

617.43

~~Geschenk des Herrn
von Bergmann.~~

ДІАГНОСТИКА

II

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛѢЧЕНІЕ

7 - КОБ 2312

РАЗЛИТЫХЪ ОСТРЫХЪ ВОСПАЛЕНІЙ БРЮШИНЫ.

Изъ факультетской хирургической клиники Императорскаго
Московского университета.



ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ЛѢКАРЯ

Александра Гагманъ.

*Hagmann: Diagnose und chirurgische
Behandlung der acuten Bauch-
fell-Entzündungen.*

А-1268



МОСКВА.
Типографія Г. Лисснера и А. Гешеля,
печати. О. ЛИСНЕРА и Ю. РОМАНА.
Воздвиженка, Крестовоздвижен. пер., д. Лисснера.
1901.



Перепечат
1906 г.

Харьк. Мед. Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

7 - НОЯ 2012

ВВЕДЕНИЕ.

Предлагаемая работа задумана и написана подъ впечатлѣніемъ тѣхъ случаевъ разлитого остраго воспаления брюшины, которые наблюдались и были лѣчены хирургическимъ вмѣшательствомъ за послѣдніе 2—3 года въ факультетской хирургической клиникѣ Императорскаго Московскаго университета проф. Александра Алексѣевича Воброва, а также подъ впечатлѣніемъ работъ по вопросамъ близкимъ къ нашему, какъ аппендицитъ и др., уже вышедшихъ изъ этой клиники. Вопросъ о хирургическомъ лѣченіи разлитыхъ острыхъ воспаленій брюшины—вопросъ новый, и зарожденіе его относится всего къ 1884 году, когда о немъ впервые заговорилъ Leiden, а болѣе глубокая разработка его, надо считать, началась всего за послѣдніе 5—6 лѣтъ, послѣ появленія работъ Mikulicz'a, Mc. Burney и Koerte. За самые послѣдніе годы вновь замѣчается оживленіе въ этой области, отмѣченное появленіемъ работъ Tietze, Sonnenburg'a, Bode и русскихъ работъ Зыкова, Федорова и др. Задача настоящей работы—болѣе точное выясненіе современнаго положенія вопроса путемъ изслѣдованія накопившагося клиническаго матеріала, опубликованнаго въ медицинской печати. Планъ работы состоитъ въ томъ, чтобы, собравъ по возможности весь доступный клинической матеріалъ, на основаніи его выяснить нѣкоторые вопросы діагностики, а затѣмъ наилучшіе способы операціи и результаты лѣченія. Прежде всего необходимо разсмотрѣть классификацію клиническихъ случаевъ, такъ какъ безъ этого было бы неясно все послѣдующее изложеніе. Этому посвящена первая глава работы. Далѣе, при разсмотрѣніи діагностики болѣзни изучено значеніе для хирургическаго лѣченія топографическихъ условій, вліяющихъ на распредѣленіе экссудата и излившагося содержимаго

полыхъ органовъ. Это потребовало изученія упомянутыхъ условий на трупѣ въ анатомическомъ театрѣ. Собранныя мнѣнія отдѣльныхъ авторовъ о способахъ очищенія брюшной полости заставили изучить вопросъ о промываніи съ точки зрѣнія техники на трупѣ и съ точки зрѣнія фیزیологическаго дѣйствія еще разъ проверить данныя прежнихъ опытовъ на животныхъ. Исслѣдованія эти вошли во вторую часть работы. Отдѣльно изложены, въ видѣ приложений, исслѣдованія на трупѣ, опыты на животныхъ, а также случаи, наблюдавшіеся въ (факультетской хирургической клиникѣ проф. А. А. Боброва. Клиническій матеріалъ, собранный въ литературѣ, расположенъ въ формѣ таблицъ, представляющихъ, насколько допускаетъ табличная форма изложенія и данныя описанія отдѣльныхъ авторовъ подробныя исторіи болѣзни каждаго опубликованнаго случая. Почти всѣ эти случаи взяты изъ оригинальныхъ источниковъ, и это дало возможность въ большинствѣ ихъ получить всѣ нужныя подробности. Всѣ случаи раздѣлены на 4 отдѣльныхъ таблицы по главнымъ 4 типамъ обыкновенно применяемыхъ методовъ операціи: 1) соединенія промыванія брюшной полости съ дренажемъ, 2) сухого очищенія съ дренажемъ, 3) промыванія или 4) сухого очищенія съ послѣдующимъ зашиваніемъ наглухо. Случаи вносились въ таблицы съ большимъ разборомъ, чтобы избѣжать внесенія случаевъ мѣстныхъ, отграниченныхъ, не разлитыхъ формъ перитонита, а также прогрессирующихъ гнойныхъ, (progređiente eitrige peritonitis, по Mikulicz'у), по причинѣ, которыя объяснены въ текстѣ.

Я считаю своим долгом выразить здесь глубокую признательность моему дорогому и уважаемому учителю, Александру Алексеевичу Боброву, за те советы, указания и нравственную поддержку, которые я всегда неизменно находил у него во время выполнения моей далеко не простой и легкой задачи, а также как учителю, под непосредственным руководством которого я получил все хирургическое образование и воспитание. Приношу здесь все сердечную благодарность С. П. Бедорову, работы и клинические случаи которого возбудили мой интерес к предмету и повели к написанию этой работы.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

ЧАСТЬ I. Діагностика разлитыхъ острыхъ воспаленій брюшины.

	Стар.
ГЛАВА I.	
Классификация перитонитов	1
ГЛАВА II.	
Симптоматология перитонитов	10
Симптомы общие	11
Симптомы местные	17
ГЛАВА III.	
Диагностика перитонита	26
Дифференциальная диагностика отдельных форм перитонитов	33
Диагностика места первоначального источника заражения брюшины	36

ЧАСТЬ II. Лѣченіе разлитыхъ острыхъ воспаленій брюшины.

Исторія хирургическаго лѣченія общаго разлитого перитонита, его цели и задачи	52
ГЛАВА II.	
Значеніе перитонитовъ общихъ, разлитыхъ и мѣстныхъ и о нѣкоторыхъ дурныхъ побочныхъ воздѣйствіяхъ операціи	58
Тампонада и отдѣленіе больныхъ участковъ брюшины отъ здоровыхъ салфетками	62
Условия развитія перитонитовъ разлитыхъ и ограниченныхъ	64
О случаяхъ самопроизвольнаго излеченія разлитого остраго перитонита	78
ГЛАВА III.	
Показаніе къ операціи	86
Оперативное вмѣшательство при ограниченныхъ процессахъ	89
Показаніе къ операціи при разлитыхъ перитонитахъ	90
Значеніе времени, когда приступаютъ къ операціи	92

ГЛАВА IV.

Стран.

Основные требования, предъявляемые к оперативной технике местными условиями и сущностью болезни	96
О шокъ, вызываемомъ операціей	98
Асептика и антисептика при операціи	101
Сухой и влажный методы операціи	108
Приготовление больного къ операціи	112
О наркозѣ	114
О разрывѣ	117
Данныя клиническаго опыта и результаты анатомическихъ изслѣдованій, руководящія которыми возможно скорѣе ориентироваться при операціи	124
Главные результаты собственныхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи	136
Прободныя отверстія и какъ поступать съ ними	151
Очищеніе брюшной полости при операціи	155
Сухой туалетъ брюшины	156
Какъ поступать съ фибринозными отложениями	163
Промываніе полости брюшины	164
Дренажъ полости брюшины	187
Объ опорожненіи кишечника во время самой операціи	207
Послѣдніе моменты операціи: зашиваніе раны, повязка	212

ГЛАВА V.

Уходъ за больными послѣ операціи	213
Слабительныя и ошій	218
О средствахъ для кишечной дезинфекціи	224
Уходъ за раной	225
Диета	227
Послѣдующее теченіе болезни	228
Объ осложненіяхъ въ послѣ-операционномъ теченіи	230
О причинахъ смерти въ случаяхъ безуспѣшнаго вѣдѣтельства	234

ГЛАВА VI.

О результатахъ лѣченія острыхъ перитонитовъ вообще	235
Результаты хирургическаго лѣченія разлитыхъ острыхъ перитонитовъ	237
Приложеніе I. Случаи, наблюдавшіеся въ факультетской хирургической клиникѣ Императорскаго Московскаго университета	241
Приложеніе II. Изслѣдованія на трупѣ	263
Приложеніе III. Опыты на животныхъ	289
Приложеніе IV. Таблицы	1
Литература	129

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

ДІАГНОСТИКА РАЗЛИТЫХЪ ОСТРЫХЪ ВОСПАЛЕНІЙ БРЮШИНЫ.

ГЛАВА I.

Основанная на патолого-анатомическихъ данныхъ классификація перитонитовъ держалась въ наукѣ и удовлетворяла всѣмъ современнымъ требованіямъ до тѣхъ поръ, пока не поднялся вопросъ о хирургическомъ лѣченіи этой болѣзни. Когда 24 марта 1884 г. Лейденъ впервые выступилъ съ вопросомъ: „нельзя ли къ больному, страдающему перитонитомъ самороднымъ (spontan) или возникающимъ вследствие прободенія, прийти съ хирургической помощью въ виду положительной безнадежности примѣнявшагося до того терапевтическаго лѣченія“, его предложеніе дало немедленно толчокъ къ изученію вопроса и пересмотру уже имѣвшихся въ то время въ наукѣ свѣдѣній по этому предмету, какъ съ точки зрѣнія хирургической клиники, такъ и патологической.

Уже при первыхъ попыткахъ оперативнаго вмѣшательства выступила неудовлетворительность, скажемъ болѣе, несостоятельность для цѣлей клиники старой классификаціи, основанной на находимыхъ при вскрытіяхъ измѣненіяхъ. Дѣйствительно, разъ въ основу классификаціи были положены качество находимаго при вскрытіи экссудата, наличность или нѣтъ сращеній, вообще, — признаки, не имѣющіе существеннаго значенія для самаго процесса и его теченія, признаки, діагностировать которые при жизни не представлялось возможности, да и опредѣленіе которыхъ ничего не давало въ смыслѣ показаній къ лѣченію, явилась настоятельная необходимость пересмотрѣть еще разъ тогда уже прекрасно изученныя клиническія явленія и связать ихъ съ находимыми измѣненіями, словомъ, создать болѣе близкую къ клиникѣ и ея задачамъ классификацію. Какъ то наблюдалось и во многихъ другихъ случаяхъ въ медицинѣ, первые же случаи хирургическаго вмѣшательства пролили много свѣта на нашъ вопросъ и способствовали разработкѣ его. Mikulicz, которому принадлежитъ честь перваго сообщенія о лѣченіи операціей перитонита послѣ прободенія желудочно-ки-

шечного канала¹⁾, возбуждает вопрос, въ какихъ же, собственно, случаяхъ перитонита показана операція, такъ какъ, говоритъ онъ, „подъ понятіемъ перитонита мы соединяемъ цѣлый рядъ самыхъ разнообразныхъ воспалительныхъ процессовъ, крайними точками котораго являются ограниченный адгезивный и общій септический перитониты. Прибавимъ здѣсь, что Микulichъ этимъ самымъ уже съ перваго начала ставитъ въ совершенно отдѣльную группу всѣ хроническіе перитониты, къ которымъ стремились причислить всевозможныя скопления экссудата въ полости брюшины до цирротического асцита и асцита при злокачественныхъ новообразованіяхъ брюшины включительно²⁾, представляющіе, конечно, вполне самостоятельны, отдѣльно стоящія клиническія единицы.

Поставивъ своей задачей изученіе тѣченія общаго остраго перитонита, Микulichъ, какъ типъ такового, приводитъ ту форму, которая развивается вслѣдъ за прободеніемъ какого-либо изъ внутреннихъ полостныхъ органовъ живота, напр. желудка, кишки и т. д. Мнѣ кажется, что установкой такого типа, для опредѣленія общаго остраго перитонита, установлено очень точное опредѣленіе какъ съ клинической, такъ и съ патологической точки зрѣнія. Перифразировать Микulichа соотвѣтственно современнымъ нашимъ знаніямъ, можно сказать, что онъ далъ очень точное опредѣленіе для общаго остраго перитонита, предложивъ считать таковымъ ту форму заболѣванія, которая развивается вслѣдъ за внесеніемъ вирулентнаго заразнаго начала въ „свободную брюшную полость“, какъ результатъ развитія въ послѣдней этого начала, каково бы оно ни было.

Однако, и среди такихъ формъ инфекціоннаго перитонита наблюдаются случаи, весьма различающіеся между собой какъ по распространенію, такъ и по остротѣ протеканія болѣзни. Весьма важно различать эти формы, такъ какъ и для прогностики и для тѣченія онѣ существенно различны.

Какую бы обширную часть брюшины ни захватили перитонитъ ограниченный, предсказаніе и теченіе будетъ много благоприятнѣе, чѣмъ при перитонитѣ общемъ; равно перитонитъ общій, начавшійся изъ одного какого-либо отдѣла, относительно лучше, въ смыслѣ вѣроятности излеченія, нежели развившійся въ результатъ единовременнаго зараженія большаго участка или всей брюшины, каковой напр. наблюдается въ до-антисептическое время

¹⁾ Bericht über die Verhandlungen der chir. Section der 57. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte, 1884, u. Ueber Laparotomie bei Magen- u. Darmperforation Samml. klin. Vorträge. 1886, N 262 (chir. N 83), S. 2324.

²⁾ См. Рукон. патол. анат. Hans Schmaus. Русскій перев. 1895 г., стр. 136.

послѣ лапаротоміи. Съ другой стороны, и при прободеніи въ завысности отъ свойствъ самаго отверетія, величинны и способа образованія его, не всегда развивается сразу общій перитонитъ, а иногда, благодаря развитію ограничивающихъ спаекъ, происходитъ отграниченіе процесса въ большемъ или меньшемъ участкѣ брюшины — инкапсуляція перитонита. Отмѣтивъ эти столь важныя для клинициста соображенія, Микulichъ предлагаетъ раздѣлять острые септические перитониты на 3 группы, положивъ въ основу дѣленія клиническое теченіе болѣзни, и различаетъ: 1) острымъ перитонитъ, кончающійся летально въ періодѣ первыхъ 24 часовъ; 2) острый перитонитъ, продолжающійся 2—3 дня, и 3) подострый, развивающійся при совершенно такихъ же явленіяхъ, но продолжающійся 5—8—15 дней и все же оканчивающійся смертю. Первый рядъ случаевъ будетъ, слѣдовательно, по быстротѣ и силѣ развитія болѣзни лишь въ исключительныхъ случаяхъ подлежать операціи, и этого рода случаи Микulichъ считаетъ прямо потерянными. Вторые при точной и правильной діагностикѣ всегда еще возможно будетъ оперировать, но они требуютъ своевременной и точной діагностики и рѣшительнаго образа дѣйствій; наконецъ третьими, въ которыхъ ясные симптомы воспаления брюшины развиваются въ 2—3 дня, будутъ тѣ случаи, которые допускаютъ нѣкоторое выжиданіе.

Въ слѣдующей своей работѣ¹⁾, посвященной тому же вопросу, Микulichъ предлагаетъ уже измѣнить принципы своей первой классификаціи, основанной такъ же, какъ и патолого-анатомическая, на анасторіозномъ заключеніи о томъ, во сколько времени болѣзнь заперашаетъ свое развитіе, и также не дающей никакихъ опорныхъ пунктовъ для діагностики у постели больного.

На основаніи патологическихъ данныхъ, полученныхъ изъ работъ Wegner'a, Grawitz'a, Павловскаго и другихъ, показавшихъ, что отношенія, наблюдаемыя при изученіи заболѣваній брюшины, много сложнѣе, чѣмъ то можно было ожидать первоначально, а также на основаніи новыхъ клиническихъ наблюденій, Микulichъ считаетъ необходимымъ изучать и раздѣлять случаи перитонита въ двухъ направленіяхъ: 1) по мѣсту происхожденія и возникновенія перитонита, что весьма важно для показанія къ тѣченію и пока очень трудно въ виду недостаточнаго развитія діагностики, и 2) по ихъ теченію, вѣрнѣе формѣ.

¹⁾ Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung d. Perforations-peritonitis. Arch. f. kl. Chir. Bd. XXXIX, S. 756.

Всѣ формы острого воспаления брюшины распадаются на 2 существенно различныя группы. Первая — это та, гдѣ сразу поражается большой участок брюшины или вся брюшина, какъ то наблюдалось послѣ операций въ до-антисептическія времена, а теперь наблюдается чаще всего при прободеніяхъ полостныхъ органовъ. Характернымъ для этой группы является отсутствіе ограничивающихъ сращеній, отдѣляющихъ вполне здоровую часть брюшины отъ больной, хотя присутствіе отдѣльныхъ склеекъ и спаекъ возможно. Эта группа распадается на 2 отъѣченныхъ уже Koenig'омъ и Wietzel'емъ формы, различающіяся по остротѣ теченія: *peritoneale sepsis* — форма, соответствующая прежнему острѣйшему перитониту, и разлитой гнойный перитонитъ (*diffuse eitrige P.*), соответствующій прежнему острой и подострой формамъ. Во вторую группу должны быть отнесены всѣ тѣ случаи, гдѣ не вся брюшина сразу охватывается инфекционнымъ процессомъ, а отъ первоначальнаго мѣста зараженія распространеніе инфекции совершается по областямъ, участкамъ. Поочередно захватываются въ процессъ ограниченные участки брюшины; границы этихъ участков образуются спайками или фибринозными склейками и постепенно расширяются, при чемъ все время сохраняется защищающая граница между больнымъ и здоровымъ отдѣлами брюшины, пока въ процессъ не будетъ вовлечена вся брюшина, что однако весьма рѣдко случается.

Какъ наиболее доброкачественная форма къ этому отъѣлу примкнуть отграниченный мѣстный перитонитъ, развивающійся въ формѣ внутрибрюшиннаго гнойника.

Такъ какъ эти два класса въ клиническомъ отношеніи проявляются и развиваются вначалѣ при очень сходныхъ явленіяхъ, и дифференціальная діагностика ихъ представляетъ не малыя затрудненія, то, очевидно, въ интересахъ клиническихъ, Микulichъ, по собственному заявленію, совершенно оставляетъ въ сторонѣ вопросъ о томъ, не составляютъ ли они съ точки зрѣнія патологии, т.-е. по существу происхожденія и развитія, два совершенно отдѣльныхъ порядка явленій, двѣ въ патологическомъ смыслѣ разныя единицы. Намъ еще предстоитъ заняться этимъ вопросомъ при разсмотрѣніи патологии процесса, такъ какъ послѣдующіе авторы-клиницисты въпросъ этотъ почти совершенно игнорируютъ, а между тѣмъ изученіе накопившихся теоретическихъ изслѣдованій и клиническихъ наблюденій показывать, что процессы эти по существу различаются между собой и что это имѣетъ немаловажное значеніе для прогностики, особенно для показаній къ хирургическому леченію.

Koerte¹⁾ въ своей работѣ (*Die chirurgische Behandlung der allgemeinen eitrigen Bauchfellentzündung*) придерживается той же классификаціи, какъ и Микulichъ, и также отмѣчаетъ безнадежность въ смыслѣ леченія брюшной септицеміи. Онъ обращаетъ вниманіе на трудность дифференціальной діагностики между многими случаями первой и второй группы, общимъ гнойнымъ и прогрессирующимъ фибринозно-гнойнымъ перитонитомъ. Koerte приводитъ въ этой своей работѣ уже значительную по числу статистику — 19 случаевъ, и у него естественно является стремленіе расположить свои случаи по этиологическому моменту. Такимъ образомъ 16 его случаевъ составляютъ большую, распадающуюся на 2 подгруппы, группу перитонитовъ, развившихся на почвѣ прободенія одного изъ внутреннихъ органовъ пищеварительной трубки, въ томъ числѣ: 1) 9 вслѣдствіе прободенія червеобразнаго отростка, 2) 2 вслѣдствіе прободенія тифозныхъ язвъ, 3) 1 вслѣдствіе прободеніемъ круглой язвы желудка и 4) 2 вслѣдствіе травматическаго разрыва кишки — образуютъ первую большую подгруппу, а вторую, меньшую подгруппу 2 случая поврежденія другихъ органовъ живота, какъ печень, почка и т. д. Вторую же группу составляютъ 3 случая проникающихъ ранъ живота съ поврежденіемъ внутреннихъ органовъ или безъ него. Въ такомъ распредѣленіи уже какъ бы проглядываетъ основа другой, генетической, если можно ее такъ назвать, классификаціи. Нѣтъ сомнѣній, что такое раздѣленіе случаевъ не менѣе важно для клиническихъ цѣлей, такъ какъ и условіе зараженія брюшины, и теченіе болѣзни, и наконецъ показаніе къ оперативному вмѣшательству въ значительной мѣрѣ зависятъ отъ причины, вызвавшей перитонитъ, пожалуй больше даже отъ нея, чѣмъ отъ формы, въ которой болѣзнь протекаетъ и отъ степени интенсивности процесса.

Забывая немного впередъ, скажемъ, что эта генетическая классификація повидимому приобрѣла много приверженцевъ, что и заслонило собой во многихъ работахъ и сообщеніяхъ болѣе интересную сторону дѣла — леченіе перитонита вообще. Особенно въ англійскихъ и американскихъ журналахъ, гдѣ встрѣчается такъ много работъ и сообщеній о хирургическомъ леченіи перитонита, постоянно встрѣчаются статьи подъ заглавіями въ родѣ: „прободеніе язвы желудка“, „разрывъ кишки“, „разрывъ желчнаго пузыря“, при чемъ самая работа какъ-то больше сосредоточена около этого вопроса — о поврежденіи органа, тогда какъ болѣе интересная

¹⁾ Arch. f. kl. Chir. Bd. XLIV, H. 3. 1892.

сторона дѣла — дѣленіе септического перитонита — остается какъ бы въ тѣни, на второмъ планѣ.

Приспособленная къ задачамъ и требованіямъ клиники классификація Микучича получила въ общемъ право гражданства и до сихъ поръ сохраняетъ значеніе въ своихъ основнѣхъ положеніяхъ. Koenlein, Koerte, Mc. Burney, Sonnenburg придерживаются въ своихъ работахъ его взгляда. Пслѣдній въ своей работѣ „Pathologie u. Therapie der Perityphlitis“¹⁾ дополнилъ классификацію Микучича, сдѣлавъ наблюденіе, что прогрессирующее фибринозно-гнойное воспаление встрѣчается въ двухъ формахъ, какъ бы въ зависимости отъ способа происхожденія. Sonnenburg различаетъ описанную Микучичемъ, распространяющуюся *per continuitatem* форму и другую, представляющую какъ бы результатъ болѣе широкаго разнеса заразнаго начала по брюшной полости и послѣдующаго, встѣдъ за ограниченнымъ инфекціи, развитія гнойнаго процесса въ видѣ множественныхъ гнойниковъ, расположенныхъ въ разныхъ отдѣлахъ полости живота.

Koerte²⁾ въ 1897 г., приводя свою, наибольшую изъ опубликованныхъ, личную статистику въ 71 случай, придерживается той же группировки какъ и въ первой работѣ, но отмѣчаетъ, что въ классификаціи Микучича нѣтъ мѣста, куда отнести еще два рода случаевъ, имя наблюдаемыхъ. Авторъ убѣдился въ существованіи химическаго перитонита, вызываемаго не попаданіемъ въ брюшную полость и развитіемъ въ ней микроорганизмовъ, а прониканіемъ тѣмъ или инымъ путемъ химическихъ раздражающихъ веществъ, что наблюдается, напр., при закручиваніи ножки овариальныхъ кистъ и т. п. Существованіе такихъ перитонитовъ подтверждено бактериологическими изслѣдованіями Tave'a и Lanz'a и, какъ увидимъ далѣе, доказывается и клиническими наблюденіями. Другой родъ случаевъ (болѣе рѣдкій) Koerte описываетъ, какъ хроническій гнойный перитонитъ, характеризуемый длительнымъ теченіемъ, скопленіемъ большого количества гноя въ брюшной полости при слабыхъ воспалительныхъ явленіяхъ и очень рѣзкихъ клиническихъ симптомахъ (Bauchempyem). Авторъ однако не описываетъ подробно этихъ формъ заболѣванія.

Въ томъ же 1897 г. E. Forgue³⁾ желаетъ раздѣлить всѣ перитониты на 2 большихъ группы: первую, которую онъ называетъ *Peritonites septiques et toxiques diffuses*, въ сущности тождественую съ *peritoneale sepsis* другихъ авторовъ, которая, по его мнѣнію,

¹⁾ Deutsche Med. Wochenschr. Bd. XXXVIII, S. 55.

²⁾ Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. II, H. 1, 2.

³⁾ Gaz. Med. de Paris 1897, Nov. 27.

несмотря ни на какую асептику и антисептику, навсегда останется въ хирургическаго дѣленія и, слѣдовательно, составляетъ классъ безусловно пропавшихъ случаевъ и вторую — группу перитонитовъ, „вообще излѣчимыхъ“. Въ основу дальнѣйшаго подраздѣленія этихъ послѣднихъ Forgue кладетъ наличность или отсутствіе ограничивающихъ сращеній, указывая, что въ литературѣ чрезвычайно злоупотребляютъ терминомъ общій перитонитъ, описывая подъ этимъ названіемъ обширные ограниченные перитониты, то, что Jalauguier называетъ *les grandes peritonites enkystées*. На то же обстоятельство обращаетъ вниманіе Lennander изъ Упсалы, желая въ описаніяхъ болѣе точнаго обозначенія расположенія ограниченій и спасетъ, для чего и предлагаетъ различать перитониты центральные, т. е. ограниченные въ центрѣ брюшной полости, среди кишечныхъ петель, и перитониты периферическіе, ограниченные въ содѣствѣ съ брюшной стѣнкой. Въ послѣдующемъ своемъ изложеніи, Forgue, однако, оставляетъ въ сторонѣ этотъ принципъ дѣленія и совершенно непосредственно начинаетъ выдѣлять случаи перитонита по причинѣ ихъ возникновенія, условіямъ оперативнаго вмѣшательства, патогенезу и топографическимъ отношеніямъ. Въ концѣ концовъ у него получаются такіа неслѣдовательныя и неравноцѣнныя группы, какъ „перитонитъ при аппендицитѣ“, „при тифозныхъ прободеніяхъ“, „перитонитъ надпупочной области“, „перитонитъ пневмококковый“, „перитонитъ подпупочной области“ и т. д. Такая классификація конечно подлежитъ осужденію, такъ какъ чрезвычайно путаетъ и затрудняетъ группировку случаевъ и во всякомъ случаѣ не можетъ назваться строго научной классификаціей.

Tietze¹⁾ придерживается въ общемъ дѣленію Микучича. Онъ говоритъ, что было бы наиболѣе справедливо дѣлить всѣ перитониты съ клинической точки зрѣнія по ихъ теченію, на формы, протекающія съ явленіями общаго сепсиса (токсическія), и тѣ, которыя развиваются, не вызывая рѣзкихъ токсическихъ признаковъ. Далѣе, съ точки зрѣнія анатомической, надо раздѣлять ихъ, какъ Микучичъ, по распространенію, соответственно чему различались бы общіе, прогрессирующіе и мѣстные, ограниченные перитониты. Первая группа охватила бы собой общій септический, въ смыслѣ Микучича, и общій гнойный перитониты, а также третью форму, выдѣляемую Tietze и уже описанную другими авторами-клиницистами, общее разлитое раздраженіе брюшины (*peritoneale Reizung*).

¹⁾ Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. 1899. Bd. V, H. 1.

Подъ именемъ „peritoneale Reizung“ — раздраженіе брюшины, Tietze, видимо, понимаетъ не совсемъ то, что описать Koerte подъ опредѣленіемъ „химическій перитонитъ“, а раздраженіе главнымъ образомъ нервного характера, въ смыслѣ иррадіаціи съ какою-нибудь ограниченаго больноу участка. Tietze, видимо, все-таки смѣшиваетъ эту свою форму съ асцитическимъ химическимъ перитонитомъ, о которомъ говорилъ Koerte. Онъ указываетъ, что при такихъ состояніяхъ раздраженія брюшины, встречаемыхъ при аппендицитахъ, перекручиваніяхъ пожелтъ кишь и т. д., наблюдаются свѣжія воспалительныя явленія, а остатки ихъ въ видѣ сращеній были находимы и въ случаяхъ операціи при затихшихъ уже острыхъ явленіяхъ. Въ своей работѣ Tietze особенно возстаетъ противъ термина „брюшинный сепсисъ“ (peritoneale sepsis), введеннаго Wegner'омъ, и говоритъ, что подъ этимъ именемъ можно разумѣть всякое общее септическое заболѣваніе, взявшее свое начало отъ любой формы инфекціоннаго заболѣванія брюшины, но не то, что Микulichъ называетъ „разлитой септической перитонитъ“. Далѣе слѣдуетъ разборъ прогрессирующихъ случаевъ инкапсулированнаго перитонита, также раздѣляемаго на 2 типа, какъ и у Sonnenburg'a, мѣстныхъ перитонитовъ и наконецъ обзоръ случаевъ скопленія гноя въ брюшины, у наружной стороны ея паріетальнаго листка — *periperitonitis* F. Franke¹⁾).

Въ послѣднее время дѣлаются и дѣлались попытки дѣлать перитониты, на основаніи бактериологическихъ данныхъ, по роду микроорганизмовъ, послужившихъ причиной возникновенія болѣзни. Точною въ этомъ направленіи данъ обширнымъ, сдѣланнымъ въ своемъ родѣ классическимъ, изслѣдованіемъ Tavel'a и Lantz'a. Помимо строго научной основы классификація эта имѣла бы за себя еще то, что давала бы новыя пути и новыя надежды въ дѣлѣ борьбы съ перитонитомъ, въ смыслѣ примѣненія иммунизующихъ прививокъ и антитоксиповъ, особенно послѣ того, какъ работы Marmorek's'a²⁾ показали, что въ отношеніи стрептококка возможна иммунизация животныхъ и полученіе специфической сыворотки.

