессоры хирургии Петербургской военно-медицинской академии.

[7] Речь на торжественном заседании Петербургского медицинского общества памяти Н. И. Пирогова в 1893 г.

[8] Приветственная речь председателя организационного комитета в день открытия XII международного съезда врачей в Москве 7/VIII 1897 г. Приветственная речь Н. В. Склифосовского напечатана в «Летописи русской хирургии», 1897, II, в. 5, стр. 1—4.

Конгресс официально был открыт 7/VIII 1897 г. в Большом театре. На конгрессе Н. В. Склифосовский единодушно был избран президентом. Об огромном авторитете Склифосовского как ученого, хирурга и организатора можно судить по выступлению Р. Вирхова, пользовавшегося в то время непререкаемым авторитетом, который перед отъездом подчеркнул:

«От имени иностранных членов я говорю, чтобы в последний раз приветствовать достославных и уважаемых людей, находившихся во главе Конгресса и устроивших нам не поддающийся никаким сравнениям прием, который навсегда живо сохранится в нашей памяти.

Мы встретили здесь Президента, авторитет которого признается представителями всех отраслей медицинской науки, человека, который с полным знанием всех требований врачебной практики соединяет в себе также и качество врача души, обладает духом братства и чувством любви ко всему человечеству...».

Международный конгресс врачей в Москве имел большое политическое значение. Иностранные врачи смогли воочию убедиться в достижениях русской медицины. Был развеян миф о мнимом превосходстве их над русскими.

[9] Опубликовано в «Медицинском вестнике», № 9, стр. 71—72; № 10, стр. 79—81 и № 11, стр. 86—88, 1868. Как пишет Н. В. Склифосовский в этой статье, подобные операции он успешно производил и раньше, начиная с 1865 г. Так, в «Медицинском вестнике» за 1865 г. им была напечатана статья под названием «Случай овариотомии», в которой он подробно описывает настоящую операцию.

[10] Статья «Высечение опухоли матки» опубликована в протоколах заседания Общества Одесских врачей за 1868 г., т. I, стр. 39—47. На заседании научного общества Склифосовский сообщил о произведенной им тяжелой операции — высечении опухоли матки и обоих яичников, которая закончилась смертью. Больная погибла от внутреннего кровотечения, наступившего вследствие того, что внутренняя семенная артерия во время операции, как указывает Н. В. Склифосовский, была «слишком рано отдавлена», и далее: «Если бы не внутреннее кровотечение из семенной артерии, то можно было бы рассчитывать на возможность счастливого исхода».

[11] Статья «35 овариотомий» напечатана в еженедельной медицинской газете «Врач», № 6, стр. 81—83; № 7, стр. 99—100; № 8, стр. 114—115; № 9, стр. 132—134, 1883. В ней сообщаются результаты, полученные при овариотомиях в ранний период деятельности Н. В. Склифосовского до применения антисептики и в более поздний период, когда подобные опе-

рации делались при строгом соблюдении антисептики. Производимое сравнение результатов от операций в доантисептический период и после введения антисептики убеждают Склифосовского в несомненном преимуществе нового метода, горячим сторонником и проводником которого в числе первых в России стал Н. В. Склифосовский. Общий процент смертности на 50 случаев овариотомий составляет 22, что по тому времени являлось несомненно большим успехом.

[12] Статья «Шов мочевого пузыря при надлобковом сечении» была напечатана в газете «Врач», № 10, 1887, стр. 266—227. В «Трудах II съезда русских врачей в Москве» за 1887 г. в отделе хирургии на первом месте также помещена эта интересная работа. Н. В. Склифосовский исчерпывающе дает в ней анатомо-физиологическое обоснование нового метода и подробно разбирает его преимущества перед другими методами. Статья нашла живой отклик среди хирургов и сыграла положительную роль в развитии урологии.

[13] Статья «Идеальная холецистотомия» опубликована в газете «Врач», № 27, 1890, стр. 593—594 в связи с удалением камня из желчного пузыря с последующим зашиванием его. Мнение Н. В. Склифосовского о преимуществах холецистотомии перед другими операциями по тому времени было новым и передовым. Позднее «идеальная» операция была оставлена. Отстаивая преимущества «идеальной» холецистотомии, Склифосовский, однако, считал допустимым удалять желчный пузырь, если он был резко изменен патологическим процессом. Об этом он достаточно ясно говорит в статье «Растяжение желчного пузыря» (Ectasia vesicae felleae)».