На XII международномъ съѣздѣ врачей Denys сообщилъ даже рядъ удачныхъ случаевъ лѣченія тяжелыхъ случаевъ послѣродовыхъ заболѣваній и перитонитовъ примѣненіемъ такой сыворотки. Возвращаясь къ бактериологическому, такъ сказать патогенетическому, дѣленію перитонитовъ, надо сказать, что оно во всякомъ

случаѣ должно считаться лишь удѣломъ будущаго. Къ сожалѣнію, клиническіе признаки и проявленія болѣзни мало или почти не зависятъ отъ рода возбудителей болѣзни, такъ что діагностика этимъ путемъ совершенно невозможна. Бактеріологическое изслѣдованіе требуетъ слишкомъ много времени, чтобы пользоваться имъ при лѣченіи перитонита, гдѣ такъ дорогъ каждый часъ пропускаемаго времени, да наконецъ оно и возможно лишь послѣ сдѣланной операціи, такъ какъ необходимъ матеріалъ для изслѣдованія, получить который можно было бы лишь путемъ пробнаго прокола, о непозволительности котораго намъ еще не разъ придется говорить при обсужденіи вопроса о показаніяхъ къ лѣченію и объ оперативномъ вмѣшательствѣ.

Но кромѣ сказанныхъ сейчасъ соображеній, бактериологическая классификація имѣетъ еще другія слабыя стороны. Мы знаемъ, какъ рѣдко встрѣчаются случаи чистой инфекціи брюшины однимъ какимъ-либо видомъ микроорганизма, наконецъ какъ рѣдко такіе чистые случаи остаются чистыми и въ дальнѣйшемъ развитіи болѣзни. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ преобладаетъ смѣшанная инфекція, что вполне понятно, если помнить вызывающія перитониты причины: конечно, очень мало вѣроятія, чтобы при прободеніи какого-либо внутренняго органа (которые все такъ богаты микробнымъ населеніемъ) или при вѣншемъ раненіи въ полость живота попалъ лишь одинъ какой-нибудь видъ микроорганизма. Я уже не говорю о возможности эмиграціи микробовъ изъ парализованнаго при перитонитѣ кишечника, что можетъ осложнить родъ инфекціи и, вѣроятно, въ большинствѣ случаевъ и осложняетъ его. Такимъ образомъ вѣроятность встрѣтить чистую форму моно-инфекціи остается лишь на долю нечасто встрѣчающихся случаевъ гематогенной инфекціи, и то, пока эти случаи не осложнились благодаря эмиграціи изъ кишекъ. Понятно, что смѣшанные случаи представлять еще и все трудности дифференціального бактериологическаго опредѣленія: какіе изъ встрѣченныхъ микроорганизмовъ вирулентны, какіе наиболѣе ядовиты и т. д. Для всѣхъ этихъ цѣлей современная бактериологія обладаетъ лишь очень сложными и требующими много времени способами, стало-бытъ способами, мало приложимыми къ практической, лѣчебной сторонѣ клинической дѣятельности. Нечего говорить и о томъ, что даже въ случаѣ успѣшной бактериологической діагностики практическія цѣли далеко еще не были бы достигнуты, такъ какъ въ настоящее время мы не обладаемъ средствами для производства прививокъ и антитоксинами для всѣхъ встрѣчающихся при перитонитахъ

¹⁾ Mitt. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1897, Bd. II, H. 1, 2.

²⁾ Annales de l'Institut Pasteur. 1895.

микроорганизмовъ, а тѣ средства этого рода, которыми мы располагаемъ, далеко еще не имѣютъ за собой репутаціи действительности, каковую заслужили, напримеръ, антитоксинъ Беринга и Roux при дифтеріи. Изъ всего сказаннаго понятно, что бактериологическая классификація, точная этиологическая діагностика и специфическое лѣчение составляютъ удѣлъ, такъ сказать, *prim desiderium* будущаго, являясь пока предметомъ лабораторнаго опыта и изученія. Теперь лишь обрисовывается путь для дальнѣйшихъ изслѣдованій и работъ въ этомъ направленіи.

ГЛАВА II.

Симптоматология перитонита.

Діагностика развившихся формъ перитонита, когда уже на лицо всѣ обычные тяжелые признаки этой страшной болѣзни, въ большинствѣ случаевъ не представляетъ затрудненій. Совѣмъ не то надо сказать о началѣ болѣзни: здѣсь первыя проявленія бываютъ иногда хоть и рѣзки, но такъ неполны, такъ неопредѣленны, что могутъ заставить думать о разныхъ заболѣваніяхъ, часто не имѣющихъ даже отношенія къ перитониту. Между тѣмъ для цѣлей лѣченія, особенно для цѣлей хирургическаго вмѣшательства, важно возможно раннее распознаваніе болѣзни, чтобы возможно скорѣе прійти съ хирургической помощью, виды на успѣхъ которой въ чрезвычайной степени зависятъ отъ возможно ранней ея подачи. Фактъ этотъ такъ извѣстенъ, цифры всѣхъ авторовъ такъ краснорѣчиво его доказываютъ, что нѣтъ надобности на этомъ останавливаться, чтобы доказать важность ранней діагностики. Кромѣ ранняго распознаванія для хорошаго результата вмѣшательства у такихъ тяжелыхъ больныхъ, какъ страдающіе общимъ септическимъ перитонитомъ, въ высокой степени важна, какъ увидимъ далѣе, возможная быстрота, несложность и аккуратность оперативной техники. Чтобы удовлетворить этимъ требованіямъ, приступая къ операціи желательно знать не только то, что мы имѣемъ дѣло съ перитонитомъ, но и форму его, а главное — какой органъ послужилъ источникомъ общаго заболѣванія. Только такіе знанія дадутъ увѣренность оператору и позволятъ, составивъ себѣ извѣстный планъ операціи, ловко и скоро его выполнить, тогда какъ всякая неожиданности, особенно необходимость во время самой операціи устанавливать распознаваніе и отыскивать источникъ болѣзни, всегда поведутъ къ проволочкамъ, осложняютъ и затрудняютъ гладкій, увѣренный ходъ операціи. Къ сожалѣнію, будучи въ состояніи въ большинствѣ случаевъ легко діагностировать

существованіе перитонита, мы во многихъ случаяхъ далеко не находимся въ столь же хорошихъ условіяхъ относительно двухъ другихъ необходимыхъ пунктовъ, т.-е. формы и источника. Между тѣмъ время не терпитъ, промедленіе въ теченіе немногихъ часовъ уже понижаетъ шансы успѣха, и мало найдется случаевъ въ жизни хирурга, гдѣ бы требовался столь же рѣшительный образъ дѣйствія. Вотъ почему необходимо самое внимательное изученіе всѣхъ симптомовъ и въ каждомъ данномъ случаѣ строгая и критическая оцѣнка какъ cadaго отдѣльно, такъ и особенно совокупности всѣхъ явленій, которыя на лицо въ данный моментъ. Къ счастью, клиника сдѣлала въ этомъ отношеніи большіе успѣхи за послѣдніе годы, и теперь въ литературѣ, особенно въ англійской и американской, очень не рѣдки сообщенія объ успѣшныхъ оперативныхъ вмѣшательствахъ, предпринятыхъ въ самомъ началѣ заболѣванія, черезъ 2—3 часа послѣ прободенія органовъ, изліяній содержимаго гнойниковъ, не говоря уже о случаяхъ поврежденій.

Заболѣваніе перитонитомъ проявляется двумя группами симптомовъ: общими — со стороны всего организма, и мѣстными — со стороны брюшины и органовъ живота. Какъ извѣстно, симптомы общіе преобладаютъ въ случаяхъ болѣе злокачественныхъ, мѣстные, напротивъ, — въ болѣе легкихъ. Группу первыхъ составляютъ главнымъ образомъ явленія отравленія организма всосанными изъ полости живота токсинами.

Явленія со стороны дѣятельности сердца, измѣненіе пульса и температуры тѣла, синюха, похолоданіе конечностей, холодные клейкіе поты, уменьшеніе количества мочи и измѣненіе ея состава, желтушная окраска кожи, измѣненіе характера и частоты дыханія, характерное выраженіе осунувшагося лица, которое столь быстро приобретаютъ больные перитонитомъ, наконецъ, общая слабость и упадокъ силъ, а иногда нарушеніе со стороны психики, безпокойство, возбужденіе, бредъ, несмотря на слабость пульса и низкую температуру, — вотъ тѣ общіе симптомы, которыми можетъ проявляться болѣзнь.

На пульсѣ надо остановиться прежде всего. Измѣненія пульса являются однимъ изъ главныхъ показателей общаго состоянія организма и степени интоксикаціи, слѣдовательно мѣриломъ злокачественности и относительной доброкачественности процесса. И въ діагностикѣ, и въ показаніи къ лѣченію пульсъ является при перитонитѣ почти что самымъ цѣннымъ руководителемъ. „Всѣ знаютъ, — пишетъ Barling¹⁾, — о твердомъ пульсѣ при перитонитѣ,

Симптомы общіе.

1) The Ingleby Lectures on Appendicitis (Brit. Med. Journ. May 25. 1895, p. 1133).

но въ моихъ случаяхъ его чаще не было, чѣмъ было. Дѣйствительно, замедленіе и усиленіе наполненія пульса если и наблюдается, то лишь въ самомъ началѣ, еще до появленія болѣе рѣзкихъ симптомовъ. Gluzinsky¹⁾ описываетъ случай, гдѣ при аппендицитѣ была перфорация и уже собирались оперировать, но затѣмъ, въ виду удовлетворительнаго общаго состоянія и сильнаго, рѣдкаго (72) пульса, отказались отъ первоначальнаго намѣренія въ пользу выжидательнаго лѣченія. Однако скоро развился тяжелый, повешеній къ смертельному исходу перитонитъ. Опытами на животныхъ авторъ доказалъ возможность такого замедленія и усиленія пульса при прободеніи, когда въ полость брюшины вытекаетъ кишечное содержимое. Такое замедленіе и усиленіе пульса, вдругъ наступившее, по автору, есть одинъ изъ начальныхъ признаковъ перфорации. Мнѣ лично два раза, за ординатуру при факультетской хирургической клиникѣ проф. А. А. Боброва пришлось во время дежурствъ наблюдать такое явленіе послѣ резекціи ущемленныхъ грыжъ у больныхъ, послѣдовательно погибавшихъ отъ перитонита.

Это было до появленія другихъ симптомовъ, и на лицо были только первые предвѣстники заболѣванія — рѣдкая нота, иногда срыгиванія. Пульсъ въ этихъ случаяхъ напоминалъ таковой при началѣ менингита. Черезъ нѣсколько часовъ, когда появлялись рѣзкая нота, рвота, боли, пульсъ былъ уже учащенъ. Такимъ образомъ это явленіе со стороны пульса можетъ служить лишь предостереженіемъ и, будучи замѣчено, обратить вниманіе врача на даннаго больного.

Объясненіе явленія лежитъ въ рефлекторномъ воздѣйствіи на сердце со стороны раздраженія брюшинныхъ окончаній *nervi vagi*: такое объясненіе находитъ подтвержденіе въ работѣ Tixier, который получилъ замедленіе сердечныхъ сокращеній у собаки послѣ энтерэктоміи и пребыванія кишки на воздухъ, какъ первый рефлексъ начала раздраженія брюшины²⁾. Съ появленіемъ интоксикаціи явленіе исчезаетъ, смѣняясь учащеннымъ пульсомъ, а потому и понятно, что наблюдается оно болѣе рѣдко, такъ какъ иногда просматривается. Кроме того наблюдается оно обыкновенно лишь въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ медленно развивающейся инфекціи, не встрѣчаясь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ перитонитъ начинается бурно въ результатъ прорыва полостного органа или гнойника въ брюшную полость.

¹⁾ Ein Beitr. zur Symptomathologie der Darmpor. Przegląd Lekarski 1895. № 43, 44. quart. no Hildebr. Jahrb.

²⁾ Tixier, Du Chock abdominal. Paris 1898, p. 310.

Учащеніе пульса, слабость его, напротивъ, являются обычнымъ и наиболѣе постояннымъ спутникомъ всѣхъ случаевъ развитія перитонита.

Признакъ этотъ очень постояенъ и имѣетъ огромное значеніе для диагностики и предсказанія. Учащеніе пульса до 120 — уже очень грозное явленіе, показывающее высокую степень интоксикаціи, а дальѣйшее учащеніе и присоединеніе аритміи уже указываетъ на приближеніе печальнаго конца. Важное значеніе этого признака станетъ ясно, стоитъ лишь вспомнить, что самые злокачественные случаи перитонита только имъ и выражаются особенно въ началѣ. Прекрасной иллюстраціей служить теченіе такъ называемой *peritoneale sepsis* и работы Wegner'a, Reichel'я, Павловскаго, показавшія, что многіе смертные случаи послѣ лапаротоміи, объяснившіеся паденіемъ дѣятельности сердца и шокомъ, были въ сущности смертью отъ перитонита, такъ какъ въ брюшной полости и въ самой брюшинѣ открывалось присутствіе массы септическихъ микроорганизмовъ. Мнѣ очень памятенъ случай гастроэнтеростоміи при *cancer pylori*, который мнѣ пришлось видѣть въ первый годъ ординатуры при факультетской хирургической клиникѣ. Порядочно истощенный больной хорошо перенесъ операцию. На второй день послѣ операціи я зашелъ, интересуясь случаемъ, взглянуть его передъ уходомъ изъ клиники. Пульсъ былъ частъ, болѣе ста, больной же чувствовалъ себя хорошо, говоря, что его ничто не беспокоитъ, хотя былъ какъ-то вялъ и жаловался только на слабость, которая казалась понятною у истощеннаго больного, перенесшаго тяжелую операцію. Придя въ клинику на слѣдующій день, я узналъ, что вскорѣ послѣ моего ухода начались болѣе рѣзкія явленія, и больной ночью скончался, какъ показало вскрытіе, отъ перитонита. Случай этотъ описанъ въ отчетѣ факультетской хирургической клиники подъ № 678.

Не надо однако забывать, что иногда очень значительное учащеніе пульса зависить не отъ одной интоксикаціи: при наличности сильныхъ болей, учащеніе возможно именно отъ этихъ болей вслѣдствіе перваго воздѣйствія. Боли иногда бываютъ также и причиной аритміи. Всѣмъ кому приходилось оперировать ущемленные грыжи, внутренніе ущемленія, осложненные или нѣтъ началомъ перитонита, конечно не разъ наблюдали, что съ наступленіемъ наркоза пульсъ дѣлается полнѣе и становится рѣже — здѣсь наркозомъ удалено болевое раздраженіе и уничтожено его вліяніе на сердечную дѣятельность.

Помнить это нужно для того, чтобы не отказаться отъ операціи въ случаѣ, гдѣ на лицо сильныя боли и, слѣдовательно,

есть надежда, что часть, хотя бы и небольшая, подавления сердечной деятельности может быть отнесена на счет этих болей. При уже развившихся формах перитонита едва ли, или разве редко, встретится подобный случай, но там, где перитонит вызван внезапным прободением, напр., желудка или острым уменьшением, с этим фактом считаться придется.

Из других общих симптомов надо особенно остановиться на изменении вида и выражения лица. Эти изменения так характерны и так быстро наступают, что могут служить важным диагностическим признаком.

Как-то сразу осунется лицо, приостраются черты его, нос сдвигается обтянутым, острым, глаза уходят глубоко в орбиты, все лицо станет желтовато-блдным, словом типичная facies Hippocratica, но с какими-то особенными, свойственными перитониту, оттенком. Часто лицо покрыто легким холодным потом, конъюнктива глаз принимает слегка желтую окраску. В лице застывает как бы выражение ужаса, тоски. В клинике мы придавали большое диагностическое значение этому симптому. В этом 1900/901 акад. году мнѣ пришлось наблюдать случай во время дежурства в клинике. Больная на третий день послѣ операции пупочной грыжи с полудня стала жаловаться на тошноту. Явилась изрядка лихоты, потом до вечера 4—5 раз вырвало порядочным количеством коричнево-окрашенной жидкости, пульс очень участился, до 120—130, температура 38,9°. Язык сухой, жажда. Все это заставляло думать о перитонитѣ. По вздутию и болезненности в животѣ, кроме области раны, не было, конечности были теплы, почти розовы, а главное, выражение лица нормально, лицо розовое, щеки даже румяны. Особенно это последнее обстоятельство давало право не очень беспокоиться о ней. Назначен был лед на область желудка, внутрь дан прием кокаина против тошноты, и, действительно, оказалось, что к утру появились менструации, которые у больной всегда сопровождаются вазомоторными явлениями, а все вызывавшие опасения симптомы сразу исчезли.

Еще обыкновенно довольно ранний признак, которому в факультетской хирургической клинике придается также серьезное значение, это — явления со стороны дыхания, особенно изменение дыхательных движений. Дыхательные движения диафрагмы бывают болезненны; кроме того, даже и вѣд зависимости от этой боли и высокого стояния диафрагмы, больные автоматически, рефлекторно напрягают мышцы брюшной стѣнки и прекращают дыхательные

движения, стремясь, очевидно, избѣжать движений внутренних органов. Вот почему при комбинации остановки движений диафрагмы с напряжением мышц живота получается характерное поверхностное дыхание, без всякого участия в дыхательных движениях напряженных мышц брюшной стѣнки. Даже внимательно всматриваясь в положение живота больного, невозможно бывает отметить дыхательных движений. В менее резких случаях, особенно при аппендицитах, неподвижной остается болѣе напряженная нижняя часть живота, тогда как на подложечной области, области epigastrii еще заметны легкія дыхательныя движения. В дальнейшем течении болезни, когда уже развиты все явления, присоединяется еще влияние на дыхание сильного метеоризма, вследствие которого диафрагма чрезвычайно отбрасывается вверх и уменьшается объем легких. Кроме того, одышку вызывает еще и падение деятельности сердца. Тогда наблюдается чрезвычайно частое поверхностное дыхание, к концу жизни переходящее в Шейн-Штокеровское, вследствие истощения дыхательных центров.

Развиваются эти явления уже когда клинический интерес случая исчерпан: тут уже не приходится думать о хирургической помощи, которая, если не подана ранѣе, может теперь лишь ускорить конец. Поэтому, насколько важны для диагностики первые изменения в дыхании, настолько послѣдующія могут лишь служить явлениями, противопоказующими операцию. Прочіе общіе симптомы не имеют такого важнаго значения для диагностики, так как они являются послѣдствием тѣх же расстройств, которые вызывают уже описанные явления. Так похолодание конечностей, уменьшение количества мочи, синюха, являются послѣдствиями нарушения кровообращения и дыхания; желтушная окраска кожи, появление в мочѣ бѣлка, холодные поты — частью послѣдствиями общаго отравления организма токсинами, частью нарушения кровообращения. Появляются эти симптомы тогда, когда уже обыкновенно не может возникнуть сомнѣнія о наличии воспаления брюшины, и, следовательно, диагностическое значение всѣх этих признаков меньше, и они, глядя по степени своего проявления, будут только служить показателями болѣе или менѣе тяжести данного случая.

В непостоянным симптомам, не имѣющим особаго диагностическаго значенія, надо отнести также повышенія и колебанія температуры. Очень повышенная она почти никогда не бывает, болѣзнь повышения наблюдаются часто, хотя редко, и притом самые тяжелые, случаи протекают без повышения температуры и даже при субнормальной температурѣ.

Koerte¹⁾ говорить, что при перитонитѣ нельзя судить о наличии гноя по даннымъ температуры. Greigh Smith²⁾ говоритъ „No symptom is more variable than this“, указывая этимъ, что по температурѣ ничего нельзя заключить, однако далѣе говоритъ, что нормальной и субнормальной температурой характеризуются случаи болѣе недоброкачественные. По мнѣнію Smith'a, пониженіе температуры вѣроятно обуславливается шокомъ, скоро наступающимъ при бурныхъ по теченію формахъ перитонита, такъ что „мы больше боимся, — говоритъ онъ, — паденія температуры, чѣмъ повышенія ея“. Потрясающіе знобы, характерные для септическихъ процессовъ въ другихъ отдѣлахъ тѣла человеческого, почти не встрѣчаются при перитонитѣ и наблюдать ихъ приходится только въ случаяхъ прорыва гнойниковъ въ полость живота вслѣдствіе моментальнаго всасыванія гнойныхъ веществъ, слѣдовательно при самомъ возникновеніи перитонита, до или въ моментъ наступающаго въ этихъ случаяхъ первичнаго шока. Знобы эти обыкновенно не повторяются.

Упадокъ силъ, коллапсъ и шокъ развиваются при острыхъ перитонитахъ чрезвычайно быстро. Эти наиболѣе внушающіе страхъ за жизнь больного явленія много были изучаемы съ теоретической стороны, и объясненія имъ авторы склонны видѣть въ двухъ факторахъ: первомъ воздѣйствіи со стороны раздраженной брюшины и отравленіи всасываемыми изъ брюшной полости и кишечника токсинами. Физиологи, главнымъ образомъ, говорятъ въ пользу перваго толкованія. Такое опредѣленіе далъ Mansell Moullin, его приводитъ и раздѣляетъ Dabney³⁾. Далѣе Brown Secard, Goltz, потомъ Тархановъ⁴⁾ тоже склоняются къ этому толкованію, подтверждая его опытами на животныхъ. Клиницисты центръ тяжести переносятъ на явленія интоксикаціи, такъ Kocher⁵⁾ приводитъ клиническое наблюденіе, гдѣ онъ дѣлалъ лапаротомію по поводу прободенія appendix'a. Больной умеръ на 5-я сутки отъ коллапса. На вскрытіи оказалось, что перитонитъ избѣженъ, но что кишки переполнены жидкими желтоватыми, чрезвычайно вонючими экскрементами, на счетъ всасыванія которыхъ Kocher и относитъ развитие коллапса.

¹⁾ Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. II. H. 1. 2.

²⁾ Abh. Surg. p. 1139.

³⁾ Nature du Chock Med. News 1892, Dec. 3.

⁴⁾ 1875, Arch. de Physiol.

⁵⁾ Ueber ileus. Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. IV. H. 2 u. 1.

Въ діагностическомъ отношеніи чрезвычайно важно различить коллапсъ первичный и послѣдовательный. Первичный коллапсъ наблюдается у больныхъ точчасъ вслѣдъ за прободеніемъ внутренняго органа, отъ какой бы причины ни зависѣло послѣднее, безразлично, или вслѣдъ за вскрытіемъ и изліяніемъ гноя въ полость живота. Коллапсъ этотъ наступаетъ такъ быстро, что часто является первымъ признакомъ прободенія и можетъ быть очень рѣзко выраженъ, давая явленія глубокаго шока. Въ прилагаемыхъ таблицахъ много случаевъ, могущихъ служить иллюстраціей. Прободеніе желудка, гдѣ женщина во время танцевъ вдругъ падаетъ, теряетъ почти сознаніе при явленіяхъ глубокаго коллапса, тѣ же явленія при поднятіи тяжести и т. д. (см. ниже №№ табл. I 91, II 14, 31, 51, работу Tietze, стр. 43) очень поучительны. Здѣсь, конечно, скорѣе надо считаться съ чрезвычайно рѣзкимъ, вдругъ наступившимъ раздраженіемъ брюшины излившейся массой жидкаго желудочнаго содержимаго. Отличить и отмѣтить этотъ первичный шокъ очень важно для діагностики и показанія къ леченію, такъ какъ обыкновенно по истеченіи $\frac{1}{2}$ —1 часа больные отъ него оправляются и тогда, по свидѣтельству англійскихъ и американскихъ авторовъ, наступаетъ самый удобный моментъ для вмѣшательства. Слѣдовательно, можетъ-быть, выгодно для больного не такъ снѣшить съ операцией, а подождать немного, пока больной оправится. Совершенно противоположное надо сказать о послѣдовательно наступающемъ шоке и коллапсѣ, который развивается прогрессивно, по мѣрѣ развитія явленій перитонита. Здѣсь, мнѣ кажется, почти всецѣло надо отнести причины на счетъ интоксикаціи, которая все возрастаетъ и будетъ возрастать, а потому надо или скорѣе оперировать или, глядя по обстоятельствамъ случая, совсѣмъ отказаться отъ вмѣшательства, считая больного потеряннымъ.

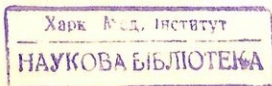
Послѣдняя форма шока или развивается постепенно, или иногда въ нее переходитъ предшествующій періодъ маниакальнаго возбужденія, сопровождающійся бредомъ, метаніемъ больного по постели, попытками встать, иногда буйствомъ¹⁾.

Мѣстные явленія при перитонитѣ начинаются обыкновенно съ признаковъ раздраженія брюшины, къ которымъ затѣмъ скоро присоединяются признаки острой непроходимости кишокъ, вслѣдствіе наступающаго параллча ихъ. Обыкновенно прежде всего появляются боли и явленія, вызываемыя ими, и почти одновременно рефлекторныя явленія: икота, тошнота, рвота, прекращеніе отхо-

Симптомы
мѣстные.

¹⁾ Koerte I. c. p. 150.

Диссеминат.



ждения газов и испражнений, иногда признаки скопления газов в полости брюшины, задержание мочи и образование жидкого экссудата в брюшной полости. Местные признаки, так же как и общие, постоянны лишь больше или меньше, появляются не в определенной последовательности и развиваются далеко не пропорционально интенсивности самого заболевания. Все они каждый в отдельности наблюдаются и при других страданиях органов живота. Из этих-то обстоятельств и складывается трудность диагностики, особенно когда требуется раннее и точное распознавание. Greigh Smith¹⁾ указывает, что общее состояние больного в связи со всем комплексом наблюдаемых симптомов иметь для клинициста гораздо большее значение в смысле диагностики, чем всякие правила, построенные на требовании наличия тех или других важных признаков. Но местные признаки имеют другое важное значение. Строгое изучение их в каждом данном случае, установление порядка их появления из анамнеза и быстрой и степень развития дают врачу руководящую нить для заключения о месте и причинах возникновения воспаления брюшины, что чрезвычайно важно для успеха хирургического лечения и заставляет больше подробно остановиться на изучении этих отдельных признаков.

Боли, — это симптом, значение которого очень неопределенно. Они бывают выражены в очень различной степени, и, если принять во внимание, что индивидуальная чувствительность к боли бывает очень различна, что многие заболевания брюшных органов сопровождаются иррадирующими болями во всем живот, что, наконец, нередко, да еще притом самые злокачественные, перитониты проходят все свое течение без резких болей, становится понятно, что диагностическое значение боли само по себе не велико. Greigh Smith даже отмечает некоторую обратную пропорциональность между силой боли и злокачественностью самого заболевания.

Большее значение имеет чувствительность к давлению, иногда возрастающая до того, что больной не в состоянии переносить тяжести простыни. Хотя признак этот также не постоянен, но его наличие всегда указывает на раздражение брюшины, и если эта чувствительность распространилась на весь живот, то она дает серьезные указания в пользу признания общего перитонита. Отсутствие чувствительности к давлению, однако, не говорит

против перитонита, так как, говорит Greigh Smith, встречаются случаи, где давящая повязка или довольно тяжелый пузырь с водой, положенный на живот, приносит значительное облегчение.

Чувствительность воспаленной брюшины к давлению, ко всяким механическим воздействиям вызывает очень важный диагностический признак — напряженность мышечной стénки живота, с помощью которой больной инстинктивно стремится удержать в покой свои внутренние органы. Напряженность эта распространяется при общем воспалении на всю стénку, но при местном или в начале общего она нередко ограничивается областью, составляющей непосредственную окрестность первоначального повреждения, и тогда по этому признаку бывает возможно заключить о месте возникновения или главным образом воспалительного процесса.

Такое же значение для распознавания некоторые авторы, напр. Gilbert Barling²⁾, пытались приписать приведению бедер к животу. Несомненно, признак этот может иметь значение, но ведь он наблюдается так часто в случаях, ничего общего с перитонитом не имеющих, как напр. при остром энтерите, что говорить о каком-либо специальном его значении нельзя. В тех случаях, которые мы за четырехлѣтнее пребывание в фак. хир. клиникѣ приходилось видеть, этот признак даже чаще отсутствовал.

Об изменении, которые наблюдаются в дыхательных движениях под влиянием раздражения брюшины, уже было говорено.

Икота, тошнота и рвота — симптомы, являющиеся результатом рефлекса с раздраженной воспалением брюшины, дают обыкновенно очень ценные указания. Икота, которая все учащается, становится все более мучительна и болезненна, один из ранних симптомов в случаях более медленно развивающихся перитонитов, напр. послѣоперационных. Если у больного, подвергавшегося лапаротомии, появилась икота, тогда, когда эти явления уже нельзя было отнести на долю раздражения желудка хлороформом, то в клиникѣ мы всегда считали это недобрым признаком, и сейчас же принимались все меры, могущие предупредить развитие перитонита, а икоту, как признак вообще, придавалось большое диагностическое значение. В развитых случаях болезни икота составляет чрезвычайно мучительное для больных явление, так как каждое судорожное сокращение при ней вызывает жестокие боли.

Тошнота и рвота составляют довольно постоянный, сопутствующий

¹⁾ Loco citato.

²⁾ Brit. Med. Journ. 1895, May 25, 1133.

ций перитониту, так же мучительный для больных, признак, появляющийся рано и сопровождающий и остро-наступающие и более медленно развивающиеся случаи. Greigh Smith¹⁾ пытается охарактеризовать рвоту и тошноту, свойственную перитониту, наводя, что в этом случае она проявляется в несколько иной форме: „Рвота — говорит он — редко бывает очень обильна, как при ущемлениях и непроходимости, но чаще носит характер отрыжек газами и срыгивания жидкости. Больной делает несколько усилий, его тошнит, и затем извергаются 1—2 унции жидкости, что и повторяется от времени до времени. Характерно, что такое состояние продолжается часы, но тошнота держится, и облегчение не наступает. Под конец рвота иногда принимает характер каловой, иногда бывает окрашена желчью или в коричневый цвет. Malcolm²⁾ объясняет эту упорную рвоту и ее характер при перитоните прекращением всасывания в желудок, которого рвота является выразителем. По этому прекращению рвоты указывает на восстановление всасывания и есть добрый признак. Самая жестокая рвота, по Smith'у, бывает при перитонитах от прободения. Заметьте однако здесь, что, как показывают данные наших таблиц, рвота в большинстве случаев отсутствует при прободениях желудка и duodeni. В менее острых случаях и, когда происходит образование гнойников, рвота не так жестока. При перитонитах она то бывает, то нет, и наличие ее всегда характерна для перитонитов постоперационных.