[14] Статья «Растяжение желчного пузыря (Ectasia vesticae felleae)» опубликована в «Хирургической летописи» за 1891 г., т. I, в. I, стр. 3—10.

[15] Н. В. Склифосовский удачно в 1889 г. произвел операцию больной с новообразованием печени. Описание этого случая было опубликовано в газете «Врач», № 27, 1890, стр. 594—595. Подобные операции в то время почти не производились в связи с отсутствием надежных средств борьбы с кровотечением из сосудов паренхимы печени. Описанный случай несомненно послужил толчком в развитии хирургии этой области.

[16] Статья «О ранении брюшины» была напечатана в «Военно-медицинском журнале» в 1877 г., ч. 129, кн. 7, разд. 3, стр. 102—110. Н. В. Склифосовский подробно останавливается в ней на анатомо-физиологических свойствах брюшины, обладающей большой пластичностью. Он указывает на отрицательное влияние внешних факторов на обнаженную брюшину при полостных операциях (охлаждение, воздействие инструментов и др.); они мо.ут «произвести сильный эффект в виде рефлекса на сосудисто-двигательные нервы брюшной полости». Обстоятельно излагается нейрогенная теория развития травматического шока, получившая свое дальнейшее развитие в трудах современных ученых (Бурденко, Спасокукоцкий). Говорится также о необходимости строго оберегать брюшину от сильных раздражений и защищать ее от возможностей инфицирования при операции.

Настоящая работа свидетельствует о том, что Н. В. Склифосовский уже в 70-х годах стоял на правильных научных позициях, полностью разделяя передовое материалистическое учение в медицине, развиваемое основоположником отечественной физиологии И. М. Сеченовым.

[17] В 1879 г. Н. В. Склифосовский опубликовал в «Медицинском вестнике», № 21, 165—167; № 22, 173—175 статью «Gastrotomia при сужении пищевода». Это одна из первых операций, выполненных на человеке в России по идее, разработанной в эксперименте хирургом В. А. Басовым. Первое сообщение об образовании искусственного пути в желудок животных В. А. Басов сделал 14/XI 1842 г. на заседании Московского общества испытателей природы. Протокол заседания общества был опубликован в

довольно распространенном журнале, издаваемом на французском языке («Bulletin de la Société Impériale des Naturalistes de Moscou»).

В. А. Басов разработал новый метод оперативного вмешательства, открывающий большие перспективы для исследования секреторной функции желудка и применения этой операции в лечебных целях. Разработанный В. А. Басовым метод получил свое дальнейшее развитие и завершение в классических работах великого физиолога И. П. Павлова. Однако в клинику этот метод вошел не сразу. Прошло больше двух десятков лет, прежде чем эту операцию стали успешно производить на человеке при сужениях пищевода.

И. Курбатов в 1879 г. по поручению своего учителя В. А. Басова собрал из литературы 34 случая гастростомий, произведенных различными хирургами, и написал на эту тему диссертацию под названием «Об искусственном пути в желудок (Gastrostomia)». В этой работе И. Курбатов с исчерпывающей полнотой осветил историю вопроса и убедительно доказал приоритет В. А. Басова в создании искусственного пути в желудок, который оспаривался рядом иностранных ученых (Ватсон, Флери, Седильо и др.). Ватсон утверждал, что он проводил физиологические опыты над желудочной фистулой раньше, чем смог опубликовать свои данные в печати. По этому поводу И. Курбатов писал: «Предположить, что Ватсон из скромности не писал о своем открытии раньше нельзя, так как эта черта характера не свойственна английской нации, к которой принадлежит Ватсон» (цит. по Захарову). Мало убедительными являются доводы и других авторов, без всяких оснований посягавших на приоритет в открытии желудочной фистулы, принадлежащий русскому хирургу В. А Басову.

Первая гастростомия по поводу новообразования пищевода, выполненная Н. В. Склифосовским в 1879 г., закончилась смертью больного в первые часы после операции в связи с крайним его истощением. По поводу этого случая он пишет: «Gastrostomia при подобных условиях не имеет значения, даже трудно оправдать производство ее».