Паралич кишечника, прекращение отхождения газов и испражнений — обычный, ранний и имеющий большое значение для диагностики признак. Несколько позже развивается вздутие живота, как результат этого паралича. Едва ли можно согласиться с von Vesck'ом³⁾, который говорит, что явления ilei, прекращение отхождения газов и испражнений, это явления, характеризующие последнюю стадию перитонита и появляющиеся на 3—4-й день болезни. Если того нельзя сказать об отсутствии в продолжение 1—2 дней стула, так как такой непродолжительный запор вообще еще ничего не доказывает, то прекращение отхождения газов, упорное, не уступающее ни клизмам, ни введенной per rectum трубкой, в тех случаях, которые мы приходим видеть в клиниках,

было характерным, наступившим с 1—2-го дня явлениям, при этом явлении, всегда внушавшим опасение за больного. Признак этот проф. Бобров считает весьма серьезным, и, если удавалось его устранить путем клизм, дачи слабительного или введенной per rectum трубки, больной считался уже почти вне опасности. В более редких случаях развитие перитонита сопровождается поносом. Treves⁴⁾ из 100 случаев перитонита, проследженных им в London-Hospital, в 28 отметил „the bowels loose“, т. е. было послабление на низ.

В собранных нами таблицах на 227 случаев перитонита понос отмечен только 3 раза, а в фак. хир. клиник, за время опубликованных отчетов, наблюдался всего один случай септического перитонита, сопровождавшийся упорным поносом (см. отч. 2, № 743). Больной умер на 3-й день после операции по поводу volv. flexurae sigmoid., при явлениях возрастающего коллапса. По вскрытии найдены перитониты. В истории болезни отмечено наступление поноса точно почти после операции. На следующий после операции день 40 послаблений, несмотря на обильные дозы опиума.

Greigh Smith, по поводу наблюдения Treves, говорит, что там число случаев, сопровождавшихся поносом, чрезвычайно высоко. По его наблюдению, понос чаще встречается в случаях, сопровождающихся образованием местных гнойников, и он никогда не наблюдает поноса при общем перитоните. „Развитие пареза кишечной мускулатуры, — говорит Smith, — соответствует всему, что мы знаем о воспалении вообще; если на лицо понос, мы должны допустить наличие здорового участка или участка мало раздраженного в кишечном канале, лежащего ниже места воспаления“.

„Или это объясняется сильным раздражением слизистой оболочки кишки, благодаря которому происходит обильная трансудация жидкости и отделение слизи, выделяющихся затем более или менее пассивно, что и имитирует понос“.

Понос, сопровождаемый активной перистальтикой, во всяком случае считается всегда очень хорошим знаком, так как благодаря этому кишечник очищается от разлагающегося содержимого и не развивается вздутие живота. Из всего сказанного о параличе кишечника понятно, что для общего перитонита характерным будет и общее равномерное вздутие всего живота, которое, в зависимости от растяжимости и податливости брюшной стенки, может достигнуть огромных размеров.

¹⁾ Loco cit.

²⁾ Obstetrical Soc. of London Lanc. 1895. Jan. 12, p. 95.

³⁾ Beitr. z. kl. Chir. Bd. XX. H. 1. 129.

⁴⁾ Smith. Med. Chir. transaks. 1885.

При очень большом растяжении, благодаря высокому поднятию диафрагмы и расширению в стороны реберных краев, получается некоторое увеличение и расширение поверхности верхней стѣнки живота. Печень, прижимаемая къ послѣдней вздутыми кишками, расправляется подобно тому, какъ это наблюдается, если вынутый органъ положить на столъ на его выпуклую поверхность, благодаря чему теперь къ реберному краю прилежитъ непосредственно лишь болѣе узкая полоска печени, главнымъ образомъ своимъ краемъ (*Kantenstellung der Leber*)¹⁾, и потому при перкусии область тупого звука печени уменьшается. Это явленіе не слѣдуетъ смѣшивать съ исчезаніемъ печеночной тупости, наблюдаемымъ при прониканіи газовъ въ брюшную полость изъ перфорированнаго внутреннего органа или при мѣстномъ развитіи ихъ въ полости живота, подъ влияніемъ газъ-образующихъ микроорганизмовъ.

Исчезаніе печеночной тупости, когда оно есть, является несомнѣннымъ доказательствомъ нахождения свободныхъ газовъ въ полости живота, — слѣдовательно въ громадномъ большинствѣ случаевъ доказательствомъ прободенія гдѣ-либо въ желудочно-кишечномъ каналѣ. Къ сожалѣнію этотъ вѣрный признакъ очень рѣдко отсутствуетъ особенно вначалѣ. Въ собранныхъ нами статистическихъ данныхъ то или другое состояніе печеночной тупости отмѣчено 39 разъ, при чемъ 28 разъ она отсутствовала. Повидимому, въ самомъ началѣ заболѣванія отсутствіе печеночной тупости чаще всего наблюдается при прободеніи желудка. Изъ 28 случаевъ отсутствія ея среди собранныхъ нами 225 случаевъ общаго перитонита на долю прободенія желудка приходится 20. При перитонитѣ въ результатъ аппендицита отсутствіе печеночной тупости отмѣчено 1 разъ на 92 случая операціи по поводу этого заболѣванія. При прободеніи тифозныхъ язвъ печеночной тупости не было 6 разъ на 14 собранныхъ нами исторій болѣзни. Beck²⁾ говоритъ, что хотя прободеніе органа и даетъ возможность содержимому и газамъ выступить въ полость брюшины, но это обыкновенно не совершается такъ быстро, а газы выступаютъ понемногу и постепенно скопляются въ верхнемъ отдѣлѣ живота вокругъ печени. По мнѣнію Beck'a, даже исчезаніе печеночной тупости не столько зависитъ отъ выходения газовъ, сколько отъ образованія ихъ на мѣстѣ въ полости брюшины, почему при небольшихъ прободеніяхъ вначалѣ ихъ можетъ и вовсе не быть. Особенно выходенія газовъ не наблюдается, когда про-

боденіе лежитъ въ высокомъ отдѣлѣ тонкой кишки, такъ какъ желудокъ опоражнивается быстро рвотой, кишки же эти обыкновенно пусты. Съ послѣднимъ взглядомъ Beck'a слѣдуетъ согласиться. Дѣйствительно, въ нашихъ таблицахъ ни разу не отмѣчено исчезанія печеночной тупости при прободеніи *duodeni*, напротивъ при тифозныхъ перитонитахъ оно часто. Что же касается до предположенія, что газы развиваются мѣстно, то оно не подтверждается. Исчезаніе печеночной тупости, преимущественно при прободеніи желудка, органа, въ которомъ физиологически всегда содержится порядочное количество газа, говорить противъ него. Съ другой стороны, лишь 1 случай обильнаго развитія газовъ при прободеніи аппендицита, тогда какъ въ больномъ *appendix* бактеріологическія изслѣдованія въ нашей клиникѣ очень часто доказывали присутствіе газъ-образующихъ микроорганизмовъ, говоритъ также за большую рѣдкость мѣстнаго развитія газа. Несомнѣнный случай такого развитія газовъ въ полости живота приводитъ Kocher³⁾. При вскрытіи живота, по поводу прободенія червеобразнаго отростка, со свистомъ вышло много газовъ. Въ области *appendix* оказался отдѣльный гнойникъ. Черезъ нѣсколько дней газы снова скопились, и брюшину пришлось еще разъ вскрыть для ихъ удаленія. Бактеріологическое изслѣдованіе показало, что въ полости брюшины были *bact. coli comm. immobilis maior* и *mobilis minor*. — послѣдній газ-бильдend. Въ гнойникѣ же былъ найденъ *diplococcus*.

Въ большинствѣ случаевъ остраго перитонита существуетъ тотъ или другой жидкій экссудатъ, наличность, количество и мѣстонахожденіе котораго въ брюшной полости служило и служить для опредѣленія формы заболѣванія. Присутствіе экссудата опредѣляется обычными приемами: постукиваніемъ и опусываніемъ, опредѣленіемъ зыбленія, измѣненіемъ области тупого звука при перемѣнѣ положенія. Однако встрѣчаются случаи, гдѣ экссудатъ, хотя и находится свободно въ брюшной полости и не ограниченъ сращениями, почему-то остается на одномъ мѣстѣ, не стекая въ болѣе глубокіе отдѣлы и не перемѣняясь съ перемѣной положенія. Фактъ этотъ отмѣтилъ Siegel⁴⁾, подтверждая наблюденія Edler'a u. Dörfle'r'a, которые указываютъ, что для острыхъ экссудатовъ, развивающихся вслѣдъ за поврежденіями кишокъ, характерна ихъ односторонность и почти полное отсутствіе перемѣнъ тупого звука съ перемѣной положенія больного. Сколько-нибудь удовлетворительнаго объясненія

¹⁾ Ueber Ileus. Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. IV. H. 2.

²⁾ Die Diagnose u. Therapie d. Perforierenden Bauchverletzungen Beitr. z. kl. Chir. 1898. Bd. XXI. H. 2. S. 395.

³⁾ Koerte, Beck, I. c.

⁴⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 15, S. 5.

этому явлению нетъ, по, повидимому, говорить Siegel, существуетъ какое-то препятствие, которое мѣшаетъ эксудату переливаться слѣва направо и обратно. Знать о такой возможности очень важно, такъ какъ это можетъ избавить въ нѣкоторыхъ случаяхъ отъ ошибокъ и смѣшенія общихъ и мѣстныхъ процессовъ. Однако случаи такого рода представляются, повидимому, лишь болѣе рѣдкими, исключительными, и въ общемъ скопление эксудата въ одномъ мѣстѣ и неизмѣняемость его положенія и конфигураціи скопления говорить за наличность отграничивающихъ сращеній.

Самое опредѣленіе эксудата при перитонитѣ представляется дѣломъ далеко не легкимъ, если вспомнить, что болѣзнь сопровождается обыкновенно чрезвычайнымъ вздутиемъ кишокъ, а эксудатъ стекаетъ въ болѣе глубокие отдѣлы брюшной полости.

Исслѣдованіе *per rectum*, особенно *per vaginam* у женщинъ могутъ дать въ этомъ отношеніи цѣнные указанія, какъ свидѣтельствуя Koerte, Kocher, Forgue и др.¹⁾ Koerte считаетъ очень важнымъ опредѣленіе наличности эксудата, такъ какъ въ этомъ хочетъ видѣть главное показаніе къ оперативному вмѣшательству. Forgue²⁾ говоритъ, что образованіе эксудата, жидкаго или пластическаго, есть уже результатъ борьбы организма съ инфекціей, реакція его на послѣднюю, и до этого дѣло доходитъ только тогда, когда или вирулентность инфекціоннаго начала не очень сильна, или сопротивляемость организма велика, почему образованіе эксудата, и особенно гноя, есть указаніе на работу организма въ смыслѣ самозащиты и, слѣдовательно, на возможность излѣченія. Такого же взгляда держатся Koerte, Mikulicz и др. Отсюда слѣдуетъ, что тѣ, кто хочетъ искать показанія къ вмѣшательству въ наличности эксудата, тѣмъ самымъ отказываются отъ оперативнаго лѣченія, во-первыхъ, болѣе острыхъ случаевъ, во-вторыхъ, отъ очень раннихъ операцій въ самомъ началѣ заболѣванія. Дѣйствительно, какъ ни быстро происходитъ во многихъ случаяхъ образованіе эксудата, все же известное время требуется для скопления такого его количества, которое могло бы быть констатировано въ трудныхъ условіяхъ, да еще тѣмъ относительно несовершенными приемами діагностики, которыми мы теперь обладаемъ. Стремясь во что бы то ни стало опредѣлить эксудатъ, Koerte, Mikulicz, Sonnenburg допускаютъ пробные уколы, хотя сами единогласно указываютъ на ихъ опасность при парализованныхъ кишкахъ

и на возможность даже и при существованіи эксудата, благодаря метеоризму, ничего не получить съ ихъ помощью. Миѣ пришлось наблюдать (въ частной практикѣ съ д-ромъ Рудневымъ) одинъ случай запоротоміи по поводу непроходимости при новообразованіи ilei, гдѣ не было никакихъ данныхъ для признанія наличности эксудата, а при вскрытіи живота оказалось не менѣе 400—500 к. стм. серозной жидкости съ каловымъ запахомъ. Kocher¹⁾ указываетъ на возможность обратной ошибки: «При ileus притупленіе можетъ располагаться такъ же, какъ при перитонитѣ, указывая на наличность свободной жидкости, такъ какъ кишечныя петли, наполненныя жидкими испражнениями и газами, располагаются по законамъ тяжести, какъ и эксудатъ, а граница тупого звука часто измѣняется съ перемѣной положенія больного совершенно аналогично первому случаю. На основаніи всего вышеприведеннаго, изученія литературнаго матеріала, и хотя и небольшого пока, личнаго опыта, можно сказать, что опредѣленіе присутствія эксудата не должно имѣть столь рѣшающаго значенія ни для діагностики, ни какъ показанія къ вмѣшательству. Напротивъ, нахожденіе, распределеніе и свойство эксудата, данныя во время операціи, все это должно быть тщательно и точно отмѣчено.

Еще одинъ признакъ, появляющійся въ конечныхъ стадіяхъ перитонита и потому не имѣющій большого діагностическаго значенія для хирурга, описанъ William Henry Battle²⁾. Признакъ этотъ заключается въ появленіи отека подкожной кѣлѣчатки въ паховой области, а потомъ и на низу живота и мошонкѣ. Онъ наблюдаетъ 2 такихъ случая и въ одномъ впадаетъ въ ошибку въ діагностикѣ, принявъ его за поврежденіе пузыря и мочевою инфильтрацію. Такая ошибка тѣмъ болѣе возможна, что появляется описанный признакъ при самыхъ тяжелыхъ формахъ перитонита, слѣдовательно въ случаяхъ, протекающихъ при тяжелыхъ общихъ и малыхъ мѣстныхъ явленіяхъ. Такое же явленіе описалъ впоследствии Stephens³⁾, а затѣмъ Battle⁴⁾ еще сообщилъ 2 новыхъ случая, при чемъ въ одномъ отекъ распространился на бедро, мошонку и низъ живота.

Чтобы покончить съ клиническими признаками, остается упомянуть о двухъ, стоящихъ на границѣ общихъ и мѣстныхъ, явленіяхъ. Измѣненія въ мочеотдѣленіи въ смыслѣ уменьшенія количества мочи, большой ея насыщенности, иногда съ появленіемъ бѣлка зави-

¹⁾ Loco cit.

²⁾ Traitement des peritonites aiguës. Gaz. Med. de Paris 1897, Nov. 27.

¹⁾ Ueber Ileus, loco cit.

²⁾ Lancet, March. 27, 1897, p. 871.

³⁾ Lanc. April 10, 1897.

⁴⁾ Lanc. 1899, Juli 22, p. 210.

силь отъ ослабленной дѣятельности сердца, интоксикаціи организма и вслѣдствіе того, быть можетъ, раздраженія почечной паренхимы выдѣляемыми токсинами, наконецъ отъ обидненія организма водою, благодаря лихорадочному процессу, образованію экссудата и рвотѣ. Въ самомъ актѣ выведения мочи также наступаютъ разстройства въ смыслѣ задержки вслѣдствіе острой атоніи пузыря, развивающейся отъ тѣхъ же причинъ, что и атонія и параличъ кишокъ, — воспаления серознаго покрова, отека мышечной ткани и отравляющаго воздѣйствія токсиновъ на послѣднюю. Мочи при перитонитѣ бываетъ мало, но она всегда можетъ быть выпущена, хотя въ небольшомъ количествѣ, катетеромъ — въ этомъ отличіе нѣкоторыхъ случаевъ отъ уреміи.

Другой симптомъ — мучительная жажда. Она развивается рано и зависитъ отъ тѣхъ же причинъ — потери жидкости, а главное отъ прекращенія всасыванія изъ желудка, — вотъ почему питье, которое больной продолжаетъ требовать, несмотря на тошноту и рвоту, не утоляетъ жажды, лишь поддерживая нервую. Прекращеніе рвоты и уменьшеніе жажды у больного, это всегда очень добрыя, идущіе рука объ руку, признаки, указывающіе на возстановленіе нормальныхъ отношеній въ желудочно-кишечномъ каналѣ.

ГЛАВА III.

Диагностика
перитонита.

Изъ всего вышеприведеннаго описанія признаковъ, совокупность которыхъ составляетъ рѣзкую и типичную картину септического перитонита, видно, что ни одинъ изъ симптомовъ, въ отдѣльности взятый, не является ни типичнымъ, ни специфическимъ, ни постояннымъ признакомъ болѣзни. Въ одномъ случаѣ могутъ быть одинъ, въ другомъ другіе, въ одномъ преобладаютъ мѣстныя въ другомъ общія явленія. Вотъ это-то непостоянство признаковъ и составляетъ главную причину трудности диагностики болѣзни въ начальномъ періодѣ, — обстоятельство, выдвигающее значеніе опытности и наблюдательности врача. Понятно, почему и въ опискѣ симптомовъ отдѣльные авторы придаютъ не равное значеніе тѣмъ и другимъ признакамъ. «Я больше всего полагаюсь на сильныя боли (у не очень нервныхъ больныхъ), частоту пульса и выраженіе лица», пишетъ G. Barling¹⁾. G. Smith, повидимому, не придаетъ особой цѣны отдѣльнымъ явленіямъ, основываясь на общей картинѣ болѣзни. Несомнѣнно, что это наилучшій способъ вѣрной

диагностики, но въѣдъ и рѣзкая общая картина наступаетъ только слишкомъ поздно.

Charters Symonds¹⁾ также считаетъ важнымъ признакомъ сильную боль, которая, если является въ началѣ болѣзни, есть доказательство ея серьезности. Важнымъ признакомъ, по автору, будетъ, если мѣстная сильная боль ограничена поясомъ чувствительности къ давленію, или, если боль послѣ нѣкотораго успокоенія возобновляется съ новой силой, — иными словами, считаетъ важнымъ боль въ той формѣ, которая указываетъ на прорѣженіе внутреннего органа. Однако, такой же характеръ носить боль и при всякаго рода коликахъ, гдѣ не можетъ быть рѣчи ни о перитонитѣ, ни о кровавомъ вмѣшательствѣ.

«Далѣе важно общее вздутіе живота и неподвижность его стѣнокъ при дыханіи. Тамъ, гдѣ метеоризмъ не уступаетъ до 2-го дня введенной въ rectum газоотводной трубкѣ и клизмамъ съ терпентинномъ, случай долженъ считаться серьезнымъ и прогрессирующимъ». Совершенно признавая важность указанного признака, надо однако сказать что 24—48 час. это такъ много времени, что превосходить сроки, не пропустивъ которые считается важнымъ для успѣха операціи; всѣ авторы единогласно заявляютъ, что для возможности успѣха надо оперировать въ первые 24 часа, а что позже виды на хорошій исходъ чрезвычайно падаютъ. Далѣе важный признакъ — говоритъ Symonds — рвота, но, точнѣе оговаривается, что рвота часто отсутствуетъ при appendicitis perforativa et gangraenosa, а мы, на основаніи собранныхъ данныхъ, прибавимъ, что едва ли не чаще она отсутствуетъ при прорѣженіи желудка, иными словами: при 2 наиболѣе часто вызывающихъ перитонитъ страданіяхъ перитонитъ можетъ нерѣдко не сопровождаться рвотой.

Mikulicz, Tietze и Koerte, подробно разсматривая вопросъ о дифференціальной диагностикѣ перитонита и другихъ заболѣваній и о диагностикѣ мѣста возникновенія болѣзни, совѣтъ обходить молчаніемъ вопросъ, при какихъ собственно явленіяхъ мы въ правѣ признать у больного перитонитъ и предложить ему и окружающимъ операцію.

Заканчивая свои разсужденія о диагностикѣ, Barling²⁾ дѣлаетъ выводъ, что главный пунктъ въ распознаваніи состоитъ въ томъ, чтобы не смотрѣть на какой-либо симптомъ, какъ на рѣшающій

¹⁾ Brit. Med. Journ. 1895. Juni 8. 1255.

¹⁾ Lanc. 1899, vol. 1, p. 710.

²⁾ Loco cit.

дѣло признакъ, а что необходимо обращать вниманіе не столько на отсутствіе того или другого отдѣльнаго явленія, сколько на рѣзкость тѣхъ, которыя есть на лицо. Выводъ Barling'a очень важенъ и, конечно, руководствоваться слѣдуетъ комплексомъ наличныхъ явленій, но къ этому выводу мы, на основаніи наблюденій въ фак. хир. клиникѣ проф. Боброва, прибавимъ слѣдующую поправку. Умышленно, при описаніи симптоматологіи перитонита, мы рѣзко отмѣтили распадение симптомовъ болѣзни на мѣстные и общіе. Заключение Barling'a надо переформулировать такъ. Главное для діагностики перитонита заключается не въ значеніи отсутствія или наличности того или другого признака и не столько въ интенсивности проявленія тѣхъ, которые на лицо, такъ какъ есть формы, при томъ самыя злокачественныя, которыя протекаютъ при очень нерѣзкихъ явленіяхъ, сколько въ комбинаціи симптомовъ мѣстныхъ съ общими. Если при самыхъ рѣзкихъ мѣстныхъ явленіяхъ не будетъ явленій со стороны всего организма, то очень мало вѣроятія ошибиться, сказавъ, что въ данномъ случаѣ имѣтъ разлитого перитонита. По этому поводу приведу случай, гдѣ я экстренно былъ позванъ къ больному, у котораго было заподозрено осложненіе аппендицита гнойникомъ и, можетъ-быть, прободеніемъ. Больной мальчикъ, 8 лѣтъ¹⁾, уже дней 10—12 страдалъ аппендицитомъ. За послѣдніе два дня наступило рѣзкое ухудшеніе: увеличился инфильтратъ въ правой fossa iliaca, поднялась температура, опять появилась тошнота и рвота. Было заподозрено прободеніе. При изслѣдованіи найденъ большой, въ 1½ кулака по крайней мѣрѣ, инфильтратъ. Признаковъ мѣстнаго нагноенія не было. Болѣзненность мѣстная и кругомъ зона чувствительности къ давленію. Послѣдній день газы не отходили, запоръ. Температура 38° съ десятиками. Пульсъ менѣе 100 въ минуту. Общее состояніе удовлетворительно. Признаковъ образования и скопленія гноя не было, прободеніе же по вышесказанному можно было отвергнуть на основаніи хорошаго пульса и удовлетворительнаго общаго состоянія. Назначено было слабительное и клизма, которыя и принесли значительное облегченіе.

Напротивъ, общія явленія, при отсутствіи мѣстныхъ указаній, не должны также внушать особаго опасенія въ смыслѣ возникновенія перитонита, такъ какъ извѣстныя мѣстныя явленія всегда наблюдаются. Мы не придаемъ особаго значенія боли, если имѣтъ другихъ сопутствующихъ явленій, наоборотъ, появленіе икоты,

прекращеніе отхожденія газовъ, какъ я уже говорилъ, имѣютъ большое значеніе. Если, къ этому присоединятся указаніе со стороны пульса, измѣненіе въ выраженіи лица и если, замѣтивъ эти данныя въ-время, внимательно слѣдить за дальнѣйшимъ состояніемъ больного, развитіе признаковъ не ускользаетъ отъ наблюденія, и распознаваніе будетъ сдѣлано быстро и своевременно. Такимъ образомъ возможно успѣть прійти на помощь съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, пока силы больного еще не истощились до такой степени, чтобы осталось уже мало надежды на успѣхъ операціи.

Всѣмъ сказаннымъ еще не исчерпываются тѣ затрудненія, которыя могутъ встрѣтиться при діагностикѣ перитонита у постели больного. Нерѣдко представляется дѣломъ далеко не легкимъ, а подчасъ даже и невозможнымъ, рѣшить — имѣемъ ли мы дѣло съ перитонитомъ или другимъ какимъ-либо заболѣваніемъ органовъ брюшной полости. Въ этомъ отношеніи всѣ авторы, трактуя о дифференціальной діагностикѣ воспаленія брюшины, отмѣчаютъ прежде всего трудность отличить перитонитъ отъ разныхъ формъ внутренняго ущемленія, а въ случаяхъ, гдѣ ущемленіе опредѣлено, исключать нерѣдко сопутствующее осложненіе перитонитомъ.

Въ своемъ прекрасномъ изслѣдованіи, посвященномъ ущемленію и завороту слѣпой книжки Zöge von Manteuffel¹⁾ подробно разбираетъ условія и данныя для дифференціальной діагностики интересующихъ насъ страданій. Еще Wahl раздѣлитъ случаи ущемленія на 2 формы: 1) Strangulationsileus — случай, гдѣ ущемленіе кромѣ непроходимости причинило еще прекращеніе кровообращенія въ ущемленномъ отрѣзкѣ и гдѣ, слѣдовательно, быстро наступитъ омертвѣніе кишечной петли, и 2) Obturationsileus, гдѣ на первомъ планѣ стоитъ самый фактъ кишечной непроходимости, ущемленный же отрѣзокъ не страдаетъ. Придерживаясь собственно тѣхъ же принциповъ, Porrer также дѣлитъ случаи volvulus'a на 2 класса, называетъ ихъ по клиническому теченію острыми и хроническими. Для діагностики имѣетъ большое значеніе мѣстный метеоризмъ. Тамъ, гдѣ удается ощупать опухоль или несимметрическую резистентность, сохраняющую въ полости живота свое положеніе болѣе или менѣе постоянно, можно сдѣлать заключеніе о наличности вздутой кишечной петли, вздутой въ-дѣствие паралича ея благодаря ущемленію питающихъ сосудовъ брыжейки и прекращенію кровообращенія въ ней. Въ этихъ случаяхъ или угрожаетъ омертвѣніе, или оно уже на лицѣ. Если же

¹⁾ Яата 1899 г.

¹⁾ Samml. klin. Vortr. Neue Folge. Ser. 9, № 210.

мы ощущаем опухоль, въ которой можно предположить вздутую кишку, и въ ней замѣчаем перистальтическія сокращенія, то можно считать, что здѣсь 2-й видъ ущемленія съ преобладаніемъ явленій закупорки или, можетъ-быть, непроходимости въ результатѣ суженія или перетяжки безъ нарушенія кровообращенія. Эта послѣдняя форма обыкновенно не можетъ быть смѣшана съ перитонитомъ, такъ какъ начинается и протекаетъ не такъ остро, отличаясь въ то же время проявленіемъ нѣкоторыхъ кардинальных симптомовъ. Часто подобныя приступы появлялись уже и раньше, и уступали терапевтическимъ мѣрамъ. Вздутіе живота здѣсь достигаетъ огромныхъ размѣровъ, рвота наступаетъ поздно, колоссальными массами и съ каловымъ запахомъ, пульсъ долго остается хорошимъ и ниже 100, температура нормальна, а главное — всегда бываетъ возможно наблюдать перистальтическія сокращенія вздутыхъ кишокъ. Особенно типично это явленіе, когда непроходимость развивается отъ медленно дѣйствующей причины, напр. долго существовавшей перетяжки, опухоли кишки и пр., при чемъ гипертрофируется мышечная стѣнка кишки, и тогда сквозы стѣнки огромнаго раздутаго живота вырисовываются кишечныя петли, сокращенія которыхъ видны глазомъ и легко вызываются постукиваніемъ по стѣнкѣ живота или при ощущеніи.

Напротивъ, первый видъ ущемленія (Strangulation), который только и можетъ быть смѣшанъ, и по указанію авторовъ на практикѣ легко смѣшивается съ перитонитомъ, наступаетъ обыкновенно быстро. Иногда предшествуетъ нѣсколько часовъ неловкость, легкая боль. Рвота начинается скоро, обыкновенно вѣдѣтъ съ болью. Пульсъ вначалѣ обыкновенно даже замедленъ и только, когда уже наступитъ омертвѣніе кишки и вѣдѣтвие его раздраженіе брюшины и перитонитъ, учащается за 100, доходить до 140—150 и слабѣетъ. Температура не повышается въ большинствѣ случаевъ. Повышеніе температуры, если таковое наблюдается, можетъ лишь указывать на всасываніе септическихъ продуктовъ, но откуда — изъ кишечнаго канала, или полости брюшины — остается неизвѣстно, почему оно и не можетъ служить для руководства при діагностикѣ. По Kocher¹⁾, напротивъ, повышеніе температуры служить указаніемъ въ пользу діагностики перитонита, хотя отсутствіе его — и на этомъ Kocher особенно настаиваетъ — ни въ какомъ случаѣ не говоритъ противъ перитонита. Пульсъ даетъ болѣе цѣнныя указанія: вначалѣ онъ обыкновенно замед-

ленъ, иногда до 40—50 въ мин., долго въ продолженіе ущемленія остается нормальнымъ и начинаетъ учащаться, какъ сказано, лишь послѣ наступленія омертвѣнія ущемленной кишки. „Когда пульсъ сталъ 110—120, — говоритъ Zoege v. Manteufel, — всегда уже есть перитонитъ, хотя еще не всегда смертельный“.

Есть еще очень хорошій признакъ, наблюдать который приходится передъ самой операціей и который заслуживаетъ самаго серьезнаго вниманія. Мнѣ нигдѣ не приходилось встрѣтить описанія этого признака, но въ клиникѣ онъ постоянно отмѣчался проф. Бобровымъ, который въ своихъ лекціяхъ обращалъ на него вниманіе слушателей. При всѣхъ ущемленіяхъ, наружныхъ и внутреннихъ, когда пульсъ бываетъ уже плохъ подъ вліяніемъ нервнаго истощенія и физической боли, онъ замѣтно улучшается подъ наркозомъ, становясь полнѣе, правильнѣе и безъ перебоевъ. Этого никогда не наблюдается при перитонитѣ, гдѣ наркозъ оказываетъ положительно подавляющее вліяніе на сердечную дѣятельность. Такимъ образомъ, если въ сомнительномъ случаѣ при наркозѣ пульсъ улучшается, надо обратить вниманіе во время операціи на возможность существованія ущемленія. Этой осенью мнѣ пришлось наблюдать очень типичный случай такого рода. Я ассистировалъ д-ру С. М. Рудневу въ частной практикѣ при операціи, которая была предпринята по поводу распознаннаго перитонита въ результатѣ прободенія червеобразнаго отростка. Я давалъ больному хлороформъ, и при наступленіи наркоза рѣзко отмѣтилось улучшеніе пульса. По вскрытіи живота найдена инвагинація тонкой кишки на огромномъ протяженіи, около 1½ аршинъ. До операціи были типичныя явленія прободнаго перитонита: локализція болей, вздутіе, рвота, постепенно принявшая каловой характеръ, частый малый пульсъ, притупленіе перкуторнаго звука *in fossa iliaca dextra* и резистентность, наконецъ припадокъ аппендицита въ анамнезѣ, бывший дѣломъ того же года. Ущемленный отрѣзокъ омертвѣлъ. Аппендицитъ несомнѣнно также существовалъ, такъ какъ червеобразный отростокъ набитъ былъ копролитами, мягкими экскрементами съ 2 виноградинами косточками. Прободенія его однако не было.

Сухость языка, наступающая при ущемленіи, по Zoege von Manteufel²⁾, указываетъ на наступившее затрудненіе дыханія и недостаточное окисленіе крови. Съ такимъ толкованіемъ едва ли приходится согласиться, такъ какъ сухость языка вполне объясняется однимъ разстройствомъ отравленія желудочно-кишечнаго канала и при многихъ подобныхъ разстройствѣхъ вообще наблюдается.

¹⁾ Ueber Heus, I. c.

Хорошим указаніемъ для дифференціальной діагностики служить вышеуказанное оцупываніе вздутой кишечной петли, если оно удается, такъ какъ при общемъ перитонитѣ обыкновенно не удается оцупать ничего подобнаго. Исследующему надо быть очень внимательнымъ, такъ какъ при ущемленіи во время перкуссии или при оцупываніи иногда вызываются, вслѣдствіе механическаго раздраженія, перистальтическія движенія кишокъ. Иногда, если не удается ихъ оцупать, можно бываетъ услышать при аускультации стетоскопомъ легкое урчаніе или переливаніе жидкости, указывающія на возможность вызвать хотя бы и очень слабыя перистальтическія сокращенія. Иногда слышится амфорическій шумъ, указанный Тройновымъ, и звуки падающихъ капель, которыми пытались приписать діагностическое значеніе.

Но эти послѣднія явленія однаково могутъ встрѣтиться и при перитонитѣ и при ущемленіи. Полное отсутствіе перистальтики во всемъ животѣ указываетъ на общій параличъ кишокъ, слѣдовательно на разлитой перитонитъ. Слѣдуетъ отмѣтить, что при ущемленіи можно бываетъ услышать тѣ или другіе звуки, но тамъ, гдѣ лежитъ ущемленная петля (оцупываемая или нѣтъ), бываетъ параличъ и „могильная тишина надъ мѣстомъ ущемленія“, по Zeege v. Manteufel'ю очень характерный для ущемленія, признакъ, который можетъ служить даже для діагностики мѣста ущемленія. По Kocher'у, при ущемленіи, подавляя ритмически съ боковъ, иногда удается вызвать плескъ въ раздутой кишкѣ, такъ какъ въ подости ущемленной петли скопляются жидкія испраженія и газы. Еще одинъ важный признакъ указанъ Koerte ¹⁾. Если клизмами удается вызвать отхожденіе газовъ или испраженій, а состояніе больного въ общемъ не улучшается, то это говоритъ за перитонитъ, такъ какъ если удастся вызвать отхожденіе газовъ при *volvulus*, то это обыкновенно признакъ, что ущемленіе прекратилось. Отхожденіе газовъ въ такихъ случаяхъ вызываетъ рѣзкое улучшеніе. Это обстоятельство такъ постоянно, что можетъ въ сомнительныхъ случаяхъ служить для выясненія діагностики. При инвагинаціи кишки въ общемъ бываютъ тѣ же признаки, какъ и при ущемленіи, и по M. Schüller'у ²⁾ для дифференціальной діагностики могутъ служить тѣ же данныя. Какъ частный, хотя далеко не часто встрѣчаемый, признакъ вѣдренія, Schüller указываетъ появленіе кровавистыхъ испраженій, но и то бываетъ обыкновенно только въ дѣтскомъ

возрастѣ. Вотъ данныя, которыя иногда даютъ возможность опредѣлить заранѣе, имѣемъ ли мы дѣло съ перитонитомъ или ущемленіемъ. Къ сожалѣнію, однако, это возможно далеко не всегда и много остается и будетъ оставаться случаевъ, гдѣ точная діагностика невозможна, а рѣшается вопросъ только при операціи. Koerte по этому поводу говоритъ: „Da beide Affectionen nach unseren Anschauungen den Bauchschnitt erfordern, so ist der Irrtum, der erst durch die Operation aufgeklärt wird, nicht folgschwer, wenn er rechtzeitig erkannt und danach gehandelt wird“.

Наконецъ, нѣкоторое разъясненіе можетъ дать анамнезъ больного; но въ тѣхъ случаяхъ, когда обстоятельства заставляютъ дѣйствовать быстро и анамнезъ собирается насильно, на свѣдѣнія, сообщаемыя больнымъ, который притомъ и самъ находится въ такомъ тяжеломъ положеніи, полагаться очень не приходится.

Еще два страданія, съ которыми, правда лишь въ болѣе рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ, возможно смѣшать перитонитъ, это нѣкоторые экзвивитные случаи копростаза и уремии. Такіе случаи описаны. Такъ, Kocher въ своей работѣ цитируетъ случай Hirtz и Mathieu, сообщившихъ въ засѣданіи Soc. Med. des Hôpitaux de Paris въ 1895 г. случай, окончившійся смертію при явленіяхъ ileus'a и перитонита, гдѣ на вскрытіи ничего кромѣ копростаза найдено не было (не оперированъ). Harrington и Bowlby ¹⁾ также сообщаютъ о случаѣ, гдѣ уже въ періодъ выздоровленія при брюшномъ тифѣ, вдругъ наступили явленія перитонита, была поставлена діагностика прободенія и они оперировали. На операціи въ брюшной полости найдено все нормальнымъ, прободенія не было, обнаружено лишь скопленіе большого количества очень плотныхъ каловыхъ массъ. Случай окончился выздоровленіемъ. Относительно уремии Koerte говоритъ, что послѣдняя въ нѣкоторыхъ единичныхъ случаяхъ можетъ дать картину, чрезвычайно сходную съ перитонитомъ. Рвота, вздутіе живота, уменьшеніе мочеотдѣленія могутъ ввести въ заблужденіе врача, въ особенности въ случаѣ, гдѣ въ полусознаніи находящійся больной реагируетъ стономъ на попытки исследовать животъ оцупываніемъ, да особенно если еще анамнезъ не полонъ или вовсе отсутствуетъ и неизвѣстно, когда и какъ началась болѣзнь. Koerte цитируетъ подобный случай, сообщенный и описанный Barling'омъ.

Различить до операціи отдѣльныя клиническія формы перитонита, узнать хотя приблизительно, насколько распространены или

Дифференциальная діагностика

¹⁾ Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. II, 95. 154.

²⁾ Arch. f. kl. Chir. B. 39, S 845.

¹⁾ Lancet, 30 Janv. 1897, p. 312.



отдельных форм перитонита. Ограничен процесс, все это также представляется немаловажным, так как от решения этих вопросов зависит и способ и время вмешательства. Обыкновенно легко удается отличить самую тяжелую форму перитонита — *peritoneale sepsis* Koerte и Sonnenburg'a. Рѣзкое преобладание здѣсь общихъ явленій и признаковъ интоксикаціи надъ мѣстными воспалительными явленіями могутъ служить руководящими указаніями. Greigh Smith¹⁾ сравниваетъ впечатлѣніе, получаемое при видѣ такихъ больныхъ, съ впечатлѣніемъ, производимымъ умирающими отъ укушенія змѣи или тяжелой формы холеры.

Гнойныя формы перитонита характеризуются менѣе быстрымъ и бурнымъ теченіемъ и полнымъ развитіемъ картины мѣстныхъ явленій. Опасность септическихъ явленій угрожаетъ и велика, но таковая обыкновенно наступаютъ уже послѣ того, какъ развились мѣстныя явленія и когда сама брюшина уже дала реакцію включительно до образованія эксудата, который возможно опредѣлить физическими методами. Опредѣлить по клиническимъ явленіямъ, съ какимъ эксудатомъ имѣемъ дѣло въ каждомъ данномъ случаѣ, есть ли сращения, мѣстная или прогрессирующая данная форма, представляется чрезвычайно труднымъ, подчасъ прямо невозможнымъ. Mikulicz говоритъ, что диагностировать *progredient-eitrige peritonitis* можно лишь съ 3-го, 4-го дня болѣзни, когда за эту форму говорить самая длительность теченія и медленность развитія симптомовъ. Появляющаяся тогда ограниченность болѣзненности, мѣстное вздутіе, присутствіе резистентности, иногда мѣстное скопленіе эксудата служатъ признаками для распознаванія. Чѣмъ слабѣе септическія явленія, тѣмъ больше вѣроятія за то, что процессъ ограниченный. Если эти явленія были рѣзки вначалѣ, а потомъ не усилились и даже имѣютъ склонность къ ослабленію — это говорить съ большой вѣроятностью за ограниченность процесса.

Рѣшить, какой въ данномъ случаѣ эксудатъ, говоритъ Koerte, можно лишь приблизительно, если не дѣлать пробнаго укола. „Пробный уколъ рѣшаетъ дѣло“, говоритъ Mikulicz. Мы уже говорили о той опасности, съ которою этотъ методъ безусловно сопряженъ. Koerte, который въ 1892 году является защитникомъ и приверженцемъ пробнаго укола, въ послѣдней своей работѣ относится къ нему съ гораздо большей осторожностью: отмѣчая его опасность, онъ говоритъ: „Die Proberpunktion, die ich bei vorhandenen Adhaesionen für ganz unbedenklich halte bei richtiger Ausführung, ist bei dem

geblähten entzündeten Darm nicht ohne Gefahr, weil aus einer Stichöffnung desselben weiterer Darminhalt nachsickern kann. Man soll sie also nur dann ausführen, wenn man anders nicht auskommt und nur so, dass man in der Lage ist den Eingriff, das heisst den Bauchschnitt, sofort auszuführen.

Если вынуть въ эти слова столь опытнаго, какъ Koerte, хирурга, то ихъ исполнѣть достаточно, чтобы разъ навсегда отказаться отъ этого диагностическаго приема. Въ самомъ дѣлѣ, если есть опасность уколотъ кишку и изъ этого укола пойдетъ содержимое въ полость брюшины, то этотъ уколъ причинитъ почти неминуемую смерть. Приемъ останется опаснымъ, даже если мы тотчасъ приступимъ къ лапаротоміи, приступитъ къ которой, въ виду сказаннаго выше, придется во всякомъ случаѣ, разъ уколъ былъ сдѣланъ, независимо отъ результата послѣдняго, такъ какъ мы никогда не можемъ быть увѣрены въ томъ, что не проткнули иллой кишечной петли. Даже получивъ несомнѣнно эксудатъ изъ брюшной полости, развѣ можно будетъ поручиться, что игла (всегда придется примѣнить достаточно длинную) не прошла 2 раза стѣнку кишки.

Убѣдительнымъ аргументомъ можетъ служить то, что наблюдается при хроническихъ ищемленіяхъ, когда послѣ вышита кишки для образованія *anus a praeternaturalis*, первый же сквозной уколъ иллой вызываетъ цѣлый фонтанъ жидкихъ экскрементовъ. Это явленіе — очень наглядное доказательство того, какъ опасно колотъ въ темную, даже предполагаая перитонитъ и параличъ кишки, разъ доказано, что смѣшеніе перитонита и ищемленія такъ легко и на практикѣ такъ часто бываетъ. Пока вынутъ игла и будутъ вскрывать брюшину, какъ бы скоро это ни дѣлалось, всегда успеетъ натеять черезъ уколъ достаточное количество кишечнаго содержимаго, чтобы вызвать смертельный перитонитъ. Наконецъ, какую же собственно цѣль можетъ преслѣдовать пробный уколъ, разъ предполагается, что послѣ него необходимъ лапаротомія? Не пропе ли прямо начинать съ этого и при открытіи живота тутъ же убиваться есть ли и каковъ эксудатъ?

Кромѣ того, при лапаротоміи послѣ укола придется искать ту петлю кишки, въ которую попала или могла попасть игла. Сколько это займетъ времени, да наконецъ возможнымъ ли окажется всегда отыскать эту петлю съ маленькимъ слѣдомъ укола, если даже, какъ показываетъ клиническій опытъ, перфорацию извы найти нѣрѣдко бываетъ трудно. А не найти мѣста укола значитъ подвергнуть большого опасности выходенія содержимаго со всѣхъ его

¹⁾ Loco cit., p. 1155.

последствиями! Мы уже говорили раньше, что иногда уколом можно не достать экссудата, хотя он и есть налицо, но этого мало. Чтобы доказать ненадежность пробного укола, приведем еще следующее наблюдение Koerte¹⁾. У больного, у которого развились признаки острого общего септического перитонита, найдена была особая чувствительность и резистентность в правой подвздошной впадине. Там же при перкуссии отмечалось притупление. Считая, что в этом случае перед нами перитонит, начавшийся от червеобразного отростка, Koerte сдѣлал пункцию пробным шприцем и вынулъ густую, желтоватую, чрезвычайно гнилостную жидкость, имѣвшую свойства ихорозно-гнойного перитонического экссудата. Вплоть сдѣлана операція, но при ней не найдено перитонита отъ аппендицита, а оказалось ущемленіе кишки въ Меккелевскомъ дивертикулѣ и общій перитонитъ. Кишка выше мѣста ущемленія была наполнена той самой желтоватой жидкостью, которая была получена при уколѣ. Больной умеръ вскорѣ послѣ операціи. Случай этотъ не только показываетъ, что опасность проколоть кишку существуетъ не въ одной теоріи, но является доказательствомъ, что даже полученные съ помощью укола документы могутъ легко ввести въ ошибку и опытнаго врача. Даже микроскопическое изслѣдованіе, которое могло обнаружить фекальный характеръ полученной жидкости, было бы мало убѣдительно въ подобныхъ случаяхъ, такъ какъ могло быть прободеніе съ изліяніемъ содержимаго кишки въ брюшную полость. Въ силу всѣхъ этихъ соображеній и фактовъ надо отказаться отъ пробного укола и мириться съ невозможностью опредѣлять точно патолого-анатомическій характеръ менѣе острыхъ случаевъ, тѣмъ болѣе, что разъ есть мѣстное или общее скопленіе экссудата, разъ есть явленія, указывающія на присутствіе гноя, то всѣ такіе случаи потребуютъ операціи, безусловно. Когда приступить къ операціи — можно рѣшить, сообразуясь съ особенностями случая, мѣстными показаніями, а главное, соображаясь съ общимъ состояніемъ больного, которое болѣе, чѣмъ свойство экссудата, можетъ характеризовать и интенсивность и распространеніе инфекціи.

Нѣкоторые особенности течения болезни въ зависимости отъ мѣста первоначальнаго возникновения воспалительнаго процесса. Мы уже указывали, насколько это важно въ практическомъ отношеніи

¹⁾ Arch. f. kl. Chir. Bd. XXIV, n. 3, S. 621.

для операціи, а быть можетъ, также для предсказанія. Такъ, Tavel и Lanz¹⁾ указываютъ, что было бы чрезвычайно важно отличать прободеніе толстыхъ и тонкихъ кишекъ клинически, такъ какъ теченіе перитонита при первомъ родѣ страданія несравненно благоприятнѣе, хотя это и кажется парадоксальнымъ на первый взглядъ, такъ какъ толстая кишка въ отношеніи инфекціи стоитъ въ несравненно худшихъ условіяхъ, чѣмъ тонкая. Tavel и Lanz объясняютъ свое положеніе тѣмъ, что содержимое толстыхъ кишекъ не такъ жидко и изліянія его бываютъ не такъ обильны и распространены, а кромѣ того, около толстыхъ кишекъ при ихъ прободеніяхъ почему-то чаще образуются отграниченія сращениями и гнойники, чѣмъ при прободеніи кишекъ тонкихъ. E. Fergue²⁾ указываетъ, что точная діагностика при перитонитѣ необходима, такъ какъ оперативное вмѣшательство должно быть быстро и точно. Кромѣ того вскрывать животъ надо возможно ближе къ мѣсту первоначальнаго источника заболѣванія: пробная лапаротомія здѣсь менѣе умѣстна, чѣмъ въ случаяхъ хроническихъ, такъ какъ чрезвычайно затягиваетъ операцію и вводитъ излишній манипуляціи надъ воспаленными кишками, что иногда ведетъ къ опасному коллапу.

Однако клинической опытъ показываетъ, что нелегко и не всегда возможно сдѣлать заключеніе не только объ источникѣ перитонита въ смыслѣ отдѣльнаго органа или первоначальнаго заболѣванія, но даже и о болѣе грубыхъ и приблизительныхъ топографическихъ данныхъ. Уже давно извѣстно, что очень важнымъ препятствіемъ для распространенія воспаления въ брюшной полости является colon transversum и сѣвшающаяся съ него салыникъ. Это указалъ еще Mikulicz, отмѣтивъ, что благодаря такому природному барьеру, брюшная полость распадается на верхній и нижній этажи. По этимъ этажамъ, каждому въ отдѣльности, воспалительный и гнойный процессы разливаются легко и быстро, но переходятъ изъ одного въ другой болѣе медленно, лишь въ сравнительно длинные сроки и даже не всегда. Опредѣлять первоначально заболѣвшій этажъ клинически было бы очень важно, хотя это и грубая данность; однако оказывается, что и это далеко не всегда возможно. Въ верхнемъ и нижнемъ этажахъ заложены, въ каждомъ по одному, два органа, желудокъ и червеобразный отростокъ, которые оба являются первенствующими по

¹⁾ Loco cit., p. 170.

²⁾ Gaz. Med. 1897. Nov. 20.

частотѣ возникновенія отъ нихъ прободного перитонита. Даже для такъ далеко расположенныхъ органовъ возможно и рѣдко бываетъ смѣшеніе. Случаи №№ 75, 97 таблицы I, №№ 10, 14, 31, 51 таблицы № II среди собраннаго нами матеріала могутъ служить тому доказательствомъ; еще убѣдительнѣе собранные нами 10 случаевъ прободенія двѣнадцатиперстной кишки, изъ которыхъ въ 4-хъ диагностированъ былъ перфоративный аппендицитъ. Анамнезъ больного въ этомъ случаѣ можетъ иногда дать очень цѣпныя указанія въ смыслѣ бывшихъ ранѣ опредѣленныхъ страданій того или другого органа, осложненіемъ которыхъ можетъ быть перитонитъ. Но это все данныя, лишь увеличивающія вѣроятность діагностики, такъ какъ вполне возможно, что ранѣ страдавшій язвой желудка больной заболѣетъ аппендицитомъ съ прободеніемъ, а какъ извѣстно и какъ еще разъ подтверждается собранными нами данными, это осложненіе чаще всего случается именно во время перваго припадка болѣзни.

Мѣсто первоначальнаго появленія боли въ смыслѣ субъективнаго ощущенія и мѣсто наибольшей чувствительности и болѣзненности даютъ цѣпныя указанія, но не слѣдуетъ забывать, что въ вышеприведенныхъ примѣрахъ прободенія желудка этими мѣстами были область пупка и fossa iliaca dextra, что и вводило въ заблужденіе при діагностикѣ. Имѣя въ виду возможное выясненіе вопроса, мы, собирая литературные матеріалы, по возможности, полно составили по оригинальнымъ исторіямъ болѣзней даннаго анамнеза и status praesentis въ соответствующихъ графахъ нашихъ таблицъ.

По частотѣ, какъ причина возникновенія перитонита, первое мѣсто безусловно занимаютъ заболѣванія червеобразнаго отростка. Такъ, въ 1891 г. Krecke собралъ всего 119 случаевъ оперированныхъ по поводу перитонита¹⁾, и среди нихъ 36 возникли вслѣдствіе прободенія червеобразнаго отростка, 12—послѣ прободенія тифозныхъ язвъ, 12—послѣ другого рода прободеній кишечнаго канала, 7—послѣ прободенія желудка и 13—послѣ разныхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ. Среди 71 случая, сообщеннаго Koerte²⁾, 34 возникли на почвѣ прободенія червеобразнаго отростка, 14—отъ заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ, по 6—послѣ прободенія желудка и послѣ ущемленія грыжъ, отъ разныхъ заболѣваній кишекъ, тифа — 4 и т. д. Treves³⁾ нашелъ, что на

¹⁾ Ист. по Tietze.

²⁾ Loco cit.

³⁾ Syst. of surg., vol. II, p. 612.

47 случаевъ перитонита 22 имѣли источникомъ appendix. Holliday нашелъ, что 40% случаевъ аппендицита осложняются перитонитомъ (вѣроятно включая и случаи мѣстнаго перитонита) Ryerston Fowler⁴⁾ нашелъ, что аппендицитъ осложняется перитонитомъ въ 14% всѣхъ случаевъ, а Armstrong⁵⁾ нечисляетъ этотъ % въ 8.

Treves³⁾ указываетъ, что, по Bull'ю, изъ 67 случаевъ перитонита 8 провалились въ полость брюшины. Такимъ образомъ аппендицитъ является наиболѣе часто осложняющимся общимъ перитонитомъ страданіемъ. Среди собраннаго нами матеріала, обнимающаго 225 случаевъ перитонита, леченнаго операцией, 91 случай приходится на перитонитъ при аппендицитѣ. Слѣдующей по частотѣ причиной перитонита, обнимающей 60 случаевъ нашихъ таблицъ, стоитъ прободеніе круглой и двѣнадцатиперстной кишки. Это отношеніе значительно превышаетъ данныя Krecke и Tietze и объясняется тѣмъ, что мы пользовались для своей работы въ широкихъ размѣрахъ англійскими и американскими источниками и, главнымъ образомъ, вообще источниками за послѣдніе годы, чтобы собрать матеріалъ, который бы давалъ отвѣтъ, по возможности соответствующій современному даннѣмъ клиническаго опыта. Между тѣмъ частота заболѣванія круглой и двѣнадцатиперстной кишки въ Англии и Америкѣ и его осложненія прободеніемъ поразительно велика въ сравненіи не только съ Россіей, гдѣ заболѣваніе это, особенно прободеніе, очень рѣдко, но и съ западною Европой. Въ Москвѣ, напр., за послѣдніе годы были сообщены лишь одинъ случай I. Д. Сарычевымъ⁴⁾, и то случай изсѣченія язвы безъ прободенія. Въ факультетской хирургической клиникѣ, несмотря на обильный матеріалъ по хирургіи желудка, за послѣднія 6 лѣтъ операций по поводу язвы и ея осложнений не было. Въ матеріалѣ Krecke встречаемъ лишь 7 случаевъ прободенія язвы, а у Koerte на 71 случай операции прободеніе желудка встречается лишь 6 разъ. Остальные случаи по частотѣ причинъ, вызывающихъ перитонитъ, располагаются среди нашего матеріала такъ: прободеніе при тифѣ 14⁵⁾, подкожныя поврежденія внутреннихъ органовъ пищеварительной трубки—14, какъ послѣдствіе и осложненіе при ущемленіяхъ—9,

¹⁾ Ann. of surg. 1894.

²⁾ Brit. Med. Journal, oct. 9. 1897.

³⁾ Perityphilitis. Изд. 1898 г.

⁴⁾ Хирург. Общ. 1899 г.

⁵⁾ Мы собрали лишь тѣ случаи, для которыхъ удалось найти болѣе подробныя данныя по оригинальнымъ источникамъ.

прободение кишок отъ разныхъ причинъ — 5, вслѣдъ за заболѣваніемъ половыхъ органовъ — 6, послѣ операціоннаго перитонита — 9 случаевъ, проникающихъ въ брюшную полость разнаго рода ранъ, осложненныхъ перитонитомъ, — 6, прободеній желчнаго пузыря — 3, наконецъ, случаетъ, гдѣ ближайшая причина осталась невыясненной, — 7 и 1 случай прорыва гнойника въ брюшную полость.

Весьма интереснымъ представляется отмѣтить, на основаніи имѣющагося опубликованнаго матеріала, тѣ особенности, которыми сопровождается проявленіе и теченіе перитонита въ зависимости отъ мѣста его возникновенія и органа пораженного первоначально. Что такіа особенности, мерущія имѣть діагностическое значеніе, существуютъ, видно, напр., изъ того, что прободение желудка очень нерѣдко кромя другихъ явленій выражается болью, отдающей въ спину, лопатку, плечо и руку, чаще лѣвую. Далѣе, по нашимъ даннымъ видно, что, напр., рвота при перитонитѣ, возникшемъ на почвѣ аппендицита, была во все время болѣзни 54 раза на 91 случай, а при перитонитѣ отъ прободенія желудка и двенадцатиперстной кишки только 11 разъ на 60 случаевъ.

Приступая къ изученію собранныхъ случаевъ съ этой точки зрѣнія, можно сразу оставить въ сторонѣ случаи раненій всякаго рода, распознанныхъ ущемленій и послѣопераціонныхъ перитонитовъ, вообще тѣ случаи, гдѣ ближайшая причина, вызвавшая перитонитъ, ясна сама собою; слѣдовательно, интересъ здѣсь сосредоточивается, главнымъ образомъ, около прободнаго перитонита собственно.

Причиной, вызывающей возникновеніе перитонита въ верхнемъ отдѣлѣ брюшной полости, какъ показываютъ наши матеріалы, чаще всего является прободение желудка, затѣмъ прободение двенадцатиперстной кишки и, наконецъ, желчнаго пузыря. Другія причины, обыкновенно упоминаемая, какъ-то: гнойные инфаркты селезенки, вскрывающіеся въ брюшную полость, гнойные процессы печени и т. д., — все это, повидимому, лишь болѣе рѣдкіе поводы къ развитію перитонита, и перитониты въ результатъ ихъ, вѣроятно, не подвергались еще хирургическому лѣченію, такъ какъ описаній подобныхъ случаевъ намъ не встрѣчалось. Діагностика такихъ рѣдкихъ формъ возможна, конечно, лишь при точномъ анамнезѣ, если ранѣе опредѣлено было и самое вызвавшее осложненіе заболѣваніе. По ихъ рѣдкости и по тому, что въ такихъ случаяхъ чаще образуются первоначально гнойники, говорить о нихъ не приходится.

Для діагностики прободенія желудка важныя указанія можетъ дать анамнезъ. „Часто, — говоритъ Barling¹⁾, — лишь по анамнезу можно догадаться объ источникѣ пораженія“. Если вдругъ наступаютъ явленія перитонита, причина его остается сомнительной, данныя для умозаключенія о ней неопредѣленны, а въ анамнезѣ есть ясное указаніе на язву желудка (кровавая рвота), діагностика въ пользу прободенія очень вѣроятна. Какъ показываютъ наши матеріалы, даже наличность диспептическихъ явленій уже должна обратить вниманіе врача на желудокъ, какъ, напримѣръ, въ № 4 нашей II табл. Къ сожалѣнію, анамнезъ далеко не во всѣхъ случаяхъ даетъ хоть какія-либо указанія. Такъ, на 6 случаевъ прободенія желудка, встрѣтившихся Koerte²⁾, лишь въ двухъ были указанія на диспептическія явленія („Magenbeschwerden“), и ни одинъ изъ 6 случаевъ не былъ распознанъ до операціи, а одинъ остался и при операціи нераспознаннымъ, чему Koerte приписываетъ дурной исходъ операціи, такъ какъ, по его мнѣнію, этотъ случай имѣлъ шансы окончиться благополучно.

По собраннымъ нами даннымъ, обнимающимъ 50 случаевъ прободенія желудка, въ томъ числѣ 1 травматическій разрывъ его, точныя указанія на существовавшую ранѣе язву встрѣтились 15 разъ. Давнишнія страданія диспепсией безъ болѣе точныхъ указаній на язву отмѣчены 21 разъ. Въ четырехъ случаяхъ больные считали себя вполне здоровыми, въ одномъ случаѣ были предшествовавшія за нѣсколько дней болѣе острые желудочныя явленія, въ 1 — отмѣченъ хлорозъ и въ 8 — данныя анамнеза не отмѣчены. Такимъ образомъ лишь въ 37 случаяхъ изъ 50 были указанія на предшествовавшія заболѣванія желудка.

Полъ и возрастъ больныхъ могутъ дать цѣнныя указанія при подозрѣніи на прободение желудка. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ прободение встрѣчается у женщинъ. Въ наши таблицы вошло лишь 3 случая прободенія у мужчинъ (табл. I 84, II 14, III 17), изъ нихъ 1 — травматическій разрывъ. Молодой возрастъ у женщинъ, какъ извѣстно, чрезвычайно предрасполагаетъ къ заболѣванію круглой язвой и, слѣдовательно, къ прободенію. 10 изъ нашихъ случаевъ относятся къ дѣвушкамъ и женщинамъ до 20 лѣтъ, 22 случая — отъ 20 до 25 лѣтъ, уже только 12 случаевъ — отъ 25 до 30 лѣтъ и всего 5 случаевъ — старше 30 лѣтъ,

¹⁾ Loco cit. The Engl. Lect. on the perf. of Gastr. ulcer. Brit. med. Journal. 1895. I. 1312.