[18] Вторая гастростомия произведена Н. В. Склифосовским в конце 1879 г. по поводу новообразования в пищеводе. Операция технически сделана так же, как и первая. Больной умер от сильного истощения на 19-й день после операции. Несмотря на отрицательный результат от гастростомии, Н. В. Склифосовский сделал правильные выводы, указав на то, что подобные операции не должны производиться на сильно истощенных и ослабленных больных. Описание этого случая было помещено в газете «Врач», № 21, 1880, стр. 341—342.

[19] Статья «К диагностике опухолей брюшной полости» опубликована в «Летописи Хирургического общества в Москве», 9, 4, 1890, 315—322.

[20] На заседании Хирургического общества в Москве (1881) Н. В. Склифосовский выступил с сообщением по поводу грыжевых выпячиваний брюшной стенки после овариотомий (опубликованным в «Летописи Хирургического общества в Москве», IV, 16, 1881, 257—264). Сообщение вызвало большой интерес среди присутствовавших врачей-хирургов, которые в своих выступлениях указывали, что при операции не следует упускать из виду соединения апоневротических растяжений так, чтобы между кожей и брюшиной находилось возможно большее количество тканей, противодействующих внутрибрюшному давлению.

В конце своего сообщения Н. В. сделал весьма важное заключение о причинах образования послеоперационных грыж и наметил правильные пути ликвидации их. Чтобы закрыть грыжевое выпячивание после овариотомии «при зашивании раны,— пишет Н. В.,— необходимо сближать края прямых мышц и принимать в шов сухожильное растяжение, составляющее влагалище этих мышц». Этот принцип восстановления целости брюшной стенки за счет привлечения мышц нашел широкое применение среди отечественных хирургов.

[21]. Сообщение «К вопросу о грыжевых выпячиваниях брюшных стенок» было сделано Н. В. Склифосовским 9/XII 1881 г. на 141-м заседании Хирургического общества в Москве и опубликовано в протоколе заседания общества за январь 1882 г. на страницах журнала «Летопись». В этом сообщении приводится описание двух случев, где у больных была удалена вместе с опухолью большая часть брюшной стенки. Больные находились под наблюдением Склифосовского в течение длительного времени — в первом случае 6 лет после операции. На месте иссеченной брюшной стенки образовалась рыхлая соединительная ткань, плотно сращенная с органами брюшной полости, в частности, с петлями толстых и тонких кишок.

Сообщение вызвало большой интерес среди присутствовавших членов общества, так как полного удаления брюшного пресса у человека не производилось. Выступивший в прениях Г. Ф Марконет указал на крайний интерес случая Н. В. Склифосовского, чуть ли не единственного в литературе, на что он ответил: «Я тоже не встречал подобных фактов». Присутствовавшие на заседании врачи просили Склифосовского подробно сообщить историю болезни оперированной им больной и дать объяснение в частности рвоте, которая несколько раз отмечалась у больной. «Не есть ли это, — спрашивает Н. В. Стуковенков, — влияние непосредственных спаек?». «Язык у больной обложен, — ответил Склифосовский, — поэтому можно думать, что рвота — следствие катаррального состояния. Но я опасаюсь действительно, не есть ли это действительно выражение спаек. У больной, оперированной в Петербурге, нагноение было незначительное; процесс заживления был безлихорадочный; отправление кишечника было удовлетворительно. Она чувствовала себя так хорошо, что спрашивала меня, что возможен ли для нее акт родов».

Подобного рода наблюдения в литературе того времени не встречались и вызвали большой интерес не только у хирургов, но и у физиологов, в частности, у профессора физиологии Шереметевского, который дал согласие Склифосовскому подробно изучить физиологические процессы у данных больных. В литературе не встретились данные обследования этих больных Шереметевским, о чем можно крайне сожалеть.

[22] На вопрос «Возможно ли иссечение брюшного пресса у человека?», Н. В. Склифосовский дает ответ в статье, опубликованной в газете «Врач», № 18, 1882, стр. 287—289. Приводится описание операции по поводу опухоли брюшной стенки, повлекшей за собой иссечение значительной части (половины) брюшного пресса. Операция прошла гладко; больная в хорошем состоянии была выписана из клиники. Никаких расстройств функции желудочно-кишечного тракта у больной в послеоперационном периоде не отмечалось. Это настолько озадачило Склифосовского, что он намеревался произвести проверку этого клинического факта в условиях эксперимента. Нам не удалось установить, были ли поставлены проверочные опыты на животных.