²⁾ Loco cit.

въ 1 — возрастъ не отмѣченъ. Слѣдуетъ отмѣтить, что неожиданные, ставящіе въ затрудненіе при діагностикѣ прободенія случаи, относятся, по большей части, къ молодымъ больнымъ. У болѣе старыхъ въ анамнезѣ всегда есть страданія желудка, по большей части, и кровавая рвота.

Что касается до условій, при которыхъ наступало прободеніе желудка, то здѣсь нельзя сказать ничего опредѣленнаго. Вопреки существующему мнѣнію, что прободеніе чаще наступаетъ при наполненномъ желудкѣ, лишь въ 7 изъ нашихъ случаевъ отмѣчено наступленіе его вскорѣ послѣ принятія пищи, 5 разъ прободеніе наступило вдругъ при движеніяхъ, напр. во время работы, поднятія тяжести, 2 раза — во время танцевъ; 1 разъ отмѣчено наступленіе прободенія послѣ приема слабительнаго.

Относительно наступленія признаковъ перитонита при желудочномъ прободеніи и теченія самой болѣзни можно также отмѣтить нѣкоторыя особенности. Начало обыкновенно бурно: были или нѣтъ ранѣе явленія со стороны желудка, все равно — больные поражаются тяжелымъ заболѣваніемъ сразу, среди относительно полнаго здоровья. Начинается дѣло обыкновенно съ очень сильныхъ болей подъ ложечкой и въ области пупка, сразу наступаетъ большая слабость, нерѣдко коллапс до обморока. Такое бурное начало отмѣчено 39 разъ на 50 случаевъ нашихъ таблицъ, въ остальныхъ 11 — не отмѣчено вовсе, какъ началась болѣзнь. Слѣдовательно, бурное начало болѣзни здѣсь очень постоянное явленіе. Боль нерѣдко отдаетъ въ спину, лѣвую лопатку и руку: это отмѣчено 5 разъ среди нашихъ таблицъ и должно считаться характернымъ, такъ какъ не встрѣчается при возникновеніи перитонита изъ другихъ органовъ. Довольно типично также наступающее черезъ нѣсколько часовъ поправленіе отъ первичнаго шока, отъ прободенія собственно, хотя это явленіе наблюдалось также и послѣ прорыва гнойниковъ.

Въ далѣйшемъ теченіи отступаютъ на задній планъ явленія, обращающія вниманіе на желудокъ, и начинаютъ преобладать признаки общаго перитонита. Боль становится разлитой, нерѣдко наибольшая болѣзненность оказывается уже въ области слѣпой кишки, иногда въ лѣвой fossa iliaca, что и ведетъ къ смѣшеніямъ съ заболѣваніями органовъ нижняго этажа брюшной полости, всего чаще съ аппендицитомъ. Характернымъ является то, что мала склонность къ рвотѣ, — этому обычному спутнику перитонита. Еще въ самомъ началѣ, тотчасъ вслѣдъ за прободеніемъ нерѣдко сравнительно наблюдается рвота, а затѣмъ весь даль-

нѣйшій циклъ болѣзни завершается безъ нея. По даннымъ нашихъ таблицъ, на 50 случаевъ перитонита при прободеніи желудка рвота въ теченіе всей болѣзни наблюдалась всего 7 разъ и 9 разъ была только въ моментъ заболѣванія, при чемъ больного рвало 1—2 раза. Въ 4 случаяхъ была только тошнота, въ 14 — рвоты не было вовсе, и въ 17 — о ней не упоминается въ исторіяхъ болѣзни. Общая температура тѣла чаще повышена: такъ выше 37.5 она была 19 разъ, 3 раза отмѣчена нормальной и только 1 разъ — субнормальной; въ остальныхъ температура не отмѣчена.

Очень характернымъ признакомъ для прободенія желудка можно считать исчезаніе печеночной тупости. Много писано о значеніи этого признака для діагностики перитонита отъ прободенія, и всегда отмѣчалось его непостоянство и важное въ то же время значеніе для діагностики. Собранныя нами клиническія данныя показываютъ однако, что наибольшее значеніе нужно приписать этому признаку при діагностикѣ прободенія желудка. Дѣйствительно, желудокъ, — объемистый органъ, всегда, а особенно при нарушенномъ пищевареніи, содержащій много газа въ одной обширной полости, неспособной раздѣляться перегородомъ или сдвинутіемъ, какъ кишка, представляетъ наиболѣе удобныя условія для выходанія газа въ образовавшееся отверстіе. Кишки хотя и содержатъ газы, но при прободеніи быстро парализуются, а потому безъ перистальтическихъ сокращеній большой сравнительно массы газа, нужной для уничтоженія печеночной тупости, легче выступить изъ желудка, чѣмъ изъ кишекъ, особенно тонкихъ, которыя чаще прободаются.

Что касается образованія газовъ *in peritoneo*, то мы уже указывали, что это явленіе надо относить къ болѣе рѣдкимъ.

Въ нашихъ таблицахъ на 225 случаевъ перитонита отсутствіе печеночной тупости отмѣчено 28 разъ, и изъ этого числа 20 приходится на долю прободенія желудка. Если выключить 7 случаевъ (6 — при тифѣ и 1 — при подкожномъ разрывѣ кишекъ), которые не могутъ по существу страданія вызвать смѣшенія въ діагностикѣ, то окажется, что исчезаніе печеночной тупости при rozpoзнанномъ перфоративномъ перитонитѣ неизвѣстнаго происхожденія почти прямо есть признакъ прободенія желудка, такъ какъ 20 случаямъ противопоставляется лишь 1 случай при аппендицитѣ (случай развитія газовъ *in situ*), да и то тупость исчезла здѣсь не съ 1-го дня, какъ бываетъ при прободеніи желудка. Въ 5 случаяхъ отмѣчено, что тупость была на лицѣ, въ остальныхъ — объ этомъ признакѣ не упоминается.

Перейдем теперь къ разсмотрѣнію тѣхъ опубликованныхъ случаевъ, гдѣ была ошибка діагностики. Такихъ случаевъ въ таблицахъ собрано 8. Изъ этихъ случаевъ въ 6 діагностика склонилась къ аппендициту, такъ какъ была на лицо маленкая болѣзненность и резистентность въ fossa iliaca dextra, или опредѣлялось присутствіе экскдата въ маломъ тазу, и 1 разъ (случай 83, табл. I) — въ подлужъ volvulus. Особый интересъ представляютъ 3 случая: 2 — Faure (табл. I 58 и II 14) и 1 — Tietze (табл. II 50). Во всѣхъ трехъ случаяхъ наблюдались рѣзкія явленія перитонита съ указаніемъ на заболѣваніе органовъ нижняго этажа. При операціи найдено обильное скопленіе гноя въ маломъ тазу, при чемъ самый густой гной, видимо главныя массы его, былъ сосредоточенъ на днѣ малого таза. Въ одномъ случаѣ (Faure) гной текъ въ изобиліи со стороны appendix'a. Сверху текла болѣе свѣтлая жидкость, и видимыя явленія раздраженія брюшины не были такъ рѣзко выражены выше. Однако во всѣхъ случаяхъ въ нижнемъ отдѣлѣ не найдено измѣненій, могущихъ быть признанными первоначальной причиной перитонита. Операція была во всѣхъ 3 случаяхъ закончена безъ діагностики, приняты общія мѣры, какъ при перитонитѣ, и всѣ 3 случая кончились смертю. Правильная діагностика сдѣлана на секціонномъ столѣ. Однако во всѣхъ этихъ 3 случаяхъ могла возникнуть мысль о прободеніи желудка, если принять во вниманіе все вышесказанное.

Всѣ 3 перитонита начались очень бурно, съ быстрымъ коллапсомъ, среди полного здоровья: 1 — во время танцевъ, у другой больной — когда она несла корзину по лѣстницѣ, наконецъ у 3-ей — тоже вдругъ и съ большимъ упадкомъ силъ. Всѣ 3 больныя — молодыя женщины 18, 20 и 22 лѣтъ. Уже это, если не до, то во время операціи, могло бы навести на мысль о страданіи желудка, разъ ничего не найдено въ нижнемъ этажѣ брюшной полости. Здѣсь чрезвычайно поучительно скопленіе гноя въ маломъ тазу, введенное въ заблужденіе; но это лишь доказываетъ, какъ быстро и легко распространяется гной по брюшной полости и какъ это основательно въ подобныхъ случаяхъ надежды на образованіе отграниченій вообще. Наконецъ, эти случаи указываютъ тѣ пути, по которымъ разливается гной по полости живота: они — новое вѣское доказательство необходимости дренажа брюшной полости и указатели того направленія, по которому надо идти въ клиникѣ, вырабатывая методику дренажа полости брюшины.

Напротивъ, 2 случая Lennander'a (табл. I 83, 84), 1 — Russel

Stiede (табл. I 112), 1 — Le Dentu (табл. II 10) представляютъ интересъ въ томъ отношеніи, что въ нихъ, несмотря на невѣрную діагностику, при операціи удалось быстро ориентироваться, найти источникъ зараженія, и 3 изъ этихъ 4 случаевъ окончились выздоровленіемъ. Въ одномъ случаѣ, № 83, Lennander колебался въ діагностикѣ между volvulus и appendicitis. Въ области сосѣи было приглушеніе, однако Lennander сдѣлалъ срединный разрѣзъ и сразу нашелъ прободеніе желудка. Еще интереснѣе случай Sidney Philipps'a (табл. I 97). Дѣвушка 20 лѣтъ, 3 года страдала диспептическими явленіями безъ указаній на извѣ. Черезъ часъ послѣ вѣды вдругъ боль въ области желудка, и сразу слабость до обморока. Вскорѣ рвота. На другой день доставлена въ больницу. Главная жалоба на боль in fossa iliaca dextra, однако небольшое приглушеніе тимпанита въ области пупка, легкая резистентность здѣсь же, въ связи съ исторіею начала болѣзни и диспепсией въ анамнезѣ, дали возможность поставить діагностику прободенія желудка и сразу попасть на него черезъ разрѣзъ по средней линіи выше пупка. Благодаря, быть можетъ, быстро законченной операціи и счастливой діагностикѣ, случай, оперированный черезъ 33 часа послѣ прободенія, окончился выздоровленіемъ. Такая вводная въ заблужденіе болѣзненность правой подвздошной впадины, которая наблюдалась въ приведенныхъ случаяхъ, зависить отъ спусканія гноя и содержимаго желудка по законамъ тяжести вдоль colon ascendens. Вслѣдствіе скопленія раздражающихъ веществъ развивается болѣзненность и болѣе рѣзкое воспаленіе брюшины этой области.

Рѣже гной спускается по colon descendens, и тогда болѣзненность можетъ сосредоточиться въ лѣвой fossa iliaca, какъ, напр., было въ случаѣ 97 табл. I. Вообще и при невѣрной діагностикѣ въ началѣ, во время операціи могутъ встрѣтиться такіа данныя, которыя обратятъ вниманіе оператора на желудокъ. Такъ, напр., въ полости живота могутъ быть замѣчены пищевыя вещества или содержимое можетъ быть окрашено желчью. По Koerte, надо прямо обратиться къ желудку, если въ брюшной полости будетъ найденъ мало-гноинный экскдатъ съ кислымъ или типичнымъ для рвотныхъ массъ желудочнымъ запахомъ. По Czerny, на прободеніе желудка указываетъ нахожденіе въ брюшной полости невоиничныхъ газовъ.

Немного можно прибавить къ сказанному, чтобы покончить съ вопросомъ о діагностикѣ прободенія двѣнадцатиперстной кишки. Діагностика этого страданія еще труднѣе. Цитируя мнѣ-

не Makenzie, Ванах¹⁾ говорить, что здесь чаще всего бывает смятение съ аппендицитомъ, такъ какъ боль, начавшись, какъ обыкновенно при перитонитѣ, въ области пупка, быстро сосредоточивается въ правой сторонѣ живота. Если не было предшествовавшихъ указаній на язву въ видѣ кровавой рвоты и черныхъ кровавыхъ испражнений, диагностика возможна бываетъ лишь на операціи; а очень часто ставилась лишь посмертно, при аутопсіи. Таковы были, напр., 2 случая, описанные Makenzie²⁾, 3 случая Lookwood'a³⁾, 2 случая Marmaduke Scheild⁴⁾, случай Bigg'a⁵⁾. T. Escher⁶⁾ въ своемъ случаѣ (III) прямо отказался отъ операціи изъ-за невозможности диагностики и на аутопсіи, послѣдовавшей въ 24 часа смерти отъ перитонита, нашелъ прободеніе duodeni. Въ нашихъ таблицахъ собрано всего 10 случаевъ прободенія duodeni (таб. I 17, 71, 82, 85, 101, 125. Таб. II 26, 27, 65. Таб. III 2). Въ этихъ 10 случаяхъ 7 разъ боли локализовались въ правой половинѣ живота, притомъ 3 раза въ области сосѣи, какъ при аппендицитѣ, а 4 раза нѣсколько выше, въ остальныхъ 3 случаяхъ онѣ были разлитыми. Кровотечения кишечныя и желудочныя были въ анамнезѣ лишь 3 раза, 5 разъ диспепсія и 2 раза прободеніе наступило среди полного здоровья. Значеніе пола и возраста не было здѣсь таково, какъ при язвахъ желудка: было 4 женщины въ возрастѣ отъ 20 до 34 лѣтъ и 6 мужчинъ въ возрастѣ отъ 22 до 55 лѣтъ. Интересно, что вѣрная диагностика была поставлена всего 2 раза, въ случаяхъ 82 и 101 (Lennander и Perkins), въ остальныхъ прободеніе duodeni было случайной находкой: 1 разъ была поставлена диагностика язвы желудка, 5 разъ опредѣленъ аппендицитъ и 2 раза къ операціи приступили въ виду перитонита безъ точной диагностики.

Еще слишкомъ мало накопилось матеріала, чтобы указать что-либо характерное въ диагностическомъ отношеніи для перитонита при прободеніи желчнаго пузыря. Намъ удалось собрать всего пять случаевъ операцій по поводу этого рода перитонита. Локализация боли въ правой половинѣ живота и здѣсь, повидимому, характерна. Таковъ случай Faure (таб. I 62). Боль здѣсь также отда-

вала въ спину и лѣвую руку, какъ и при прободеніи желудка. Явленія наиболѣе напоминали прободеніе червеобразнаго отростка, и операція предпринята именно при этой диагностикѣ. Другой случай Marmaduke Scheild (таб. I № 110) также оперированъ при нефрѣйной диагностикѣ: здѣсь прободеніе случилось во время тифа, и явленія заставляли думать о прободеніи кишечной язвы, ради чего, собственно, и оперировали. Прободеніе пузыря найдено было при операціи и внимательство увѣнчалось полнымъ успѣхомъ.

Въ 3-мъ случаѣ Zoubert и Lereboullet (таб. I 127) прободеніе случилось во время припадковъ желчныхъ коликъ, при наличности желтухи и 7 лѣтъ страданій желчными камнями въ анамнезѣ. Такой случай, конечно, не могъ представить затрудненія въ диагностикѣ источника перитонита, разъ послѣдній случился.

Еще случай оперированъ Koerte и тамъ, повидимому, прободеніе пузыря было случайной находкой¹⁾. Пятый, интересный въ диагностическомъ отношеніи случай, описанъ Thelwall Thomas'омъ²⁾. Случай этотъ нами въ таблицы не внесенъ, такъ какъ здѣсь, надо считать, былъ лишь химическій перитонитъ въ результатѣ раздраженія брюшины излившейся желчью; септического перитонита не было. Самъ авторъ отмѣчаетъ, что случай этотъ тѣмъ интереснѣе, что были на лицо всѣ признаки септического перитонита, но на операціи соответствующихъ измѣненій брюшины не найдено и послѣдующее теченіе было чрезвычайно благополучно. Дѣло идетъ о мальчикѣ 14 лѣтъ, который упалъ и ударился животомъ о каменный полъ. Черезъ сутки развились всѣ явленія септического перитонита (пульсъ 138). Черезъ 32 часа (18/VІ 1898 г.) операція въ расчетѣ найти подкожный разрывъ кишки. При вскрытіи брюшины сейчасъ же потекла желчь, и, следовательно, получено ясное указаніе на источникъ заболѣванія. Пузырь оказался оторваннымъ отъ печени и на немъ разрывъ стѣнки. Сдѣлано зашиваніе. Полость живота обильно промыта солянымъ растворомъ и дренирована. Послѣдующее теченіе весьма благопріятно. Уже на 2-й день — отхожденіе испражнений и газовъ. Свинецъ закрылся на 16-й день. Къ сожалѣнію, не было сдѣлано бактериологическаго изслѣдованія содержимаго брюшной полости.

Честъ перваго указанія на то, что червеобразный отростокъ можетъ быть источникомъ перитонита, принадлежит Langer и

¹⁾ Больн. газ. Б. 1898 г., стр. 183.

²⁾ Lanc. 1888, Dec. 1.

³⁾ Ibid. Oct. 27, 1894.

⁴⁾ Ibid. May 11, 1895.

⁵⁾ Med. Rec. Aug. 3, 1895, p. 167.

⁶⁾ Zur Laparotomie bei Perforationsperit. Wien. kl. Wochenschr. 1897.

¹⁾ Mitt. aus d. Gr. d. Med. u. Chir. Bd. II, H. 1, 2, S. 171.

²⁾ Brit. Med. Journ. Nov. 5, 1898, p. 1406.

Willermay¹⁾, а в настоящее время все авторы единогласно свидетельствуют, что этот орган является самым частым источником септического перитонита (см. стр. 38, 39).

Установить, что данный перитонит возник на почве страдания червеобразного отростка, во большинстве случаев не представляет такой трудности, как при перфоративном перитоните: от страданий других органов. Обыкновенно явления перитонита предшествуют некоторое время признаки страдания червеобразного отростка более или менее резкие; чаще прободение наступает во время уже диагностированного приступа аппендицита, наконец, благодаря самой частоте страдания, врачебная опытность здесь больше, чем в других случаях, и мало кому не приходилось видеть подобные случаи самому. Затруднение здесь гораздо чаще встречается в том, чтобы определить момент, когда собственно совершилось прободение и начался общий перитонит. В противоположность например прободениям желудка или кишок при тифе здесь не редки непреодолимая трудность. Один из опытейших знатоков аппендицита Sonnenburg, слова которого я здесь привожу целиком, так пишет об этом: „При этих (т.-е. на почве аппендицита) воспалениях брюшины течение бывает самое различное, определить род и распространение такого воспаления представляется чрезвычайно трудным: здесь еще нет возможности ставить анатомическое распознавание. Самые доброкачественные серьезные перитониты, которые бывают более или менее распространены, экссудат при которых обыкновенно стерильный, всасывается хорошо, не оставляя следов или лишь небольшие сращения, или бывает так называемый „раздражения брюшины“, являются реакцией здоровой брюшины, на существующее по соседству раздражение. Если сюда присоединяется инфекция, то она быстро распространяется, находя себе удобную почву. Такой переход вначале клинически уловить очень трудно, хотя уменьшение местных явлений со стороны кишки, повышение температуры и явления со стороны общего состояния указывают на развитие инфекции с некоторой вероятностью, а не вызывая на развитие инфекции с некоторой рефлекторное воздействие со стороны нутрии, так как возможно рефлекторное воздействие со стороны всегда существующего в окружности червеобразного отростка ограниченного перитонита“²⁾. Некоторое затруднение для диагностики

заключается еще в том, что прободение в значительном большинстве случаев наступает во время первого приступа, и у большинства больных в анамнезе аппендицита нет. Так Fitz на 256 случаев перитонита от аппендицита нашел, что на долю прободения при повторных приступах приходится всего 11% случаев. Среди собранных нами 91 оперированных случаев прободения appendix'a и общего перитонита 76 приходится на долю первого приступа, на долю 2-го — 3 случая, 4-го — 1 случай, повторных 2 и наконец в 8 случаях не отмечено, при котором по счету приступов произошло прободение.

Вопреки указанию о частом отсутствии рвоты при перитоните от аппендицита, рвота является очень постоянным спутником: так в 54 случаях отмечена рвота во все время, в том числе 8 раз каловая и 4 раза желчная; 2 раза рвота наблюдалась только вначале, 32 раза отметки в историях больных нет и всего 3 раза отмечено отсутствие рвоты. Таким образом в наличности рвоты в некоторых случаях можно было бы усмотреть данное для дифференциальной диагностики с прободением желудка. Мы уже сказали выше, что перитонит присоединяется к уже ранее определенному аппендициту: так было в 51 из собранных нами случаев, где явления перитонита начались спустя от 3 до 4 дней от начала заболевания аппендицитом. В 27 случаях отмечено бурное начало болезни, однако с ясными указаниями на аппендицит, и только 6 раз отмечено бурное начало без всяких указаний на заболевание червеобразного отростка, при чем 2 раза начало совпало с тлесным напряжением, сделанным самим больным.

Интересно отметить, что в случаях, сопровождающихся прободением, редко наблюдается наличность характерных для аппендицита местных изменений в области слепой кишки; так инфильтрат в области кишки отмечен лишь 9 раз, в том числе 1 раз прощупывался чрезвычайно утолщенный appendix (табл. IV № 8). Притупление в области слепой кишки тимпанического звука отмечено лишь 24 раза. 3 раза дело шло очевидно о прорвавшемся в полость брюшины периаппендикулярном гнойнике, так как бывшая ранее опухоль исчезла, вместе с наступлением признаков прободения (табл. I 22 и табл. II 55 и 56).

Только по одному разу отмечено исчезание печеночной тупости и понос. В остальных случаях упорный запор, метеоризм и неотхождение газов — правило. Типичным для прободения appendix'a явлением оказывается очень повышенная температура, что

¹⁾ Arch. Gen. de Med. 1827.

²⁾ Mitt. aus d. Gr. d. Med. u. Chir. 1898, Bd. III, H. I, S. 1.

значительно рѣже встрѣчается при перитонитахъ, возникающихъ на другой почвѣ. На это указали Sonnenburg и подтверждаютъ наши сборныя таблицы. Температура не отмѣчена точно 32 раза остальные 59 распределяются, такъ: нормальная температура была 4 раза; повышение не болѣе 38° С. 7 разъ, отъ 38 до 39° С. 17 разъ и наконецъ выше 39° С. 31 разъ. Вѣроятно, въ этомъ, характерномъ для прободенія червеобразнаго отростка, повышеніи температуры и лежить объясненіе того, почему нѣкоторые врачи считаютъ необходимымъ признакомъ общаго септического перитонита повышение температуры, противъ какового мнѣнія и настаиваетъ Кохеръ, очень предостерегающій отъ того, чтобы полагаться при діагностикѣ на температуру.

Немногое остается прибавить ко всему сказанному о діагностикѣ перитонита вообще по поводу диагностики прободенія кишечнаго канала. Прободеніе кишекъ при тифѣ было предметомъ многихъ работъ за послѣднее время. Гесселевичъ и Ванахъ¹⁾ собрали 56 оперированныхъ случаевъ прободенія при тифѣ и подробно разработали материалы по этому предмету, Monod et Vanverts²⁾ также подробно описали и собрали не менѣе обширную статистику предмета, J. S. Platt³⁾ и другіе авторы изучали тотъ же предметъ. Подробно разбирая діагностику, они не указали никакихъ типическихъ признаковъ для прободенія тонкихъ кишекъ при тифѣ. Всѣ данныя для диагностики не выходятъ за предѣлы того, что нами сказано о перитонитѣ вообще, и діагностика основывается на опредѣленіи перитонита при наличности предшествующаго перитониту заболѣванія тифомъ. Мы уже говорили о возможныхъ въ этихъ случаяхъ ошибкахъ, и теперь прибавимъ лишь, что вообще при прободеніи тонкихъ кишекъ относительно часто наблюдается исчезаніе печеночной тупости.

Другія патологическія причины для прободенія кишечника, какъ-то: туберкулезъ, язвы послѣ дизентерій въ толстыхъ кишкахъ и т. д., принадлежать къ болѣе рѣдкимъ и въ діагностическомъ отношеніи наименѣ разработаннымъ этиологическимъ моментамъ, почему о нихъ говорить не приходится.

При діагностикѣ подкожныхъ поврежденій кишекъ могутъ встрѣтиться иногда значительныя затрудненія. Прежде всего необходимо помнить, что сила полученнаго удара и степень измѣненія кожныхъ покрововъ и мышечной стѣнки почти не имѣютъ значенія.

¹⁾ Жит. Русской Хир. 1897 г., кн. 3.

²⁾ Revue de Chir. № 3, 1897.

³⁾ The lancet 1899, Febr. 25.

Th. Bryant¹⁾ приводитъ 2 очень интересныхъ въ этомъ отношеніи случая: въ одномъ—дѣвочка 7 лѣтъ получила ударъ въ животъ брошеннымъ издалека небольшимъ камнемъ, почти не оставившимъ слѣда ушиба; между тѣмъ оказался подкожный разрывъ тонкой кишки, извѣстный послѣдствіемъ смертельный исходъ. Въ другомъ случаѣ, представляющемъ противоположную крайность, по животу мальчика переѣхало колесо тяжелаго экипажа, въ которомъ сидѣло двое взрослыхъ. Получились большія поврежденія покрововъ въ смыслѣ ушиба, но подкожнаго поврежденія внутренностей не произошло.

Школы, наступающій послѣ поврежденія, есть признакъ его серьезности, а наступленіе его послѣ нѣкотораго улучшенія—признакъ кровотеченія или прободенія полого органа. Интересно, что иногда наблюдается отхожденіе газовъ и испражнений послѣ разрывовъ кишечника. Тотъ же Bryant упоминаетъ о двухъ случаяхъ, гдѣ въ одномъ—послѣ разрыва тонкой кишки въ 3 ф. отъ *volvulae Baichinii* 2 дня наблюдалось отхожденіе газовъ и испражнений, а въ концѣ 2-го дня послѣдовала смерть отъ перитонита, и поврежденіе обнаружено на вскрытіи, а во второмъ—то же самое наблюдалось въ теченіе 4 дней послѣ разрыва ilei въ 4 футахъ отъ мѣста влітія въ *coecum*. Слѣдовательно, и здѣсь діагностика прободенія основывается на признакахъ начинающагося перитонита послѣ полученнаго удара по покровамъ живота. Изслѣдованія Eichel'и²⁾ показали, что моментомъ, благоприятствующимъ разрыву, является расслабленное состояніе мышечной стѣнки въ моментъ удара, при напряженной же брюшной стѣнкѣ, напротивъ, экспериментально не удавалось получить разрыва. Что касается болѣе точнаго опредѣленія мѣста поврежденія кишки, то мы еще не имѣемъ данныхъ, чтобы судить до операциіи о томъ, какой именно отдѣлъ поврежденъ. Быть можетъ, въ будущемъ удастся получить какія-либо руководящія данныя, если будутъ отмѣчать связъ мѣста, въ которое полученъ ударъ, съ отдѣломъ кишечника, подвергшагося поврежденію. Весьма вѣроятной дѣлаютъ эту возможность послѣднія изслѣдованія проф. Зернова о расположеніи брыжейки и тонкой кишки въ полости живота, указывающія, что каждый отдѣлъ тонкой кишки занимаетъ обыкновенно свой участокъ брюшной полости, располагаемая болѣе или менѣе постоянно въ зависимости отъ мѣста прикрепленія ея брыжейки у задней стѣнки брюшной полости и ея длины³⁾.

¹⁾ Lanc. 1895., т. II, стр. 1096, 1154 и 1422.

²⁾ Beitr. z. kl. Chir. XXII. H. 1. 1898. S. 219.

³⁾ См. Анатомія проф. Зернова, послѣднее изданіе, Силанухнологія.

ЧАСТЬ II.

Лечение разлитых острых воспалений брюшины.

История хирургического лечения обостренного перитонита, его цели и задачи. История оперативного лечения септических перитонитов собственно не восходит дальше начала 80-х годов последнего столетия. Все сообщаемое ранее о попытках хирургического лечения перитонита, попытки делать пункцию труакаром, как при асците, и даже вскрывать разрезом скопление гноя, о котором упоминают Leyden, выступивший первый с предложением лечить перитонит оперативно в 1884 году, и Kaiser¹⁾, не имеют в сущности ничего общего с вырабатываемыми теперь методами лечения. Все это было не более как вскрытие тьмы или другим способом инкапсулированных гнойников, уже просившихся наружу, после того как силами природы они были плотно отграничены от брюшной полости и направлены в своем распространении к брюшной стенке. К. Kroenlein справедливо возстаёт против желания только что именовавшихся авторов приписать мысль и предложение лечить хирургическим путем общий перитонит A. G. Richter'у (1826 года). Он указывает, что из работы Richter'а явствует, что, деля свое предложение, он имел в виду совсем не то, что хотят ему приписать Kaiser и Leyden. Kroenlein приводит выдержку из работы Richter'а, которая показывает, что он имел в виду скопление в полости живота какой-то млечной жидкости (milchige Feuchtigkeit), а не гной или содержимое кишечника (или желудка). Наконец, очевидно, что имелось в виду страдание хроническое, вкратце всего то, что известно под именем ascites chylosus, который и предлагалось лечить парацентезом. В другом месте его работы, напротив, говорится о встречающихся в брюшной полости экссудатах, при чем упоминается примесь таких элементов,

как кровь, желчь, фекальные массы, пищевые части, гной и на ряду с этим, как нечто особое, упоминается Milchsaft (вышеуказанная млечная жидкость). Итак, — заключает Kroenlein, — приходится прийти к выводу, что прежнее время ничего не знало о хирургическом лечении гнойных и септических перитонитов в их остром stadium или в начале болезни, при развитии воспалительных явлений. Мысль поискать, наконец, последнее средство к излечению этой грозной болезни во вскрытии живота и, при прободении внутренних органов или произвольно зародившемся (spontane) перитоните, удалить возможно скоро излившиеся каловые или пищевые массы и образовавшийся экссудат, побороть угрожающий сепсис всем арсеналом антисептических средств, защитить прободение в пострадавшем органе — эта мысль принадлежит последнему времени развития науки.