[23] Статья Н. В. Склифосовского «К вопросу о пироговском остеопластическом отнятии голени» появилась в печати еще при жизни Н. И. Пирогова («Военно-медицинский журнал», CXXIX, май 1877, раздел III, стр. 23—30). Эта работа имела большое значение в связи с тем, что за границей, особенно в Англии и Франции, пытались всячески опорочить идею костной пластики Н. И. Пирогова. Н. В. Склифосовский дал резкую отповедь иностранным ученым, посягавшим на приоритет Н. И. Пирогова, предложившего оригинальный метод костной пластики. Настоящий метод операции открыл новую страницу в развитии костнопластической хирургии не только в России, но и во всем мире.

[24] Статья «Иссечение обеих половин верхней челюсти и тампон Тренделенбурга» напечатана в «Летописи Хирургического общества в Москве», 1, 1, 1875, 210—217.

[25] На заседании Хирургического общества в Москве (1881) Н. В. Склифосовский сообщил об оперативном лечении неподвижности нижней че-

лости. После литературного обзора Н. В. подробно разобрал два случая с неподвижностью нижней челюсти, где было предпринято оперативное вмешательство. В конце доклада Н. В. сделал ряд ценных замечаний, касающихся техники проводимой операции. Опубликовано в газете «Врач», № 18, 1881, стр. 285—289.

[26] Статья «Полный вывих таранной кости. Иссечение ее» напечатана в газете «Врач», № 14, 1881, стр. 221—223.

[27] На 147-м заседании Хирургического общества в Москве 7/IV 1882 г. Н. В. Склифосовский сделал сообщение об остеопластической операции на стопе по способу Владимирова и демонстрировал больного, которому была произведена эта операция. Сообщение опубликовано в протоколах заседания общества на страницах «Летописи Хирургического общества в Москве», т. V, № 6, 1882, стр. 110—116.

В связи с тем, что разработанный русским ученым Владимировым оригинальный метод операции на стопе оспаривался немецким хирургом Микуличем, Н. В. Склифосовский ранее выступал по этому вопросу на Международном конгрессе в Копенгагене и добился признания приоритета за русским ученым, но Микулич не удовлетворился решением конгресса и всячески домогался признания за ним авторства настоящей операции.

По этому вопросу Склифосовский на основании личного опыта опубликовал статью под названием «Остеопластическая операция на стопе по способу Владимирова». В ней он подробно разобрал все достоинства операции и указал, что казанский хирург Владимиров первый, а не Микулич, предложил новый способ операции. «Mikulicz, — пишет Склифосовский,— описывая новый способ остеопластической операции на стопе, говорит, что давно уже занимала его мысль о том, не было ли возможности иногда при названных заболеваниях сохранить переднюю здоровую часть стопы? Но ради исторической точности и правды считаем необходимым восстановить забытый факт. Мысль о возможности удлинения костей голени на счет здоровой части передней половины стопы принадлежит русскому врачу. В 1872 г., если не ошибаюсь, операция эта произведена была доктором Владимировым в Казани при таком же показании и по такому же способу, как описал это Mikulicz; а в 1873 г. операция д-ра Владимирова, увенчавшаяся полным успехом, была предметом оживленных прений во время IV съезда русских естествоиспытателей и врачей в Казани». Следовательно, только благодаря вмешательству Н. В. Склифосовского удалось восстановить приоритет, принадлежащий русскому врачу, и отстоять его от посягательства иностранных ученых.

После сделанного Н. В. сообщения и демонстрации больного выступило несколько хирургов, обративших внимание на весьма ценный метод операции, разработанный русским ученым Владимировым. Некоторые из выступавших, например, д-р И. И. Дуброво, выразил «удовольствие, что видит случай операции, с которой до сих пор был знаком лишь теоретически... Способ этой остеопластической операции русского врача Владимирова был опубликован и в заграничных журналах еще в 1873 г. и не с одним текстом, но даже и с рисунками, следовательно, вполне мог быть доступен не только читающим, но и просматривающим медицинские журналы. Тем не менее ассистент выдающейся заграничной клиники проф. Бильрота Mikulicz, по происхождению, кажется, и славянин, а не немец, в своей статье об этом предмете, весьма недавно напечатанной, ни одним словом не обмолвился, кому собственно принадлежит этот способ операции. Наше Общество хорошо сделает, если обратит внимание на такую вопиющую несправедливость и своим авторитетом подчеркнет этот факт. Операция эта несомненно имеет свою будущность» *.