Первоначально явилась мысль о лапаротомии при проникающих и подкожных повреждениях внутренних органов с целью защитить поврежденные органы, очистить, по возможности, полость живота от изливавшегося содержимого органов и тем предупредить развитие перитонита.

Такие известные хирурги, как Nussbaum, Albert, Hueter, Gross, считали в этих случаях операцию вполне показанной, и Bouilly и Lloyd²⁾ первые привели эту мысль в исполнение. Kocher'у посчастливилось, повидимому, первому спасти лапаротомией больного после огнестрельной раны желудка, которую он зашил, а вскоре Тилингу в Петербурге³⁾ удалось сделать успешную операцию при колотой ране желудка. Напротив, Beck, на основании своего довольно большого опыта, категорически отвергал оперативное вмешательство при повреждениях внутренних органов, предпочитая выжидать и оставить больному „хотя бы минимальные шансы на выздоровление“, на которые позволяют рассчитывать силы одной природы, помогая последней всеми терапевтическими мерами, способствующими благоприятному исходу болезни.

Таким образом до 1884 г. вопрос о лечении перитонита операцией не выходил за пределы тех случаев, где вмешательство, так сказать, напрашивалось само собой, в виду очевидности причины болезни и явной возможности ее устра-

¹⁾ 1883 г. Bull. de la Soc. de Chir.

²⁾ St. Petersb. med. W. 1884 г. № 44.

³⁾ Ueber die operat. Beh. Bauchempyem. Arch. f. kl. Chir. Bd. XV, S. 74.

нить или обезвредить. Вот почему первым, предложившим хирургическое лечение при перитонитѣ, по всей справедливости долженъ считаться Leiden, который 24 марта 1884 г., на заседании съезда терапевтовъ въ Берлинѣ, выдвинулъ на очередь вопросъ о возможности хирургической помощи при общемъ септическомъ перитонитѣ, какъ травматическомъ, такъ и самопроизвольномъ (spontane).

Говоря о внутреннемъ леченіи перитонита и отмѣтивъ его неудовлетворительность при всѣхъ формахъ болѣзни, Leiden говоритъ, что съ нѣкоторыхъ поръ онъ перѣдко сталъ размышлять о возможности прійти на помощь при перитонитѣ съ хирургическимъ внимательствомъ. Здѣсь же онъ сообщаетъ, что уже 2 года назадъ по его мысли Rose оперировалъ въ одномъ случаѣ общего перитонита, но, къ сожалѣнію, съ неудачнымъ исходомъ. Приблизительно одновременно горячимъ сторонникомъ операціи при перитонитѣ, особенно послѣоперационномъ, выступаетъ Lawson Tait¹⁾, говоря: „When the doctor is in doubt and the patient in danger make an exploratory incision and deal with what you find as best, as you can...“

Предложеніе Leiden'a послужило толчкомъ, возбуждившимъ интересъ хирурговъ къ леченію перитонитовъ. Вскорѣ появилось сообщеніе Mikulicz'a (на 57-мъ съѣздѣ въ Мардебургѣ), напечатанное въ Samml. klin. Vortr. № 262 (Chir. 83) и работа его же въ Arch. f. kl. Chir. N. 39. S. 756. Почти одновременно выступаютъ со своими работами Kroenlein, Czerny, Escher, Poelchen, Lucke, далѣе Steinthal, Wietzel и др. Въ 1892 году появилось первое сообщеніе Koerte, обнимавшее тогда уже 19 собственныхъ случаевъ. И, наконецъ, въ 1895 году вышла работа Mc. Burney, которая положительно должна считаться классической. Авторъ приводитъ 24 оперированные имъ случая перитонита при аппендицитѣ, изъ которыхъ 14 окончились выздоровленіемъ. На основаніи личныхъ наблюденій и опыта авторъ является горячимъ поборникомъ влажнаго асептического метода и горячо стоитъ за промываніе очень теплымъ солянымъ растворомъ и дренажъ, положительно осуждая всякія антисептическія мѣропріятія. Хотя со времени появленія работы Mc. Burney прошло всего 5 лѣтъ, очень немного времени, но для вопроса объ оперативномъ леченіи перитонита — это уже $\frac{1}{3}$ его жизни, и потому поразительнымъ является то впечатлѣніе современности, которое

получается при изученіи этой работы. Она предвосхитила почти всѣ взгляды и выводы, встречающіеся въ послѣднихъ работахъ европейскихъ хирурговъ, какъ Tietze, Koerte, Lennander, Bode и др., напечатанныхъ въ послѣднихъ номерахъ медицинскихъ журналовъ. На ряду съ этими работами, составляющими капитальныя основы вопроса, въ литературѣ разсыпаны массы казуистическихъ сообщеній объ единичныхъ случаяхъ операціи, которые собрать всѣ не представляется физической возможности. Tietze¹⁾ прямо говоритъ, что первоначально онъ думалъ для своего изслѣдованія собрать всѣ имѣющіеся въ литературѣ случаи, но вскорѣ долженъ былъ отказаться отъ такого плана за его невыполнимостью. Желая, по возможности, выяснитъ настоящее положеніе дѣла, главнымъ образомъ съ клинической стороны, мы сдѣлали попытку собрать данныя, хотя бы за послѣднія 6 лѣтъ, возможно полно и такимъ образомъ составить статистическій матеріалъ, который бы позволилъ дать заключеніе о современномъ положеніи хирургическаго леченія перитонита и въ то же время послужилъ матеріаломъ для рѣшенія возникающихъ вопросовъ на основаніи клиническаго опыта.

Странный на первый взглядъ фактъ, что въ то время, когда уже оперировали при гнойныхъ и инфекціонныхъ процессахъ въ другихъ полостяхъ тѣла человѣческаго, не являлось мысли о возможности операціи и при перитонитѣ, находить себѣ достаточное объясненіе въ томъ страхѣ передъ пораненіемъ брюшины, который царилъ въ доантисептическое время въ медицинѣ, и въ той увѣренности въ безусловно-роковомъ теченіи перитонита, которая выразилась въ словахъ „одного изъ первыхъ берлинскихъ хирурговъ, приводимыхъ Schulz'омъ“²⁾. На свой вопросъ: „Что дѣлать съ больнымъ перитонитомъ?“ онъ услышалъ такой отвѣтъ: „Оставить его лежать покойно“. Это было 10 лѣтъ до появленія статьи Schulz'a, т.-е. въ 1887 г., всего 14 лѣтъ назадъ. Нужно было развитію техники лапаротоміи вообще, нужно было освоиться, привыкнуть къ мысли о вѣроятной побѣдѣ новыхъ хирургическихъ методовъ надъ септическими процессами, и, конечно, только тогда, когда врачи не стали опасаться септическихъ осложнений при операціяхъ, а съ имѣющимся осложненіемъ научились бороться и побѣждать ихъ, могла явиться мысль о борьбѣ съ казавшеюся дотогдѣ безусловно смертельной болѣзью.

¹⁾ Loco cit.

²⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXIV. II. 5 и 6. S. 443.

¹⁾ Brit. med. Journal, 1883. S. 1155.

Къ сожалѣнію, и посейчасъ мы еще далеки отъ окончательнаго торжества, но тѣмъ не менѣ результаты таковы, а сообщенія объ удачныхъ случаяхъ, все учащаясь съ развитіемъ и усовершенствованіемъ техники и діагностики, стали такъ нерѣдки, что все это поощряетъ къ дальнѣйшимъ работамъ и обѣщаетъ еще болѣе плодотворные результаты.

Вѣковой опытъ научилъ, что результаты выжидательнаго и терапевтическаго лѣченія септическаго перитонита болѣе тѣмъ печальны: это единогласно подтверждаютъ всѣ авторы. Аналогія должна была натолкнуть на мысль объ оперативномъ лѣченіи гнойныхъ и септическихъ процессовъ въ полости брюшины, и первоначальныя неудачи и на первый взглядъ недостаточно хорошіе результаты новаго лѣченія не могли и не могутъ остановить хирурговъ на пути дальнѣйшихъ работъ. Лѣченіе разрезами и дренажемъ гнойныхъ процессовъ въ другихъ частяхъ тѣла человѣка даетъ блестящіе результаты, мы были свидѣтелями, какъ и тамъ лѣченіе постепенно завоевывало все новыя области; теперь очередь за брюшиной, и въ томъ, что избранный путь правеленъ, можно быть увѣреннымъ потому, что въ законахъ біологическихъ, съ которыми имѣютъ дѣло патологія и фізіологія, нѣтъ исключеній, какъ нѣтъ ихъ въ физикѣ и математикѣ.

Каждый изъ исключеній объясняется тѣми или другими особенностями случая, комбинаціей разныхъ новыхъ условий, и въ изученіи этихъ особыхъ условий для брюшины лежитъ и залогъ успѣха, — залогъ побѣды науки. На нашихъ глазахъ лѣченіе перитонита дѣлаетъ успѣхи: совершенствуется діагностика, совершенствуется техника, улучшаются и результаты.

Очень вѣроятно, что въ силу самой тяжести и быстрого теченія болѣзни никогда не будутъ достигнуты при разлитыхъ перитонитахъ столь же хорошіе результаты, какъ при мѣстныхъ гнойникахъ, но уже теперь процентъ излѣченія, колеблющійся въ предѣлахъ отъ 20 до 40% у отдѣльныхъ авторовъ, нужно считать огромнымъ успѣхомъ въ сравненіи съ чуть ли не 100% смертности, что наблюдалось до хирургическаго лѣченія.

Попытки оперативнаго лѣченія, конечно, прежде всего были направлены на случаи прободнаго перитонита, имѣя въ виду зашиваніе прободныхъ отверстій и удаленіе тѣмъ самымъ первоначальной причины болѣзни, и только въ послѣднее время перитонитъ самъ по себѣ сталъ служить показаніемъ къ операціи. Оперативное вмѣшательство можетъ имѣть цѣлью, съ одной стороны, непосредственно воздействовать на самый болѣзненный процессъ,

съ другой — облегчить или уничтожить хотя часть тѣхъ симптомовъ или послѣдствій болѣзни, которые угрожаютъ жизни больного. Что касается первой части задачи, то она достижима лишь въ малой степени. Дѣйствительно мы не имѣемъ средствъ при операціи дѣйствовать на воспалительный процессъ специфически, и наше воздействие на него ограничивается лишь удаленіемъ раздражающихъ брюшину воспалительныхъ продуктовъ, иногда удаленіемъ первоначальной причины и, наконецъ, главное, воздействием самаго разреза и дренажа, какъ испытаннаго кровообращеніе путемъ уменьшенія внутрибрюшнаго давленія, а токъ жидкости направляется наружу, вслѣдствіе чего и уменьшается воздействие скопившихся и образующихся въ дальнѣйшемъ воспалительныхъ продуктовъ.

Этимъ, конечно, уже много сдѣлано, но не менѣ важно и то, что благодаря хирургическому вмѣшательству возможно поставить организмъ въ условія болѣе благопріятныя для борьбы съ болѣзнію. Уже Wegner въ 1876 году отмѣтилъ, что однимъ изъ главныхъ моментовъ, обуславливающихъ тяжесть болѣзни и быстрый роковой исходъ, оказывается огромная способность брюшины къ всасыванію и наступающее благодаря послѣднему отравленіе септическими продуктами. Отмѣтивъ чрезвычайно благопріятныя условія, въ которыхъ находится заживленіе незаживленныхъ ранъ брюшины, Wegner выражается такъ о случаяхъ, гдѣ присоединяется инфекция: „In diesem Falle wird aus der gutartigen Wunde eine in hohem Grade bedenkliche und in den meisten Fällen geradezu lebensgefährliche. Hier tritt in den Vordergrund und beherrscht die ganze Scene die enorme Aufsaugungsfähigkeit der Bauchhöhle“¹⁾.

Вотъ въ томъ, чтобы, по возможности, ослабить и уничтожить это опасное осложненіе, и нужно усматривать одну изъ главныхъ задачъ операціи. Эту цѣль преслѣдуетъ тщательное очищеніе полости брюшины вымываніемъ или вытираніемъ и дренажъ. Уменьшеніе внутрибрюшнаго давленія, благодаря разрезу, также способствуетъ уменьшенію всасыванія изъ полости брюшины и кишки. Опорожненіе кишекъ во время операціи посредствомъ пункции (Senn, Kocher), наложенія фистулы (Закловъ), вымыванія per rectum (Zoega v. Manteufel), такъ рекомендуемая въ послѣднее время, преслѣдуетъ тѣ же цѣли: уменьшить аутоинтоксикацію организма. Къ сожалѣнію, пока недоступнымъ оказывается прямое воздействие на доказанное микроскопическими изслѣдованіями развитіе микроор-

ганизмовъ въ самой толщѣ брюшины и лимфатическихъ путяхъ ея. Стремление къ этой цѣли путемъ примѣненія антисептическихъ обмываній и обтираній справедливо сравнивается по бесполезности съ такими же обмываніями при дѣченіи рожи. Однако и на эти процессы операція должна оказать благоприятное воздѣйствіе, такъ какъ заложенные дренажи и тампоны направляютъ къ себѣ токъ жидкости и увеличиваютъ трансудацию¹⁾. Улучшенное благодаря операціи кровообращеніе въ брюшинѣ есть, во всякомъ случаѣ, очень важное обстоятельство для самозащиты и борьбы организма противъ этихъ вѣдравшихся въ толщу брюшины враговъ.

Попытки бороться съ перитонитомъ мѣстнымъ примѣненіемъ антисептикъ всякаго рода должны теперь справедливо считаться осужденными и оставленными, такъ какъ онѣ приносятъ больше вреда, чѣмъ пользы. Последнее слово въ этомъ вопросѣ принадлежитъ Mc. Burney²⁾. Къ этому предмету еще придется вернуться при изученіи вопроса объ асептикѣ и антисептикѣ при перитонитѣ.

Еще важное дѣйствіе операціи надо видѣть въ облегченіи дыханія и сердечной дѣятельности, которыя въ случаяхъ, сопровождающихся метеоризмомъ, чрезвычайно затрудняются благодаря отѣсненію кверху діафрагмы. Всѣ эти факты составляютъ главные основанія, которыя заставляютъ оперировать больныхъ перитонитомъ. Koerte³⁾ сравниваетъ показаніе къ операціи при перитонитѣ съ показаніемъ къ трахеотоміи при дифтеритѣ, которая уже признана операціей, имѣющей въ извѣстныхъ случаяхъ право гражданства. Показаній къ первой операціи, въ смыслѣ ожидаемаго благоприятнаго воздѣйствія, больше. Обѣ имѣютъ, кромѣ того, то общее *raison d'être*, что дѣлаются при жизненномъ показаніи, результаты же по Koerte для лапаротоміи лучше. Этотъ фактъ Koerte признаетъ вполне достаточнымъ, чтобы дать право гражданства и лапаротоміи при перитонитѣ.

ГЛАВА II.

Значеніе обмываній, разлитыхъ и мѣстныхъ перитонитовъ и возможныхъ извѣданныхъ

Возраженія противъ хирургическаго вѣдательства, приводимыя противниками оперативнаго дѣянія, сводятся, въ сущности, къ 2 моментамъ. Первое и наиболѣе существенное возраженіе то, что операція можетъ способствовать развитію общаго перитонита, гдѣ таковаго еще не было, или такъ, или иначе помѣшать

¹⁾ Мнѣніе проф. Снегирева, „Маточное кровотеченіе“, стр. 681.

²⁾ Loco cit.

³⁾ 2-ая часть Mitt. aus d. Gr. Bd. II. H. 1. 2. S. 157.

процессу отграничиться; вторая часть возраженія сводится на вредное воздѣйствіе операціи на больного въ смыслѣ ухудшенія общаго состоянія, отчего уменьшается способность организма бороться съ болѣзnią и ускоряется смертельный исходъ.

Прежде чѣмъ говорить о томъ, насколько велика опасность при операціи сдѣлать общимъ перитонитъ до того мѣстный, надо установить болѣе точно, какіе случаи считать мѣстнымъ перитонитомъ, какіе — общимъ. Въ этомъ отношеніи далеко еще не пришли къ соглашенію отдѣльные авторы: слишкомъ мало отмѣчаютъ далеко неодинаковое значеніе тѣхъ случаевъ, гдѣ инфекция разлита свободно по всей брюшинѣ и гдѣ она встрѣчаетъ препятствія во образѣ склеекъ и сращеній, какъ при прогрессирующемъ гнойномъ перитонитѣ. Въ большинствѣ случаевъ такіе по существу процесса различные случаи описываются выстѣ, мало того въ рубрику общихъ перитонитовъ нерѣдко попадаютъ болѣе обширные гнойники, что особенно часто встрѣчается во французскихъ работахъ. Чтобы признать перитонитъ общимъ, Barling¹⁾ считаетъ обязательнымъ, чтобы въ процессъ были захвачены и поддиафрагмальные пространства²⁾. Deansley требуетъ, чтобы гной 1) поднимался до пупка, 2) занималъ оба боковые отдѣла живота, 3) отграничивался лишь неплотными спайками. Koerte, очень тщательно разбирая свои случаи съ интересующей насъ точки зрѣнія, пишетъ: „Der Umstand, dass sich an einzelnen Stellen Verklebungen zwischen den Därmen finden, spricht an und für sich noch nicht gegen das Vorhandensein einer diffusen Entzündung, denn Verklebungen in geringer oder grosser Ausdehnung fand ich auch fast stets bei den Sectionen. Es kommt darauf an ob die Entzündung an den Verklebungen halt gemacht hat, oder ob sie dieselbe übertroffen und weitere Strecken des Bauchfells ergriffen hat“, т.-е. существенный моментъ для опредѣленія общаго перитонита заключается въ томъ, есть ли на лицо рѣзкое отдѣленіе воспаленной части брюшины отъ здоровой сращениями, не позволяющими воспалительнымъ продуктамъ, образовавшимся въ болной части, развиваться по здоровому еще отдѣлу брюшины. Поэтому намъ кажется несправедливымъ стремленіе Koerte установить новое понятіе о разлитомъ (diffuse) въ отличіе отъ общаго (allgemeine) перитонита: „Ich setze daher den Ausdruck diffuse, d. h. weitverbreitete Entzündung nicht gleich mit dem der allgemeinen totalen Entzündung des Bauchfells“.

¹⁾ Edinb. Med. Journal. Dec. 1899 Cit. по Dussetty.

²⁾ Brit. Med. Journal. Febr. 12. 1898.

говорит Koerte, отъѣвая въ то же время, что клинически невозможно установить, распространяется ли процессъ на всю брюшину, или лишь на очень большую часть ея. Насколько необходимо строгое раздѣленіе случаевъ отграниченнаго перитонита въ указанномъ выше смыслѣ, какъ формы, представляющей совершенно отдѣльную клиническую единицу, настолько дѣленіе на разлитые и общіе представляется намъ лишь дѣленіемъ по степени развитія болѣзни въ своемъ теченіи: разлитая форма въ дальнѣйшемъ теченіи охватываетъ всю брюшину, и если больной проживетъ достаточно долго, то на секціонномъ столѣ найдемъ общій перитонитъ. Это одна и та же форма, но въ разныхъ стадіяхъ развитія.

Положеніе дѣла здѣсь очень напоминаетъ исторію развитія ученія о перитифлитѣ и аппендицитѣ. Только когда будутъ больше оперировать случаи перитонита, выяснится подробнѣе и точнѣе патологія процесса, о которомъ пока мы судимъ больше по посмертнымъ картинамъ, изучаемымъ въ анатомическомъ театрѣ. Успѣха дѣленія, — успѣха болѣе полного, а не въ исключительныхъ только случаяхъ, можно ждать лишь тогда, когда, научившись распознавать болѣзни, мы будемъ оперировать больныхъ въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни, т.-е. въ случаяхъ diffuse peritonites по Koerte.

Вторымъ важнымъ клиническимъ различіемъ представляется намъ неодинаковая длительность теченія болѣзни: ни экспериментальные на животныхъ, ни наблюдаемые въ клиникѣ случаи общаго септического перитонита не затягиваются въ теченіи: смерть наступаетъ въ немногие дни, по мнѣнію Tietze рѣдко въ недѣльный срокъ и позже пятого дня. Въ этомъ рѣзкое отличіе даже отъ progredient eitrige peritonitis, который тянется гораздо дольше.

Тщательное и точное раздѣленіе представляется намъ очень важнымъ для клиническихъ дѣлей и въ смыслѣ пониманія патологическаго процесса, и вытекающихъ отсюда показаній къ операціи. Tietze¹⁾ въ своей работѣ приводитъ опыты, которые онъ дѣлалъ съ цѣлью доказать благотворное вліяніе тампонады по Mikulicz'у. Не касаясь здѣсь этой задачи автора, о которой будемъ говорить, разбирая вопросъ о дренажѣ брюшной полости, отмѣтимъ другое не менѣе важное соображеніе, вытекающее изъ опытовъ Tietze, котораго притомъ самъ авторъ вовсе не отмѣчаетъ. Уже давно сдѣлано наблюденіе, что способность къ всасыванію, вообще огромная для брюшины, уменьшается при воспаленіи.

Tietze, вызвавъ образованіе отграниченій путемъ іодоформной тампонады, изолировать такимъ образомъ участки брюшины. Конечно, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что эти изолированные участки подвергались воспалительнымъ измѣненіямъ подъ вліяніемъ тампонады и воздуха, и вотъ, желая испытать прочность своихъ спаекъ и значеніе отграниченій, Tietze вносилъ на отграниченныя области метиленовую синьку и порошокъ цѣанкали.

При этихъ опытахъ, кромѣ образованія плотныхъ спаекъ, было отмѣчено, что вводимыя въ отграниченныя участки вещества всасывались очень медленно: метиленовая синька проникала неглубоко и почти не попадала въ лимфатическіе пути, отравленіе цѣанкали наступало лишь спустя много времени, напр. первые признаки черезъ полчаса, а смерть черезъ 2—3 часа, тогда какъ контрольные опыты, гдѣ ядъ вводился на одинаковую поверхность здоровой брюшины, кончались смертію въ 5—7 минутъ.

Пониженіе всасывательной способности брюшины при воспаленіи было также доказано экспериментально Schnitzler'омъ и Ewald'омъ¹⁾, и эта огромная разница въ способности всасыванія здоровой и измѣненной брюшины не можетъ не имѣть самаго существеннаго значенія для клиники. Дѣйствительно факту этому вполне соответствуетъ наблюденіе, что сравнительно малое вліяніе оказываетъ на организмъ иногда колоссальное количество гнойнаго гноя, заключеннаго въ интраперитонеальномъ гнойникѣ. Наоборотъ, глубокое пораженіе организма вызывается при ничтожныхъ измѣненіяхъ въ брюшной полости во время септического перитонита или при прорывѣ небольшого даже гнойника въ брюшную полость. При воспаленіи брюшины образуется эксудатъ. Врядъ ли кому придетъ мысль приписать его образованіе здоровому еще отдѣлу брюшины, тогда какъ на основаніи вышеприведенныхъ фактовъ весьма вѣроятнымъ представляется, что здоровый еще отдѣлъ брюшины будетъ этотъ эксудатъ всасывать вмѣстѣ съ растворенными въ немъ токсинами, которые такимъ путемъ попадутъ въ кровь и вызовутъ общія явленія. Представленіе о такомъ антагонизмѣ больныхъ и здоровыхъ участковъ врядъ ли можно считать маловероятной гипотезой. За нее говорятъ факты, и тѣ случаи острѣйшаго перитонита, гдѣ послѣ смерти находятъ мало измѣненій въ брюшинѣ и лишь слѣды эксудата, какъ нельзя лучше, объясняются подобнымъ предположеніемъ, которому соответствуетъ и слѣдующее клиническое наблюденіе: тамъ, гдѣ скопится много

¹⁾ Loco cit., стр. 24.

¹⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLI. S. 341.

экссудата, воспалительныя явления на брюшинѣ болѣе рѣзки, течение болѣзни бываетъ болѣе благопріятно.

Если допустить такое предположеніе, то за нимъ необходимо логически послѣдуетъ представленіе о постоянномъ стремленіи экссудата течь по капиллярному пространству брюшины отсюда, гдѣ онъ образуется, туда, гдѣ онъ всасывается, то-есть отъ больного участка къ здоровому. Это долженъ быть естественный способъ разноса инфекціи по брюшной полости, быть можетъ имѣющій не меньшее, если не большее, значеніе, чѣмъ перистальтическія движенія кишокъ, при которыхъ, по изслѣдованіямъ проф. Зернова, кишечныя петли собственно мало перемѣщаются. При допущеніи возможности естественнаго разноса инфекціи врядъ ли будетъ возможно операцию обвинять въ томъ, что при ней инфекція еще мѣстная разнесена будетъ по всей брюшной полости. При осторожной и разумной техники скорѣе, напротивъ, удастся остановить распространеніе, направивъ токъ жидкости наружу, къ ранѣ, путемъ дренажей и полосокъ, соответственно расположенныхъ.

Очень убѣжденно говорить объ этой возможности (Tietze¹⁾): „Я не сомнѣваюсь, что достижимо съ помощью ея (тампонады по Mikulicz²) ограничить начинающійся перитонитъ въ его первоначальномъ очагѣ или, по крайней мѣрѣ, такъ уединить послѣдній, чтобы изъ него не было возможно дальнѣйшее поступленіе бактерій въ брюшную полость“. Дѣйствительность такой тампонады засвидѣтельствована и другими авторами, напр. Henle²⁾ сообщаетъ слѣдующій поучительный случай. Аппендицитъ съ очень тяжелымъ общимъ состояніемъ, быстро прогрессирующимъ за точное пребываніе въ клиникѣ. На слѣдующій день операція. Вскрытъ здоровый отдѣлъ брюшины, а въ области сосѣди найденны плотныя спайки кишечныхъ петель. Съ принятіемъ тщательныхъ предосторожностей вскрытъ гнойникъ съ очень вонючимъ гноемъ, съ куриное яйцо величиной, и рядомъ нѣсколько меньшихъ. Отверстіе расширено. Для отграниченія здоровой брюшины — тампонада по Mikulicz², а въ гнойникъ — дренажъ и полоска марли. Послѣдовало выздоровленіе, несмотря на то, что, казалось бы, была полная возможность инфекціи брюшины. Подобные случаи вообще не составляютъ большой рѣдкости. Опытъ фак. клиникъ также доказываютъ дѣйствительность тампонады и особенно отграниченія здоровыхъ участковъ брюшины отъ инфицированной области съ

Тампонада
іодоформной
марлей и от-
дѣленіе боль-
ныхъ участ-
ковъ брюши-
ны съ по-
мощью іодо-
формныхъ
салфетокъ.

помощью іодоформныхъ салфетокъ. Проф. Бобровъ въ широкихъ размѣрахъ пользуется при операціяхъ этимъ обкладываніемъ и отдѣленіемъ съ помощью салфетокъ, которое лучше дѣйствуетъ, чѣмъ просто тампонада, такъ какъ инфицированный участокъ оказывается отграниченнымъ правильными чередующимися слоями марли, черезъ которые жидкость можетъ проникать къ здоровой брюшинѣ, только фильтруясь а не протекая по промежуткамъ между отдѣльными комками или полосками марли. Такое процѣживаніе, конечно, болѣе способствуетъ осѣданію и задержкѣ взвѣшенныхъ частицъ и микроорганизмовъ. Кромѣ непосредственнаго отграниченія среди образованнаго изъ салфетокъ чашкообразнаго пространства, въ которомъ лежитъ предполагаемый инфицированный органъ (какъ напр. желчный пузырь въ случаяхъ 1211, 1213 отчета клиники), вокругъ больного органа закладывается рядъ полосокъ марли, которыя и выводятъ наружу. Очень хорошій примѣръ, доказывающій цѣлесообразность описаннаго метода отграниченія представляетъ случай операціи при почечныхъ камняхъ (№ 1230 отчета), гдѣ при выдѣленіи почки среди вонючаго піонефротического гноя случился порядочный разрывъ брюшины, въ которой были видны кишечныя петли. Несмотря на очевидную опасность такого осложненія, тѣмъ болѣе, что по топографическимъ условіямъ не удалось зашить разрыва, благодаря отграниченію брюшины іодоформными салфетками отъ загрязненной гноемъ раны, послѣдующее теченіе прошло совершенно гладко. Можно было бы привести еще много подобныхъ примѣровъ изъ практики клиники при операціи аппендицитовъ изъ тѣхъ случаевъ, гдѣ встречались гнойники или очень плотныя приращенія appendix'a и вытекалъ гной или рвался червеобразный отростокъ и вытекало его содержимое, и гдѣ описанное обкладываніе салфетками всегда давало желаемые результаты. Ничто подобное описанному методу отграниченія предлагаетъ Polk¹⁾ для частныхъ случаевъ sepsis'a, исходящаго изъ матки при абортѣхъ, и въ случаяхъ послѣдородныхъ зараженій. Взамѣнъ экстирпаціи пораженной матки, которую совѣтовали другіе гинекологи, Polk предлагаетъ, чтобы избѣжать перитонита, черезъ слѣзную по средней линіи лапаротомію тщательно отграничить больную матку іодоформными салфетками. Это даетъ, по его мнѣнію, даже лучшие результаты, чѣмъ экстирпація.

Немногое можно сказать противъ возраженія, что при операціи можно легко нарушить отграничивающія сращенія. Это вопросъ,

¹⁾ Loco cit., p. 34.

²⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1896, № 32 Vereinsbl. № 21. Schlesische Ges. und so weiter.

¹⁾ Practitioners Soc. of New York. Med. Rec. 1895, Mar. 30.

техники и осторожное или болѣе грубое производство операций въ рукахъ самого хирурга. По приведеннымъ выше даннымъ, можно смѣло сказать, что если бы, вопреки воли оператора, и случилось нарушение цѣлости отграничивающихъ сращеній, то это можно считать относительно неопаснымъ осложненіемъ, буде оно своевременно замѣчено. Интересный случай такого рода сообщаетъ Sonnenburg¹⁾. Больной уже 5 недѣль страдалъ аппендицитомъ съ развитіемъ экссудата. Предпринята была операція, при чемъ оказалось, что прилежащая кишка при ощупываніи пальцемъ полости гнойника легко рвалась. Вслѣдствіе этого пришлось сдѣлать резекцію большого куска тонкой кишки, концы которой были соединены пуговкой Murphy. Далѣе, при опорожненіи затека и гнойника по направленію къ наховому каналу, здѣсь также произошло разрывъ стѣнки кишки, припаянной къ стѣнкѣ живота. Эта кишка не могла быть резецирована благодаря спаикамъ, а потому здѣсь пришлось ограничиться тампонадой. „Интересно то“, пишетъ Sonnenburg, „что исключительно только обширной тампонадой удалось предохранить отъ зараженія вскрытую на большемъ протяженіи полость живота, несмотря на то, что изъ прорванныхъ кишекъ выдѣлялись каловыя массы“. Послѣдовало полное выздоровленіе, а пуговка Murphy отошла черезъ недѣлю.

Въ подобныхъ случаяхъ въ тампонадѣ и закладываніи йодоформной марли мы имѣемъ могущественное предохранительное средство, чтобы защитить здоровую еще брюшину, и, слѣдовательно, страхъ нарушить существующія сращения не можетъ быть достаточнымъ основаніемъ, чтобы отказаться отъ операціи.

Далеко не такъ просто рѣшить вопросъ, можетъ ли хирургическое вмѣшательство прешагивать образованію отграничивающихъ спаекъ, которыя, допускается, могли бы образоваться, если бы не была предпринята операція. Вопросъ этотъ стоитъ очень близко къ вопросу объ условіяхъ и причинахъ, вызывающихъ перитонитъ общій и отграниченный. Знанія наши въ этой области далеко еще не полны и не точны, почему представляется весьма интереснымъ собрать и подвергнуть критической оцѣнкѣ тѣ данныя, которыя имѣются въ литературѣ, и проверить заключенія, къ которымъ они приводятъ, въ особенности сопоставивъ результаты опытовъ съ клиническими наблюденіями.

Еще въ 1877 г. Wegner²⁾ показалъ, что для развитія септиче-

скаго процесса въ брюшной полости недостаточно одного попадания туда микроорганизмовъ, въ отношеніи къ которымъ брюшина обладаетъ значительной степенью сопротивляемости, даже превосходящей такую для другихъ тканей тѣла. Изучая этотъ вопросъ далѣе, Grawitz³⁾ и Pawlowsky⁴⁾ пришли къ довольно противорѣчивымъ результатамъ. Согласно въ томъ, что патогенные микроорганизмы, будучи внесены въ брюшину, переносятся животными безвредно, они существенно расходятся въ своихъ взглядахъ на воздѣйствіе внесенныхъ въ брюшную полость гноеродныхъ микроорганизмовъ. Pawlowsky, на основаніи опытовъ на кроликахъ, пришелъ къ заключенію, что внесеніе гноеродныхъ микроорганизмовъ въ полость брюшины производить вообще общій перитонитъ; Grawitz, напротивъ, указалъ, что такое введеніе микроорганизмовъ переносится животными безъ вреда, если они вводятся възмѣнными въ могущихъ быть быстро всосанными количествахъ воды и не въ чрезмерно большомъ количествѣ. Напротивъ, такое же внесеніе микроорганизмовъ вызываетъ перитонитъ, если брюшина была такъ или иначе раздражена, и появилась воспалительная реакція. Послѣдующіе исследователи присоединяются къ взглядамъ Grawitz'a; такъ, Walthard, проверяя важность нарушенийъ цѣлости брюшиннаго покрова, показалъ, что при вполнѣ асептической техникѣ, послѣ предварительной перевязки одного рога матки у кролика, послѣдующее впрыскиваніе гноеродной культуры въ вену, кромѣ разбѣганныхъ гнѣздъ въ организмѣ, никогда не вызываетъ перитонита, тогда какъ, если такимъ животнымъ вносили культуру въ полость брюшины, тотчасъ развивался общій перитонитъ, котораго не получалось у контрольныхъ предварительно не оперированныхъ животныхъ⁵⁾. Къ такимъ же результатамъ, какъ Grawitz, пришли Pischewin et Petit⁶⁾, Reichel, Krafft, Laruelle (по Silbersch.). Послѣдній изучилъ гистологически брюшину, измененную тѣми факторами, которые благоприятствуютъ развитію инфекціи, и нашелъ въ этихъ случаяхъ, при обработкѣ серебромъ, эндотелиальныя клѣтки болѣе или менѣе разрушенными или сильно поврежденными. Этими и объясняется предрасположеніе къ инфекціи. Интересно, что всѣ исследователи получали при своихъ опытахъ или отсутствіе реакціи, или развитіе общаго перитонита, но о развитіи мѣстныхъ гнойничковъ они не

¹⁾ Char. ann. XI. 1886.

²⁾ Virch. ar. f. Path. An. Bd. 117. 1889.

³⁾ Virch. no Wieland'y.

⁴⁾ Nouv. Arch. d'obstet. et de Gynec. X année, p. 433.

¹⁾ C. f. Chir. 1898, № 42, 1057 Technisch schwierige Operation von Appendicitis perforation.

²⁾ Vortr. im 5 congr. d. deut. Chir. Ges. Berlins. 1877 d. 1—70.

упоминаютъ. Опытовъ въ описанномъ направленіи разными авторами сдѣлано очень много, и результаты ихъ сводятся къ тому, чтобы доказать, что брюшина обладаетъ сильнымъ защитительнымъ противъ инфекціи приспособленіемъ въ способности всасывать, благодаря которой, при благоприятныхъ условияхъ, бактеріи могутъ быть унесены изъ брюшной полости раньше, чѣмъ вызовутъ воспалительныя явленія. Такое унесение микроорганизмовъ было доказано и микроскопическими изслѣдованіями. Noetzel¹⁾ нашелъ, что внесение 50 микроорганизмовъ сибирской язвы подъ кожу уже достаточно, чтобы вызвать смертельное заболѣваніе, тогда какъ внесение 1000 такихъ же зародышей въ полость брюшины, если при этомъ не инфицирована рана, переносится безъ вреда, такъ же какъ и инъекція въ вену. Кроме того, Noetzel показалъ, что уже черезъ 10 минутъ послѣ инъекціи въ полость брюшины въ крови могутъ быть открыты микроорганизмы сибирской язвы, но такъ какъ число ихъ, находящее въ крови, далеко не соответствуетъ количеству, внесенному въ брюшину, то Noetzel заключаетъ, что часть ихъ погибаетъ уже въ брюшной полости, т.-е. что уже тамъ есть мѣстные приспособленія для уничтоженія вредоносныхъ зародышей. Эти приспособленія Noetzel хочетъ видѣть въ бактерицидномъ свойствѣ эндотелія и внутрибрюшинной жидкости. Доказательствомъ служить то, что и малые количества очень вирулентныхъ микроорганизмовъ могутъ вызвать смертельный перитонитъ. Въ этомъ Noetzel согласенъ съ Baumgarten'омъ, Traenkel'емъ и Павловскимъ. Другое доказательство можно видѣть въ томъ, что гнойники въ брюшной полости, вызванные внесеніемъ живыхъ культуръ стафилококка, впоследствии оказывались не содержащими культуръ стафилококка, вполнѣ очевидно оказывались не содержащими живыхъ, способныхъ развиваться микроорганизмовъ²⁾. Для болѣе убѣдительнаго доказательства своего положенія, что микроорганизмы уничтожаются мѣстно, Noetzel переносилъ ductus Thoracicus и нашелъ, что и при такомъ, нарушающемъ всасываніе осложненіи, животныя также хорошо переносятъ введеніе стрептококковъ въ брюшину. Чрезвычайно большое значеніе въ дѣлѣ борьбы съ микроорганизмами Noetzel придаетъ разнесенію и распредѣленію ихъ по огромной поверхности брюшиннаго покрова, что облегчаетъ ихъ обезвреживаніе. Подтвержденіе такому взгляду онъ хочетъ видѣть и въ томъ, что при зараженіи большимъ количествомъ микроорганизмовъ, несмотря на большую способность брюшины,

сравнительно съ другими тканями организма, къ борьбѣ съ инфекціонными агентами, септические процессы въ ней возникаютъ и протекаютъ гораздо болѣе бурно, чѣмъ въ прочихъ тканяхъ организма.

Особый интерес по своему значенію для клинки и приложимости для объясненія наблюдаемыхъ у больныхъ явленій, по изученію инфицирующаго матеріала, въ которомъ вносятся микроорганизмы, и условій развитія инфекціи, представляютъ опыты Silberschmidt'a¹⁾ и Wieland'a²⁾.

Silberschmidt изучилъ вліяніе внесенія микроорганизмовъ въ полость брюшины и тѣхъ средъ, въ которыхъ они вносятся, а также и одновременнаго попаданія въ нее плотныхъ веществъ. При введеніи микроорганизмовъ взвѣшенныхъ въ соляномъ растворѣ, даже и вирулентныхъ культуръ, не было получено никакого болѣзненнаго явленія въ 10 случаяхъ изъ 12. Въ двухъ, гдѣ были взяты осадокъ культуры и въ жидкости были на глазъ видимы хлопья, животныя издохли. У одного оказался общій перитонитъ и ограниченный гнойникъ около слѣпой кишки, у другого — рѣзко ограниченный большой гнойникъ и много мелкихъ въ области диафрагмы, гдѣ сходятся многіе лимфатическіе пути и сосредоточена область всасыванія плотныхъ микроскопическихъ частицъ. Дѣйствительно, Muscatello показалъ, что плотныя частицы, взвѣшенные въ жидкой средѣ, независимо отъ положенія тѣла животнаго уносятся въ направленіи къ диафрагмѣ. Быстрота переноса зависитъ однако отъ законовъ тяжести, и у собаки, подвѣшенной головой внизъ, карминъ появлялся въ лимфатическихъ железахъ уже черезъ 5 минутъ, тогда какъ для его появленія у подвѣшенной головой вверхъ нужно было полчаса³⁾. Здѣсь результаты Silberschmidt'a были совершенно согласны съ данными Grawitz'a. Введеніе отфильтрованныхъ культуръ (т.-е. однихъ токсиновъ) вызвало острое заболѣваніе съ признаками отравленія и иногда, при достаточномъ количествѣ жидкости, и смерть. Явленій перитонита при этомъ не наблюдалось. При введеніи твердыхъ частей каловыхъ массъ, вполнѣ хорошо стерилизованныхъ и взвѣшенныхъ въ водѣ, онѣ переносились безъ вредныхъ послѣдствій; однако вѣдствие трудности стерилизаціи и достиженія полной асептики далеко не всѣ опыты удаются. Мы думаемъ, что весьма возможно,

¹⁾ Arch. f. kl. Chir. Bd. 57 H. 2. S. 311.

²⁾ Wieland, стр. 371.

¹⁾ Mittheil aus Klinik u. Med. Inst. d. Schweiz. I Reihe H. 5.

²⁾ Ibid., II Reihe. H. 7.

³⁾ Contr. no Kelly, Oper. Gyn. II. 33.

что здесь играет роль и гематогенная инфекция из самого животного при наличии в брюшной полости легко способных к разложению, хотя и стерилизованных, частичек кала, которые представляют удобную в высшей степени почву для развития инфекции.

При опытах внесения цыблых культур, т.-е. микроорганизмов и развитых ими токсинов у Silberschmidt'a получалось или полное отсутствие реакций, или реже временное заблуждение; или, наконец, чаще всего смерть при явлениях общего перитонита. Здесь также не было ни одного случая развития местного гнойника. При комбинации микроорганизмов с твердыми каловыми массами всегда получалось смертельное заблуждение; автор приводит 2 случая смерти животных от разлитого перитонита, иногда же смерть наступает и от ограниченных гнойников в более долгий срок. Так как автор в эту группу относит и все неудачные случаи с введением стерилизованного кала, а ближайших описаний своих опытов не дает, то трудно сказать что-либо об образовании местных и общих заблуждений брюшины. Таким образом этот интересный ряд опытов не может дать ответа на вопрос, каковы условия благоприятствующие ограничению воспалительного процесса.

Самую интересную в практическом отношении группу опытов составляют опыты с введением нестерилизованного кала, т.-е. микробов, продуктов их жизнедеятельности, твердых веществ и кишечных ферментов, воспроизводящих на опыте естественное возникновение *peritonitis perforativa*. Эти опыты все дали разлитой перитонит.

Таким образом Silberschmidt доказывает, что бактериальные токсины, кишечные ферменты и твердые каловые частицы сами по себе, в отсутствии микроорганизмов, не могут вызвать смертельного перитонита, но могут в известных случаях обусловить смертельную интоксикацию. Микробы, сами по себе до известной степени без вреда переносимые брюшиной, комбинируясь с названными выше веществами, могут обусловить развитие перитонита, при чем твердые частицы, каловая особенно, в высшей степени способствуют развитию инфекции.

Еще интереснее работа Wieland'a, которая является, кажется, единственным экспериментальным исследованием, проливающим некоторый свет на условия развития местных перитонитов и ограниченных гнойников в брюшной полости. Wieland выработал новую, в высшей степени интересную методику для своих опытов. Кроме повторения опытов введения микроорганизмов и культур

в брюшную полость, он вводил своим животным рыбы пузыри, наполненные стерилизованными жидкостями, индифферентными и содержащими бактериальные токсины, а также и живые вирулентные культуры. Пузыри предварительно, с соблюдением возможной осторожности, извлекались из рыб, сохранялись антисептически (в хлороформной воде) и перед опытом вымачивались в соляном растворе. Вообще все манипуляции с ними и их наполнение производилось с соблюдением самой строгой асептики. Значение этих пузырей было то, что ни заключенная жидкость, ни микроорганизмы не могли сразу попасть в полость брюшины всей своей массой, а первая могла лишь диффундировать медленно, вторые — постепенно прорастать пузыри по направлению наружу. Этим путем воспроизводилось искусственно то, что, надо думать, происходит у больных при нарушении питания стенок полых органов и медленно развивающемся омертвлении и прободении их. В высшей степени интересен факт, что в огромном большинстве случаев вокруг введенных пузырей развивались плотные отграничивающие сращения. Сам Wieland как-то мало отмечает огромную важность этого факта, который, как мы далее укажем, в сопоставлении с клиническими наблюдениями, может дать некоторое объяснение, почему при одних заблуждениях, напр. аппендицитах, страданиях женских половых органов, часто развиваются отграничения и местного воспаления брюшины, тогда как другие, — тиф, язва желудка, если уже осложняются перитонитом, то, в значительном большинстве случаев, разлитым.

Введение пузырей, наполненных обезжелезненным бульоном, вызывает образование сращений, среди которых оказывается заключенный пузырь, который постепенно подвергается расщеплению. Микроскопически найдена полная картина расщепляющегося при условиях асептики постороннего тела: остатки пузыря в виде дегрита, зернистые шары и лейкоциты в нескольких видах. При введении пузырей, наполненных стерилизованным бульонным культурами гноеродных микроорганизмов, никаких общих явлений не наблюдалось. Животные убивались спустя несколько времени, и точно так же находили окруженный плотными спайками пузырь, внутри которого однако оказывалось нагноение, хотя и довольно обильное, но ограниченное полостями пузыря. Нагноение это было асептично, что доказано прививками. Общего раздражения брюшины не замечалось, следовательно введенный пузырь быстро отграничивался и окружался спайками, мешавшими токсинам диффундировать

въ животъ. Случай затянулся и кончился смертью отъ бронхопневмоніи послѣ того, какъ образовалось много мѣстныхъ абсцессовъ въ полости живота. При аутопсіи въ брюшной полости найдено много узелковъ, напоминающихъ туберкулезъ, но микроскопическое изслѣдованіе открыло въ нихъ растительныя волокна и остатки переваренныхъ поперечно-полостныхъ мышцъ, слѣдовательно, это были инкапсулированныя остатки кишечнаго содержимаго, излившагося въ брюшную полость. Случай этотъ, принадлежащій къ величайшимъ рѣдкостямъ, какъ единственный описанный въ литературѣ, конечно, не можетъ служить для какихъ либо выводовъ и заключеній.

Такъ какъ здѣсь дѣло все же окончилось смертью, а ограничили и инкапсулировались лишь немногія части вышедшаго содержимаго, тогда какъ другія перешли въ нагноеніе, то и это рѣдкое наблюденіе не говоритъ за возможность благоприятнаго исхода такого рода случаевъ безъ операціи.

Какъ видно въ громадномъ большинствѣ случаевъ попаданія инфекции прямо въ брюшную полость, если она тотчасъ не разсасывается безслѣдно, развивался общій перитонитъ. Въ немногихъ случаяхъ развивались множественныя, мѣстные, внутрибрюшинныя гнойники, явно происшедшіе изъ первоначально возникшаго въ лимфатическихъ путяхъ и железахъ нагноенія. Такихъ гнойниковъ, о которыхъ можно было бы точно сказать, что они развились на мѣстѣ отграничившагося, внесеннаго въ общую брюшную полость, инфекціоннаго матеріала, въ протоколахъ вскрытія и описанія приведенныхъ опытовъ не встрѣчается или они большая рѣдкость. Silberschmidt упоминаетъ, что при опытахъ внесенія инфицированныхъ каловыхъ массъ въкоторыя животныя погибли отъ образовавшихся гнойниковъ, но, къ сожалѣнію, эти опыты не описаны подробно, и въ этотъ же классъ отнесены всѣ неудачные опыты съ стерилизованнымъ каломъ (т.-е. гдѣ наступило нагноеніе и констатированы микроорганизмы). Послѣдняя категория имѣла много данныхъ дать отграниченные гнойники, такъ какъ послѣ тщательной стерилизаціи въ массахъ могли, конечно, уцѣлѣть лишь единичныя жизнеспособныя микроорганизмы, для развитія которыхъ и инфекции отъ нихъ брюшины требовалось некоторое время, въ теченіе котораго частіи кала могли дѣйствовать какъ асептическое раздражающее тѣло и могли быть окружены спайками брюшины раньше, чѣмъ изъ нихъ выступятъ микроорганизмы. Дѣйствіе здѣсь могло быть близко къ дѣйствию рыбьихъ пузырей Wieland'a.

Обращаясь къ изученію условій, благоприятствующихъ образованію отграничивающихъ сращеній, мы должны поставить на первое мѣсто асептическіе раздражители. Такъ, мы видѣли, что внесеніе твердыхъ, неинфицированныхъ постороннихъ тѣлъ влечетъ быстрое отграниченіе ихъ. Пузыри Wieland'a, наполненные неинфицированными жидкостями, быстро отграничивались и окружались сращеніями; также дѣйствовали и болѣе долгое время, медленно поступающія въ полость брюшины асептическія раздражающія жидкости. Какъ доказательство, служатъ опыты Н. Willgerodt'a¹⁾. Такъ же какъ Israel и Grawitz²⁾, авторъ найдетъ, что, если вскрыть мочеточникъ въ полость живота, то въ послѣдней образуются отграничивающія спайки и фиброзный перитонитъ, отдѣляющій пострадавшую область отъ общей брюшной полости. Въ почкѣ развивается гидронефрозъ и растяженіе вышележащаго отѣла мочеточника. Первые дни послѣ операціи наблюдаются умеренныя явленія, проходящія въ 3—4 дня. Къ этому времени обыкновенно и образуются уже очень плотныя отграниченія и развивается гидронефрозъ. Интересенъ одинъ опытъ, гдѣ Willgerodt, послѣ образованія отграниченій, сдѣлалъ лапаротомію вторично, нашелъ все, какъ выше указано, и хотѣлъ дать мочѣ доступъ въ брюшину вторично, для чего и вскрылъ мочеточникъ снова. Въ мочеточникѣ онъ нашелъ уже слегка мутную жидкость. Снова аккуратно была зашита брюшная полость, и первые дни собака была, повидимому, здорова, но затѣмъ наступило тяжелое общее заболѣваніе, и на 12-й день послѣдовала смерть, какъ оказалось, отъ общаго перитонита. На вскрытіи никакихъ сращеній найдено не было, а въ забрюшинной клѣтчаткѣ найденъ абсцессъ. Весьма вѣроятнымъ представляется намъ, что инфекция поступала изъ мочеточника (мутная жидкость). Однако, даже и въ томъ случаѣ, если инфекция была внесена извнѣ при второй операціи (это менѣе вѣроятно, такъ какъ животное было нѣсколько дней здорово), опытъ очень наглядно показываетъ, что при тѣхъ же условіяхъ, въ которыхъ, въ случаѣ асептики, получается регулярно отграниченіе, попаданіе инфекции помѣшало развитію всякаго рода сращеній.

Въ фак. хирургической клиникѣ проф. А. А. Боброва наблюдались случаи, доказывающіе, что асептическія раздражающія жидкости вызываютъ образованіе отграничивающихъ сращеній (№ 693

¹⁾ Mitt. aus d. Gr. d. Med. und Chir., Bd. II. H. 3, 4. S. 461.

²⁾ Virch. Arch. f. Pat., An. u. Phys. 1881. Bd. 86. S. 316.

отчета за 1895—97 ак. годы). После изъятия эхинококка поджелудочной железы появились признаки общего перитонита. Къ 4-му дню (такъ же, какъ въ описанныхъ сейчасъ опытахъ, явленія уремїи) признаки перитонита исчезли, но въ рану брюшной стѣнки открылся свищъ, который и выделялъ довольно долгое время обильное количество панкреатическаго сока. Признаки перитонита здѣсь, очевидно, зависѣли отъ раздражающаго дѣйствія тѣкаго панкреатическаго сока, вытекавшаго въ полость живота черезъ рану въ существѣ поджелудочной железы, нанесенную при эхинококкотоміи. Согласно всему изложенному выше, условія этого случая чрезвычайно благоприятствовали развитію перитонита, но такъ какъ инфекціи при операціи извнѣ внесено не было, а изъ удаляемой опухоли попасть не могло, то образовались ограничивающія спайки и, благодаря давленію скопившейся жидкости, длинный свищъ, въ видѣ канала, въ направленіи наименьшаго сопротивленія, къ наружной ранѣ.

Далѣе сращенія и мѣстные гнойники были получаемы искусственно въ опытахъ Wieland'a. Здѣсь также мы можемъ заключить, что сращенія образовались благодаря тому, что внесенный пузырь, содержащій гноеродные микроорганизмы, снаружы былъ стерилизованъ и сначала долженъ былъ пропускать лишь диффундирующую раздражающую жидкость и самъ дѣйствовать какъ постороннее асептическое тѣло. Намъ кажется, что такой взглядъ найдетъ себѣ подтвержденіе и въ послѣдней серіи его опытовъ, гдѣ не примѣнялось обмыванія пузыря хлороформной водою, что могло задерживать и выстулание и размноженіе микроорганизмовъ. Дѣйствительно, опыты съ пузырями, наполненными бульономъ, только что обсемененнымъ культурой, гдѣ, слѣдовательно, было немного микроорганизмовъ и не было продуктовъ ихъ жизнедеятельности, всѣ дали мѣстный или прогрессирующій перитонитъ. Опыты съ наливаніемъ пузырей прямо культурой давали мѣстный, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и общій перитонитъ, причемъ наблюдалось меньшее развитіе спаекъ. Очевидно, что въ этихъ случаяхъ выстуленіе микроорганизмовъ совершилось слишкомъ скоро, ранѣ, чѣмъ брюшина могла успѣть отдѣлиться, и получалось зараженіе всей брюшины. Мы уже упоминали, что объясненіе Wieland'a, что раздраженіе было слишкомъ мало, благодаря отсутствію хлороформа, не выдерживаетъ строгой критики, а скорѣе оно было чересчуръ сильно, благодаря быстрой диффузіи токсиновъ и прорастанію микробовъ очень вирулентной культуры или случайно болѣе слабой сопротивляемости взятыхъ животныхъ. Клиническій

опытъ и наблюденіе, что при рѣзкихъ воспаленіяхъ брюшины весьма понижается склонность къ образованію отграниченій, скорѣе говоритъ за второе предположеніе.

Такимъ образомъ и опыты Wieland'a говорятъ за то, что отграниченіе образуется тогда, когда инфекція дѣйствуетъ медленно, проникая на одно какое-нибудь мѣсто брюшины, еще лучше тогда, когда постепенному проникновенію микроорганизмовъ предшествуетъ механическое и химическое раздраженіе диффундирующими жидкостями. Напротивъ, сращенія не образуются, когда микроорганизмы и токсины проникаютъ быстро большой массой, и въ послѣднемъ случаѣ процессъ получаетъ склонность прогрессировать и распространяться на всю брюшину. Въ наблюденіяхъ, сдѣланныхъ въ клиникѣ, можно найти подтвержденіе такому воззрѣнію. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ происходитъ непосредственное зараженіе брюшины, какъ при поврежденіяхъ, послѣ операціонныхъ зараженій, какъ правило, развивается общій септический перитонитъ.

Заболѣванія внутреннихъ органовъ брюшной полости могутъ осложняться и общимъ, и мѣстнымъ перитонитомъ. Обыкновенно придаютъ слишкомъ много значенія топографическимъ условіямъ, объясняя этимъ, что при заболѣваніи женскихъ половыхъ органовъ и червеобразнаго отростка, перитониты мѣстные развиваются весьма часто, тогда какъ желудокъ, двѣнадцатиперстная, тонкая кишка, наконецъ, другіе отдѣлы толстой гораздо чаще даютъ перитонитъ общій. Если бы центры тяжести лежали дѣйствительно въ положеніи органа, что, конечно, имѣетъ большое, но не рѣшающее значеніе, то не представлялъ бы исключенія желчный пузырь, который такъ часто находятъ окруженнымъ плотными спайками. Правый и лѣвый яичники и трубы не представляли бы различія въ частотѣ развитія на почвѣ ихъ страданія общаго и мѣстнаго перитонита; никогда не отмѣчалось различія въ частотѣ отграниченія сращеніями симметричныхъ органовъ на той или другой сторонѣ. Исключеніе составляютъ: *coecum*, *appendix* и *colon descendens* съ *flex. sigm.*, которые въ этомъ отношеніи стоятъ весьма различно.

При прободеніи справа отграниченные перитониты несравненно чаще общихъ, при прободеніяхъ слѣва — напротивъ, хотя положеніе органовъ симметрично. Прободеніе 12-перстной кишки даетъ, какъ правило, общій перитонитъ и всегда смертельно (Landerer, Ваахъ), хотя тутъ дана лишь очень небольшая возможность для выстуленія большого количества септического матеріала. Дѣйствительно, вслѣдъ

за прободением наступать рвота, желудок опорожняется, а в большинстве вообще не задерживаются пищевые вещества.

Паразель сь опытами Wieland'a, кажется, может здѣсь объяснить многое. Дѣйствительно, развитіе инфекціи въ appendix'ѣ или Фаллопиевой трубѣ, при воспаленіи ихъ, идетъ постепенно. При этомъ стѣнка органа по мѣрѣ развитія воспаления становится все болѣе и болѣе проходимою, сперва для токсическихъ жидкостей, затѣмъ и для микроорганизмовъ. Все это доказано изслѣдованіями на ущемленныхъ грыжахъ, и такимъ образомъ въ случаяхъ воспаления сейчасъ упомянутыхъ органовъ должно осуществляться медленное прониканіе токсиновъ и микробовъ и механическое раздраженіе воспаленнымъ органомъ теоретически даже лучше, чѣмъ въ опытахъ Wieland'a. При такихъ условіяхъ къ моменту, когда стѣнкѣ органа, извѣстной воспалительнымъ процессомъ, предстоитъ прорваться, кругомъ можетъ уже образоваться полость, окруженная достаточно плотными сращениями. Такое предположеніе не голословно. Громадное число операций, сдѣланныхъ въ послѣдніе годы при аппендицитѣ, какъ нельзя болѣе гонимъ за него. Оперировавшие аппендицитъ въ остромъ періодѣ указываютъ, что воспаленный appendix бываетъ окруженъ плотными спайками, изъ которыхъ выдѣлить его нерѣдко представляется весьма нелегкимъ. Это одинъ изъ важныхъ доводовъ въ пользу операций à froid, когда, вмѣстѣ съ успокоеніемъ воспалительнаго процесса, разсасывается и большая часть спаекъ. По указанію Duffet'a¹⁾, 1/4 всѣхъ случаевъ аппендицита осложняется нагноеніемъ, следовательно, проникновеніемъ инфекціи за предѣлы червеобразнаго отростка, а общимъ перитонитомъ осложняется около 8%. Только 11% осложненныхъ случаевъ возникаетъ при повторныхъ припадкахъ, тогда такъ 89% — во время перваго. Эти цифры также подтверждаютъ высказанную мысль.

Случай остраго прободенія червеобразнаго отростка, наступающаго среди полнаго здоровья, гдѣ на операциі находятъ прободенный червеобразный отростокъ свободно свѣшивающимся въ тазъ, гдѣ раньше не было никакихъ явленій со стороны слѣпой кишки и брюшины, гдѣ, следовательно, извѣстный процесс протекаетъ безъ передачи раздраженія на окружающую брюшину и не могло быть выпревания предварительное ограниченіе, являются случаями самаго дурнаго качества общаго перитонита. Сами собой они напрашиваются на сравненіе съ прободеніемъ желудка, наблюдаемымъ у молодыхъ

дѣвушекъ и женщинъ, и также начинающимся вдругъ среди полнаго здоровья и дающимъ смертельные перитониты.