В прениях д-р А. Д. Кни пытался оправдать недостойное поведение Микулича: «Мы сами виноваты, что не заботимся об известности и распространении наших трудов». И далее: «Склифосовский получил сти-

---

* Летопись хирургического Общества в Москве, т. V, 1882, стр. 116.

мул сделать эту операцию не через сообщение русского врача Владимирова, а благодаря заграничной статье д-ра Микулича» *. На это выступление Н. В. Склифосовский дал ясный и исчерпывающий ответ: «Прошу извинить меня. Я получил побуждение вовсе не от д-ра Микулича; я знал и защищал этот способ на съезде естествоиспытателей и врачей в Казани гораздо раньше статьи Микулича».

Н. В. Склифосовский был настоящим патриотом, ревностно отстаивая интересы русского народа в борьбе за процветание отечественной науки. Он высоко ценил престиж своей родины, свидетельством чего являются все его научные труды, которые печатались им только на русском языке.

[28] На VII съезде естествоиспытателей и врачей в Одессе (1883) Н. В. Склифосовский выступил с большим докладом об этиологии искривления позвоночника у детей школьного возраста. Вскоре появилась его обстоятельная статья в газете «Врач» (№ 41, стр. 641—642; № 42, стр. 658—660; № 43, стр. 674—676, 1883) «Материалы для этиологии школьного искривления позвоночника (Scoliosis habitualis)». К сожалению, Склифосовский ясно не указывает на то, что основная причина, порождающая пороки развития детей, лежит в самом буржуазном строе, покоящемся на неравенстве, на эксплуатации трудящихся, на их бесправном положении. При существовавших условиях нельзя было рассчитывать на принятие серьезных мер, которые могли бы устранить все пороки физического развития детей. Н. В. Склифосовский не понимал этого, отсюда бо́льшую часть своего доклада он посвятил изложению полученных данных и очень мало остановился на необходимых профилактических и лечебных мероприятиях.

[29] На 146-м заседании Хирургического общества в Москве 17.III.1882 г. Н. В. Склифосовский демонстрировал больного, оперированного им по поводу аневризмы внутренней сонной артерии. Сообщение об этой операции опубликовано в протоколах заседания общества («Летопись Хирургического общества в Москве», т. V, № 5, 1882, стр. 92—99).

На стороне аневризматической опухоли произведена перевязка общего ствола сонной артерии на уровне перстневидного хряща. Операция прошла без осложнений, и больной скоро поправился. Однако клинические явления, связанные с аневризмой, исчезли не сразу, на что обратили внимание выступающие в прениях врачи-хирурги. А. Н. Маркелов по поводу произведенной операции сказал, «самое интересное в данном случае это то, что польза от операции — прекращение биения в опухоли — получилась не тотчас, а спустя некоторое время. Умри больной, например, вскоре после операции, можно было бы думать, что операция в таких случаях бесполезна». Указывалось, что хороший результат от операции зависел во многом от произведенных систематических прижатий сосудистой опухоли в предоперационном периоде, обусловивших развитие коллатералей в системе сонных артерий.

Разработанная Н. В. Склифосовским система хирургического лечения аневризм получила свое дальнейшее развитие в трудах отечественных ученых, особенно в советский период (Герцен, Петровский, Арутюнов и др.).

[30] Статья «Артериально-венозная аневризма (Aneurisma arteriosovenosum S. Varix aneurismaticus)». «Перевязка общего ствола сонной артерии (Ligatura arteriae carotidis com. sin.)» напечатана в «Медицинском вестнике», № 11, 90—92; № 12, 97—99, 1869.

[31] Статья «Thyreotomia» при новообразованиях в полости гортани» напечатана в «Военно-медицинском журнале», ч. CXXXVI, раздел III, кн. 9, 1879, стр. 73—82.

---

* Летопись хирургического Общества в Москве, ч. V, 1882, стр. 116.

[32] В статье «Вырезывание языка после предварительной перевязки язычных артерий», напечатанной в газете «Врач» (№ 2, 1880, стр. 25—28), Н. В. Склифосовский излагает разработанную им технику этой операции и указывает особенности ведения таких больных в послеоперационном периоде. Эта работа сыграла большую роль в развитии хирургии языка.

[33] Физиологическое и анатомическое обоснование для прокола околосердечной сумки. На заседании Русского хирургического общества Пирогова 9/II 1894 г. В. Б. Гюббенет сделал сообщение под названием «Случай двукратного прокола околосердечной сумки при водянке ее с благоприятным исходом» (протоколы и труды Русского хирургического общества Пирогова 1893—1894 гг., СПБ, 1895, стр. 56—57). Это сообщение вызвало оживленные прения, в которых принял активное участие Н. В. Склифосовский. Он выступил три раза, причем в первом своем выступлении Склифосовский дал исчерпывающее анатомо-физиологическое обоснование пункции сердечной сумки. Он указал на необходимость преодолеть сложившееся веками чувство особо бережливого отношения к сердцу. С сердцем следует обращаться так же, как обращаются с другими жизненно важными органами: «Принцип абсолютной необходимости опорожнения гнойника, где бы таковой не помещался, остается незыблемым и в отношении сердечной сорочки; а потому гнойные скопления в полости ее должны требовать разреза».

Вскрытие перикарда Н. В. Склифосовский рекомендует производить только при наличии гноя в сердечной сумке, тогда как при серозных и кровянистых выпотах может быть предпринято отсасывание содержимого через иглу. Для разреза или прокола сердечной сумки рекомендуется пользоваться четвертым и пятым межреберными промежутками слева и делать их у самого края грудины, чтобы «быть уверенным в сохранении целости как плевры, так и art. mammariae int».

Выступая вторично в прениях по докладу В. Б. Гюббенета, Николай Васильевич подчеркнул большое значение производимой пункции перикарда, которая может послужить толчком для быстрейшего рассасывания экссудата. «Многолетний опыт, — говорит он, — повторяю, указал, что при сывороточного характера выпотах в околосердечной сумке иногда достаточно бывает одиночного прокола, чтобы путем ослабления давления дать толчок к всасыванию упорно до того державшегося экссудата. К чему же лишнее ранение? Указываемых неприятных случайностей прокола всегда можно избежать, если руководиться при этом определенными анатомическими отношениями».

Высказывания Н. В. Склифосовского по вопросу лечения гнойных и серозных перикардитов во многом совпадают с общепринятым мнением врачей настоящего времени.

[34] Статья «Новообразования в обычных местах мозговых грыж» напечатана в «Летописях русской хирургии» за 1896 г., когда Н. В. Склифосовский перенес свою хирургическую деятельность в Петербург, где он с 1893 г. возглавлял Институт усовершенствования врачей и заведывал хирургическим отделением.

[35] После двухмесячного пребывания в Черногории во время Славянской войны 1876 г. Н. В. Склифосовский опубликовал свои впечатления. Первая статья вышла под названием «Из наблюдений во время Славянской войны 1876 г.» в «Военно-медицинском журнале», ч. CXXVII, кн. II, 1876, стр. 253—286.

[36] Статья «Наше госпитальное дело на войне» напечатана в «Медицинском вестнике», 1877, № 45, стр. 501—505; № 46, стр. 513—516.

[37] Статья «Перевозка раненых на войне» напечатана в «Медицинском вестнике», 1877, № 41, стр. 457—459; № 42, стр. 469—472.

[38] Статья «Тарантасный станок в вагоне для перевозки раненых» напечатана в «Медицинском вестнике», № 18, 1877, стр. 197—198. Рису-

нок станка Городецкого для транспортировки раненых помещен в «Медицинском вестнике», № 20, 1877, стр. 225.

[39] Статья «В госпиталях и на перевязочных пунктах во время Турецкой войны» напечатана в «Военно-медицинском журнале» за 1878 г., 132, 7, 3, 141—192. Эта одна из крупных работ, посвященная вопросам организации военно-санитарного дела на войне. В ней приведен огромный материал, прошедший через руки Н. В. Склифосовского, позволивший ему сделать ряд важных заключений как о лечении огнестрельных повреждений, так и об организации военно-медицинской службы. Ряд его положений получил свое дальнейшее развитие в трудах военно-полевых хирургов в годы Великой Отечественной войны.

Операции, произведенные Н. В. Склифосовским в военно-временном госпитале, показаны в виде сводных таблиц, которые обычно приводились им в конце разбора всех поступивших раненых. Примерный список операций приведен без сокращений.

СОДЕРЖАНИЕ

Н. В. СКЛИФОСОВСКИЙ — Вступительная статья проф. В. В. Кованова 3

I. РЕЧИ Н. В. СКЛИФОСОВСКОГО 35

Вступительная лекция 37
Лекция, читанная в Академической хирургической клинике 21 сентября 1878 г. 43
Одна из нужд нашего врачебного образования 52
Речь об успехах хирургии под влиянием противогнилостного метода 56
Воспоминания о Н. И. Пирогове 66
Речь на торжественном заседании Петербургского медицинского общества памяти Н. И. Пирогова в 1893 году 63
Приветственная речь председателя организационного комитета в день открытия XII Международного съезда в Москве 7-го августа 1897 года 70

II. ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА 75

Два случая овариотомии со счастливым исходом 77
Высечение опухоли матки (высечение матки и обоих яичников) 89
35 овариотомий 97
Шов мочевого пузыря при надлобковом сечении 128
Идеальная холецистотомия 136
Растяжение желчного пузыря (letasia vesicae tellae) 140
Иссечение опухоли печени (Fibromyoma lipomatodes sarcomatodes Hepatis) 148
О ранении брюшины 152
Gastrotomia при сужении пищевода 159
Гастротомия. Смерть на 19-й день после операции 167
К диагностике опухолей брюшной полости (копролит) . . . 171

III. ОПЕРАЦИИ НА БРЮШНОЙ СТЕНКЕ 181

Грыжевые выпячивания после овариотомий 183
К вопросу о грыжевых выпячиваниях брюшных стенок . . . 190
Возможно ли иссечение брюшного пресса (Presum abdominale) у человека? 196

IV. ОПЕРАЦИИ НА КОСТЯХ И СУСТАВАХ 201

К вопросу о пироговском остеопластическом отнятии голени 203
Иссечение обоих половин верхней челюсти и тампон Тренделенбурга 208

Оперативное лечение неподвижности (Ancylosis) нижней челюсти 214
Полный вывих таранной кости. Иссечение ее 225
Остеопластическая операция на стопе по способу Владимирова 232
Материалы для этиологии школьного искривления позвоночника (Scoliosis habitulis) 238

V. ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ, СОСУДАХ ШЕИ И ПОЛОСТИ РТА 255
Случай аневризмы внутренней сонной артерии 257
Артериально-венозная аневризма (Aneurysma arterioso-venosum S. varix aneurismaticus (Перевязка общего ствола сонной артерии). (Ligatura arteriae carotidis Communis Sin.) . . 263
Thyreotomia при новообразованиях в полости гортани . . 271
Вырезывание языка после предварительной перевязки язычных артерий 279

VI. ПРОКОЛ ОКОЛОСЕРДЕЧНОЙ СУМКИ 295
Физиологические и анатомические основания для прокола околосердечной сумки 297

VII. НОВООБРАЗОВАНИЯ В ОБЫЧНЫХ МЕСТАХ МОЗГОВЫХ ГРЫЖ 299
Новообразования в обычных местах мозговых грыж . . . 301

VIII. СТАТЬИ ПО ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ . . . 313
Из наблюдений во время Славянской войны 1876 года . . . 315
Наше госпитальное дело на войне 341
Перевозка раненых на войне 357
Тарантасный станок в вагоне для перевозки раненых . . . 370
В госпиталях и на перевязочных пунктах во время Турецкой войны 374
Примечания 420

Редактор **В. В. КОВАНОВ**
Техн. редактор **К. К. Карцева**
Корректор **Е. И. Плисс**

Т02286. Подписано к печати 18.IV.1953 г. МН—53. Ф. б. 60×92¹/₁₆ = 13,5 бум. л. — 27 печ. л.+0,10 печ. л. (вкл.). 27,05 уч.-изд. л. 41 000 зн. в 1 п. л. Тираж 6 000 экз. Цена 13 руб. 50 коп. Переплет 2 руб. Заказ 1132.

Типография Государственного издательства медицинской литературы,
Москва, Ногатинское шоссе, д. 1

Республіканська
Науково-Медична
Бібліотека