Вообще при язвѣ желудка ограниченные перитониты — рѣдкое исключеніе, а самая болѣзнь чаще протекаетъ вплоть до прободенія безъ явленій со стороны брюшины, рѣдко противоположно аппендициту и заболѣваніямъ половыхъ органовъ, для которыхъ явленія раздраженія брюшины — обычный спутникъ. Очевидно, здѣсь, какъ и на другихъ отдѣлахъ желудочно-кишечнаго тракта, труднѣе осуществляютъ условія, подходящія къ опытамъ Wieland'a. Однако такіе случаи, гдѣ круглая язва, постепенно углубляясь и изъѣдая стѣнку желудка, затѣмъ переходила на соедѣніе прилежащія органы, съ которыми образовались предварительныя сращения, также описаны въ литературѣ. Karl Schwarz¹⁾ описываетъ 11 литературныхъ и 3 собственныхъ наблюденія. Небольшое число случаевъ этого рода указываетъ, что такіе ограниченныя составляютъ здѣсь исключеніе, но когда они образуются, то, какъ видно изъ работы Schwarz'a, на мѣстѣ, окружающемъ язву, появляются большіе ощущаемые при изслѣдованіи инфильтраты, следовательно нѣчто напоминающее процессъ и при аппендицитѣ. Иногда развиваются и мѣстные гнойники. Bennet²⁾ описываетъ такой случай. Въ больницу поступила въ очень тяжеломъ состояніи съ температурой 103° F. дѣвушка 16 лѣтъ. Двѣ недѣли назадъ, послѣ ѣды, появились сильныя боли подъ ложечкой, потомъ тошнота, и съ тѣхъ поръ она лежить больная. Подробности анамнеза, къ сожалѣнію, не сообщены, но, повидому, явленій общаго перитонита не было. Дыханіе поверхностно, затруднено. Животъ немного вздутъ и напряженъ въ подложечной области. Въ лѣвомъ легкомъ до 7-го ребра тупость и отсутствіе дыхательныхъ шумовъ, сердце смѣщено. Пункцией удалено 12 унцій гнойнаго экссудата (откуда?). На слѣдующій день лапаротомію по средней линіи, при чемъ сразу попали въ гнойникъ, наполненный вонючимъ гноемъ. Дно гнойника образовано передней стѣнкой желудка, въ которой и найдено прободеніе. Послѣ вычищенія гноя прободеніе зашито, и гнойникъ дренированъ. Послѣдовало выздоровленіе, осложнившееся плевритомъ. Къ сожалѣнію, этотъ рѣдкій по теченію случай не описанъ достаточно подробно, но, повидому, прободеніе здѣсь не совершилось прямо въ общую брюшную полость, такъ какъ мы знаемъ, что въ этихъ случаяхъ желудочное содержимое необыкновенно

¹⁾ Loco cit.

¹⁾ Mitt. aus. d. Gr. d. Med. Chir. Bd. V. H. 4, 5.

²⁾ Lancet 1898 Febr. 26, 565.

aufzufassen, der sich in ihrer Nachbarschaft abspielt, wie das auch bei den serösen Häuten anderer Organe vorkommt. Sie entspricht der Pleuritis, die eine Pneumonie begleitet“ u. s. w.

„Прорывъ червеобразнаго отростка“, пишетъ далѣе Sonnenburg, „всего чаще случается уже въ преформированныя отграничивающимъ воспаленіемъ полости и лишь весьма рѣдко идетъ путемъ спайки въ просвѣтъ кишки. Послѣдствіемъ прорыва является нагноеніе, и если абсцессъ прорвется въ полость брюшины, развивается общій перитонитъ. За такое же происхожденіе отграниченныхъ перитонитовъ высказываются Monod et Vanverts¹⁾. Dans toute péritonite par perforation, quelle qu'en soit l'origine, les lésions sont parfois circonscrites; il peut en être de même dans la péritonite typhique. Dans la zone, qui entoure les ulcérations typhiques, prêtes à se perforer, à la suite d'une réaction inflammatoire, qui reste limitée, les ances intestinales s'agglutinent entre elles et préparent une sorte de cavité close, dans laquelle se déversera le contenu de l'intestin au moment où la perforation se produira — la péritonite est alors enkystée“.

Эти представленія о происхожденіи мѣстныхъ перитонитовъ, составленные опытными, много оперировавшими хирургами на основаніи клиническаго наблюденія, вполне соответствуютъ выводамъ, основаннымъ на теоретическихъ соображеніяхъ и опытахъ на животныхъ.

Мы уже приводили клиническіе случаи, доказывающіе, что асептическіе раздражители вызываютъ образованіе отграниченій. Здѣсь мы приведемъ случай, доказывающій, что и одновременно излившееся большое количество асептического содержимаго можетъ быть отграничено сращениями такъ, что, когда затѣмъ присоединится инфекция и нагноеніе, процессъ все же остается инкапсулированнымъ. Женщина 24 лѣтъ страдала эхинококкомъ печени. Вдругъ начались сильныя боли и явленія перитонита, а опухоль, ранѣе отмѣчавшаяся, исчезла. Въ 5 дней явленія успокоились, но затѣмъ опять послѣдовало ухудшеніе и поднятіе температуры. Пункціей было удалено около 5 литровъ зеленоватаго гноя, а черезъ 11 дней пришлось сдѣлать лапаротомию, при чемъ найденъ огромный отграниченный перитонитъ²⁾. Благополучное теченіе болѣзни первое время послѣ несомнѣннаго изліянія содержимаго

эхинококковаго жѣлика въ брюшину показывать, что инфекция присоединилась впоследствии, а въ первые 5 дней излившаяся масса, очевидно, успѣла инкапсулироваться. Что такое теченіе болѣзни было обусловлено именно изліяніемъ первоначально неинфицированной жидкости, доказывается тѣмъ, что не описано ни одного случая прорыва гнойника, гдѣ бы произошло что-либо подобное.

Напротивъ, наклонность къ образованію прочныхъ сращеній въ чрезвычайной степени падаетъ при разлитомъ септическомъ перитонитѣ. Это доказываетъ примѣненіе дренажей и турундъ изъ іодоформной марли, которые, какъ видно изъ исторій болѣзни, по 2—3 сутокъ отсасываютъ такое количество жидкости, которое не оставилъ сомнѣнія въ происхожденіи ея изъ полости живота, а не изъ короткаго канала, который образуется при обрастаніи дренажа спайками, въ то время какъ такіе же іодоформные тампоны, заложенные въ полость здоровой брюшины, обуславливаютъ образованіе плотныхъ спаекъ уже менѣе, чѣмъ въ сутки. Эти наблюденія наглядно показываютъ уменьшеніе способности къ спаянію у воспаленныхъ серозныхъ поверхностей. Только въ этомъ фактѣ можно искать объясненіе перѣдко наблюдаемому расхожденію швовъ при резекціяхъ кишокъ при уменьшеніяхъ или при зашиваніи ранъ желудка и кишокъ. Та же техника при операціяхъ въ условіяхъ здоровой, не воспаленной брюшины даетъ во много разъ лучшіе результаты, и расхожденіе швовъ здѣсь наблюдается, какъ рѣдкое исключеніе, въ большинствѣ случаевъ въ результатѣ случайно положеннаго сквознаго шва. Спаеніе наступаетъ такъ быстро, что уже черезъ 3 сутокъ нельзя бываетъ замѣтить присутствія швовъ, а 12 дней назадъ наложенное соустье не отличается на препаратѣ отъ наложеннаго нѣсколько мѣсяцевъ назадъ, какъ это можно видѣть на препаратѣ, хранящемся въ музеѣ факультетской хирургической клиникѣ³⁾.

Можно привести большое число клиническихъ наблюденій въ подтвержденіе этого факта. Приведемъ 2 очень демонстративныхъ случая. Мужчина 20 лѣтъ оперированъ черезъ 26 часовъ послѣ наступленія явленій прободенія желудочной язвы. Въ области передней стѣнки желудка найденъ большой абсцессъ, сообщающійся съ полостью желудка отверстіемъ въ $\frac{1}{4}$ дюйма. Отверстіе зашито. Полость брюшины промыта стерилизованной водой, гнойникъ дренированъ. Черезъ 14 дней — смерть при явленіяхъ перитонита. На вскрытіи оказалось, что швы желудочной стѣнки разошлись,

¹⁾ Revue de Chir. № 3. 1897.

²⁾ Lafourcade, Peritonite purulente, laparotomie et guérison (Revue de Chir. 1897. p. 971).

³⁾ Случай № 676 отчета.

и образовалось новое прободение, которое и было причиной, вызвавшей перитонит. Интересно, что у того же больного найдено на вскрытии другое прободение язвы, на задней стѣнкѣ желудка, но то прободение произошло въ полость, предварительно отграниченную сращениями¹⁾.

Случай второй: женщина 20 лѣтъ, ранѣе страдавшая поносами, вдруг заболѣла болями въ животѣ, запоромъ и рвотой. Операция при диагностикѣ острой непроходимости неопредѣленного происхожденія, осложненной перитонитомъ. По вскрытіи брюшины вытекло много серозного, слегка мутного экссудата. Брюшина полнокровна, кишки вздуты. Найдено вѣдреніе ilei въ ileum, недалеко отъ соесum. Кишка омертвѣла, почему и резецирована. Концы соединены пуговкой Murphy. Тампонада брюшной полости. Послѣ операций оправилась. На слѣдующій день было отправленіе на низъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи развились явленія подострого перитонита, а на 5-й день оказалось, что кишечные отѣзки разошлись почти на всей периферіи, почему пуговку Murphy пришлось вынуть, а отѣзки пришить въ край раны. На 7-й день послѣдовала смерть. На вскрытіи оказался общій перитонитъ²⁾.

Такимъ образомъ приведенный здѣсь матеріалъ позволяетъ высказать слѣдующія положенія: а) асептические раздражители вызываютъ въ брюшной полости быстрое отграниченіе ихъ отъ остальной брюшины плотными спайками. б) Прониканіе инфекціи въ полость живота можетъ при извѣстныхъ условіяхъ не имѣть въ брюшной полости быстрого отграниченія ихъ отъ остальной брюшины плотными спайками. в) Всосанные лимфатическими путями инфекціонные агенты могутъ вызвать обра-
 зование мѣстныхъ гнойниковъ, путемъ нагноенія въ лимфатическихъ путяхъ салника и брыжеекъ, послѣдствіемъ котораго можетъ быть мѣстный или прогрессирующий гнойный перитонитъ. г) Прониканіе инфекціи въ брюшную полость вмѣстѣ съ тѣми веществами, которыя не могутъ быть быстро всосаны, такъ какъ имѣетъ мѣсто въ громадномъ большинствѣ наблюдаемыхъ въ клиникѣ случаевъ, вызываетъ общій перитонитъ. е) Представляется весьма сомнительнымъ, чтобы инфекция, попавшая въ общую брюшную полость и начавшая здѣсь развиваться, могла произвольно отграничиться, и если такое явленіе встрѣчается, то лишь въ весьма рѣдкихъ исключительныхъ случаяхъ. ж) Мѣстные перитониты при прободеніи въ большинствѣ случаевъ бываютъ таковыми съ са-

мага начала и образуются при прободеніи органовъ въ предуготованная воспалительной реакціей вмѣстилища.

Если принять эти положенія, въ пользу которыхъ во всемъ сказанномъ выше можно видѣть достаточно вѣскія доказательства, то возраженія противъ оперативнаго вмѣшательства, основанныя на возможности разнесенія инфекціи по всей брюшинѣ и возможности нарушить сращения, не представляютъ такой важности, какъ объ этомъ иногда думаютъ. Еще болѣе неосновательнымъ окажется обвиненіе операций въ томъ, что она можетъ помѣшать процессу отграниченія: удаленіе гноя, септического раздражителя, тампонада стерилизованной и іодоформной марлей, которая будетъ содѣйствовать направленію тока жидкости наружу въ рану, и сама по себѣ вызываетъ образованіе сращеній, конечно, не могутъ помѣшать ихъ образованію, способность къ которому уже нарушена самымъ болѣзненнымъ процессомъ. Если сдѣлана операция, найдены разлитой перитонитъ, а въ результатъ не получилось сращеній и процессъ прогрессируетъ, повелъ къ смерти, то, конечно, нельзя винить операцию и сравнивать случай съ другимъ, гдѣ операция не было, диагностика сдѣлана по клиническимъ признакамъ, а дѣло окончилось отграниченіемъ и выздоровленіемъ, — случаи эти не равноцѣнны, такъ какъ нельзя быть увѣреннымъ, что во второмъ была дѣйствительно разлитая форма перитонита. Неравноцѣнность такихъ случаевъ отмѣтилъ уже Коерте³⁾, предостерегая отъ сравненія приводимыхъ имъ цифровыхъ данныхъ о результатахъ лѣченія оперативнаго и терапевтическаго, выжидательнаго.

Немногое можно сказать по поводу возраженія противъ оперативнаго вмѣшательства при перитонитѣ, основаннаго на опасеніи, что оно ускоряетъ смерть больного, отнимая небольшой оставшіеся запасъ силъ, и что вообще операция, ослабляя больного, тѣмъ самымъ уменьшаетъ способность организма бороться съ болѣзью, что должно дурно вліять на исходъ послѣдней. Каждая операция, которая вообще предпринимается, стоитъ большому извѣстнаго запаса силъ, и целесообразность ея опредѣляется тѣмъ, насколько получаемое благоприятное дѣйствіе превышаетъ эту затрату силъ. Коль скоро надо считать доказанною возможность излѣченія разлитого острого перитонита хирургическимъ вмѣшательствомъ, благодаря значительному числу накопившихся теперь случаевъ, и коль скоро установлено, что болѣзнь, какъ правило ведущая къ смерти, можетъ быть излѣчена, хотя бы въ немногихъ изъ числа подвергнутыхъ лѣченію случаевъ, при-

¹⁾ Horsley, Brit. Med. Journal. 1895. July 13.

²⁾ H. Zeidler Mitt. aus d. Gr. d. Med. u. Chir. Bd. V. H. 4, 5. 1900.

³⁾ Loco cit.

виднымъ, что возможны случаи, гдѣ съ самаго начала видно, что ждать хорошаго нечего, то, чтобы убѣдиться въ полной несправедливости Sonnenburg'a, достаточно сопоставить его результаты съ результатами, достигнутыми Mc. Burney¹⁾. Сравнивъ ихъ методы операціи, легко можно убѣдиться, что плохіе результаты, полученные Sonnenburg'омъ въ его случаяхъ, въ значительной степени зависятъ отъ того, что и оперировалъ онъ нѣсколько поздно, и операціи его, вслѣдствіе недостаточно широкихъ приемовъ, граничили съ полумѣрой и, конечно, не могли по тому самому дать столь хорошихъ результатовъ, какъ операціи Mc. Burney. Брюшная полость при его technikѣ не могла быть въ достаточной мѣрѣ очищена, не могъ быть обезпеченъ оттокъ септическихъ жидкостей, и тѣмъ самымъ въ достаточной степени не была уменьшена общая интоксикація организма²⁾. Напротивъ, другіе хирурги, оперирующіе хотя и съ разборомъ случаевъ, но стремящіеся къ достиженію при операціи извѣстныхъ опредѣленныхъ цѣлей, получаютъ и лучшіе результаты. Такъ, Koerte сообщилъ прекрасную статистику собственныхъ случаевъ. Хорошіе результаты у Mikulicz'a, Tietze, англичане и американцы Barling, Lookwood, P. Gould, Finney, Smith, Frewes и многіе другіе съ Mc. Burney во главѣ достигли всѣ очень ободряющихъ результатовъ. Изучая литературу и мнѣнія отдѣльныхъ хирурговъ, приходится прийти къ заключенію, что заразное воспаленіе брюшины есть, какъ и заразные воспаленія другихъ серозныхъ оболочекъ, страданіе, подлежащее вѣдѣнію хирургии. Главнымъ критеріемъ, опредѣляющимъ возможность хирургическаго вмѣшательства въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, является общее состояніе больного. Если оно допускаетъ надежду, что больной перенесетъ операцію, се слѣдуетъ дѣлать — таково мнѣніе большинства, къ которому надо присоединиться. Высказываясь въ такомъ смыслѣ, Tietze предостерегаетъ однако отъ слишкомъ песимистическаго взгляда, такъ какъ описано не мало случаевъ, гдѣ получился хорошій исходъ, несмотря на очень тяжелое общее состояніе больныхъ. Такъ, первый же, окончившійся выздоровленіемъ, случай Mikulicz'a касался чрезвычайно ослабленнаго субъекта³⁾, изъ брюшной полости котораго вытекали чрезвычайно вонючія массы, смѣшанныя съ кусками картофеля и остатками другихъ пищевыхъ веществъ.

¹⁾ Loco cit.

²⁾ См. табл. I, №№ 22—42 и II, №№ 36—50.

³⁾ Sehr heruntergekommen.

Особому обсужденію подлежитъ вопросъ о значеніи операціи при отдѣльных формахъ перитонита. При мѣстныхъ, строго ограниченныхъ процессахъ примѣненіе оперативнаго лѣченія стоитъ наиболѣе прочно. Огромная способность воспалительныхъ процессовъ въ брюшинѣ къ расseyванію, наконецъ, возможность расseyванія гнойныхъ очаговъ, которая помимо фактовъ, наблюдаемыхъ въ клиникѣ, при операціяхъ и на вскрытіяхъ, несомнѣнно, доказана опытами Wieland'a¹⁾, казалось, во многихъ случаяхъ могла бы дать надежду на самопроизвольное излѣченіе. Самые воспалительные процессы этого рода часто бываютъ и негнойные, а болѣе или менѣе серьезные и, слѣдовательно, даютъ болѣе надежды на излѣченіе. Гинекологическія страданія здѣсь особенно поучительны. Такъ какъ вопросъ о мѣстныхъ гнойникахъ въ брюшинѣ не составляетъ непосредственной задачи этой работы, то мы и ограничимся лишь краткимъ изложеніемъ принциповъ, которыми руководятся въ факт. хирургич. клиникѣ въ случаяхъ этого рода. Случаи, гдѣ можетъ возникнуть сомнѣніе, нужно ли дѣйствительно вскрыть образовавшееся скопленіе экссудата могутъ встрѣтиться, конечно, лишь при менѣе острыхъ заболѣваніяхъ, не сопровождающихся явно и быстро развивающимся нагноеніемъ. Пока непосредственныхъ показаній къ вмѣшательству въ формѣ лихорадочныхъ и общихъ септическихъ явленій не будетъ, можно выжидать, и время лучше всего покажетъ, что предпринять. Если дѣло идетъ на излѣченіе, конечно, должно ждать; если нѣтъ, особенно если скопленіе прогрессируетъ и общее состояніе говоритъ за нагноеніе — показана операція. При тѣхъ заболѣваніяхъ, гдѣ опредѣляется мѣстное скопленіе гноя въ брюшной полости, врядъ ли придется колебаться высказаться за операцію. Выражаемая часто опасенія, что при операціи будетъ заражена полость брюшины, хотя и имѣютъ основаніе, однако не слѣдуетъ забывать, что произвольное вскрытіе гнойника въ полость брюшины во много разъ опаснѣе попаданія нѣкотораго количества гноя при операціи. Противъ послѣдняго осложненія мы имѣемъ хорошія предохранительныя средства въ тампонадѣ и марлевыхъ салфеткахъ, да и кромѣ того, въ весьма большомъ числѣ случаевъ эти гнойники могутъ быть вскрыты экстраперитоніально. Такъ, напримеръ, бываетъ во многихъ случаяхъ аппендицита, которому по крайней мѣрѣ половина встрѣчающихся въ брюшной полости мѣстныхъ гнойниковъ обязана своимъ происхожденіемъ. Нечего говорить, что если эти гнойники прогресси-

Оперативное
вмѣшатель-
ство при
ограничен-
ныхъ про-
цессахъ.

¹⁾ Loco cit.

силъ больного. Ему случалось перѣдко наблюдать излѣченіе операціей у больныхъ, доставленныхъ въ самое тяжеломъ состояніи (его случаи № 1, 3, 4, 6, 7, 18, 20 и 24), и, наоборотъ, смерть (больныхъ, состояніе которыхъ при операціи было гораздо болѣе внушающимъ надежду).

Стремясь, по возможности, выяснитъ эту сторону вопроса о показаніи къ операціи на основаніи статистическаго матеріала, который собранъ въ этой работѣ, мы распредѣлили послѣдній на два большія группы, по результатамъ операціи: смерти или выздоровленію. Первая группа, кромѣ того, разбита на 3 подгруппы по времени, протекшему между операціей и смертельнымъ исходомъ, а именно: 1) умершихъ въ первые 12 часовъ послѣ операціи, 2) въ первые 24 часа и, наконецъ, 3) больше, чѣмъ черезъ сутки. Что касается первыхъ, то еще можно допустить, что операція ускорила ихъ смерть, хотя здѣсь вошли очень многіе оперированные въ весьма тяжеломъ состояніи. О вторыхъ нельзя сказать, какъ подѣйствовало вмѣшательство, и, наконецъ, въ третьихъ надо предположить съ такимъ же правомъ, какъ въ первыхъ, что надо предположить съ такимъ же правомъ, какъ въ первыхъ, что операція принесла укороченіи оставшагося времени жизни, что операція принесла нѣкоторое облегченіе и даже продлила жизнь больного. Изъ всѣхъ 225 случаевъ, собранныхъ въ таблицѣ, въ первую группу входятъ 95, во вторую — 130. Не касаясь пока причины такого преобладанія числа выздоровѣвшихъ надъ умершими, чѣмъ придется заняться при оцѣнкѣ результатовъ операціи, переходимъ прямо къ разбору матеріала съ интересующей насъ въ данный моментъ точки зрѣнія. 95 умершихъ распредѣляются такъ: въ первые 12 часовъ умерло 40, въ первые 24 часа — 16 и позже — 39. Въ каждой группѣ, основываясь на мнѣніи автора или на сообщаемыхъ данныхъ исторій болѣзни, мы отмѣтимъ случаи, сопровождавшіеся клиническими явленіями перитонита *очень тяжелыми, тяжелыми, средними, легкими*, и, наконецъ, всѣхъ остальныхъ и случаевъ *неопредѣленныхъ*, о которыхъ нельзя было за недостаткомъ данныхъ высказаться положительно. Такимъ образомъ всѣ собранные случаи en bloc оказались раздѣленными по исходу болѣзни и по степени тяжести клиническихъ проявленій перитонита. Кромѣ того, во всѣхъ случаяхъ было отмѣчено, по возможности, точно время, протекшее отъ момента возникновения перитонита до операціи, а въ каждой группѣ отмѣченъ самый короткий, самый длинный срокъ, и вычислено среднее время отъ момента возникновенія болѣзни до операціи, отдѣльно для каждой группы.

Для первой группы умершихъ въ первые 12 часовъ изъ 40 — 22 случая помѣчены очень тяжелыми, т.-е. болѣе $\frac{1}{2}$, 10 случаевъ — тяжелыми (около $\frac{1}{3}$), 3 — средними, легкими — пять и 5 не могли быть отмѣчены. Наибольшій срокъ отъ начала болѣзни до операціи — 8 сутокъ, наименьшій — 18 часовъ (въ одномъ случаѣ тифознаго прободенія — $4\frac{1}{2}$ часа), въ среднемъ — 68 часовъ.

Вторая группа умершихъ въ первые 24 часа заключаетъ 5 очень тяжелыхъ случаевъ (около $\frac{1}{3}$), 8 — тяжелыхъ (половина), 2 — среднихъ и 1 — не отмѣченный: всего 16 случаевъ. Время отъ момента заболѣванія до операціи здѣсь распредѣлилось такъ: наибольшій срокъ — 8 сутокъ, наименьшій — 15 часовъ и средній — 48 часовъ.

Въ третьей группѣ, изъ 39 случаевъ умершихъ болѣе чѣмъ спустя сутки послѣ операціи, очень тяжелыхъ случаевъ отмѣчено 8 (около $\frac{1}{3}$), тяжелыхъ — 17 (менѣе $\frac{1}{3}$), среднихъ — 7, легкихъ — 4, и не отмѣченныхъ — 3. Наибольшее время до операціи здѣсь 6 сутокъ, наименьшее — 8 часовъ (въ одномъ случаѣ прободенія тифознаго язвы — 5 часовъ); среднее время — 38 часовъ. Для всѣхъ 95 случаевъ умершихъ послѣ операціи по поводу перитонита среднее время, протекшее до операціи, — 51 часъ.

Обращаясь теперь къ случаямъ, окончившимся выздоровленіемъ. Такихъ собрано 130 и по тяжести клиническихъ явленій они распредѣлены такъ: очень тяжелыхъ 11 случаевъ (около $\frac{1}{11}$ всѣхъ случаевъ), тяжелыхъ — 42 (около $\frac{1}{3}$), среднихъ — 38, легкихъ — 19 и не отмѣченныхъ — 20. Наибольшій срокъ времени отъ заболѣванія до операціи здѣсь 4 сутокъ (табл. I 12, 32, 78; табл. II 35, 44, 65; табл. III 1), наименьшій 2—5 часъ. Среднее время вычислено въ 28 часовъ. Это какъ разъ соответствуетъ мнѣніямъ Koerte, Tietze, Gr. Smith, Duffet, Barling и др.¹⁾, советующихъ оперировать въ первые сутки послѣ заболѣванія, такъ какъ позже надежды на хорошій исходъ чрезвычайно падаютъ. Дурной исходъ во многихъ изъ оперированныхъ случаевъ, очевидно, прямо зависитъ отъ того, что оперировали слишкомъ поздно: среднее время для всѣхъ умершихъ почти вдвое больше, чѣмъ для выздоровѣвшихъ: относится какъ 51:28. Интересно также сопоставленіе отношеній между тяжестью формы и результатомъ оперативнаго вмѣшательства: въ то время какъ очень тяжелые случаи составляютъ болѣе половины общаго числа умершихъ въ первые 12 часовъ, они составляютъ только $\frac{1}{11}$ всѣхъ выздоровѣвшихъ, образуя по-

¹⁾ Loco cit.

ГЛАВА IV.

степенный переход в двух промежуточных группах ($\frac{1}{3}$, $\frac{1}{5}$). Обратное отношение представляют легкие случаи: их не встречается среди умерших в первые 24 часа, и лишь одна десятая общего числа умерших поздние сутки после операции составлена из них. Среди выздоровевших число их составляет уже около $\frac{1}{6}$ общего числа. Такое же правильное отношение в смысле возрастания по направлению к группам выздоравливающих можно отметить и для средних случаев. Для случаев, отмеченных тяжелыми, не составляет правильной градации, но в общем преобладают они среди всех умерших en bloc. сравнительно с выздоровевшими, хотя немного, составляя $\frac{7}{10}$ первых и $\frac{5}{16}$ вторых, т.-е. относятся как 112 : 95.

Разсматривая сроки операций, можно убедиться, что ни один случай разлитого перитонита не был оперирован позже 8 суток от начала болезни, что как раз составляет предельный срок течения этой болезни, как свидетельствуют Smith, Duffet и др., говоря, что разлитой перитонит кончается смертью в срок 2—8 суток. Выздоровлений не наблюдалось в случаях, оперированных позже 4 суток, т.-е. во 2-ю половину максимального срока развития болезненного процесса.

Приведенные статистические данные указывают в общем правильность принципа искать показания к операции в комбинации данных времени от начала заболевания и тяжести болезненного процесса, выражающейся в клинических явлениях. Ни то, ни другое само по себе не может служить показанием в отдельности, и хотя среднее время и совпадает с тем, что указывают все оперировавшие при перитоните хирурги, все же приходится отметить чрезвычайное отклонение в отдельных случаях (28 часов — 4 суток). В том же смысле приходится высказаться и относительно тяжести процесса: очень тяжелые и тяжелые случаи преобладают среди умерших, но они встречаются в большинстве и среди выздоровевших. Мало того, некоторые случаи (правда, очень немногие) из отмеченных очень тяжелыми поправились, хотя и были оперированы в поздние сроки (табл. I 16, 74, 78; табл. II 1). Таковы данные не дают абсолютного критерия для выработки показаний операции, однако из них можно вывести положения, соотносясь с которыми, можно в каждом данном случае действовать с большей уверенностью.

Вопрос об оперативном лечении разлитого инфекционного перитонита собственно есть вопрос о распространении и на брюшину тех принципов, которые выработаны и получили право гражданства при лечении инфекционных процессов в других отделах тела человека и других серьезных полостях. Позднее его возникновение, медленность разработки, и наконец, то, что и по сей час он не только не близок к разрешению, но в самих крупных своих деталях представляет пункты существенного разногласия для отдельных хирургов, всецело зависать, с одной стороны, от сущности самого болезненного процесса, быстро убивающего больных, с другой — от особых топографических условий брюшной полости и ее физиологических особенностей, которая до чрезвычайности затрудняет техническую сторону проведения общих принципов лечения и приспособление их для местных условий брюшины. Два совершенно противоположных фактора, встречаясь здесь, составляют главный источник затруднений и главную причину разногласий для отдельных хирургов. С одной стороны, существующие местные условия при стремлении оператора отыскать первоначальный источник инфекции, очистить брюшину от изливающегося экссудата или загрязняющего ее содержимого того или другого органа и дать свободный сток тому воспалительному секрету, который будет еще образовываться, требуют много времени и сложных, кропотливых приемов, если выполнение указанной задачи должно быть сколько-нибудь близко к идеалу. С другой стороны, самая болезнь так влияет на больного, что он становится неспособен вынести сложные манипуляции, которые казались бы необходимыми, чтобы поставить его организм в условия возможности бороться с болезнью. Общее состояние больного бывает чрезвычайно затронуто, продолжительный наркоз во время операции еще более действует на уже очень подавленное общее состояние, а вскрытие воспаленной брюшины, тем более манипуляции среди вздутых, воспаленных кишечных петель, чрезвычайно вредны и местно для болезненного процесса, который он усиливают, увеличивая раздражение брюшного покрова, и для общего состояния организма, вызывая шок, быстро ведущий больного к смерти.

Вот встреча этих двух факторов и их, так сказать, антагонизм, который проявляется тем резче, тем дальше зашел

Основная
требования,
представля-
емая к опе-
ративной
технике
местными
условиями и
сущностью
самой бо-
лезни.

въ своемъ развитіи болѣзненный процессъ, и составляютъ главные моменты, опредѣляющіе тѣ требованія, которыя приходится предъявлять къ оперативному воздействию при леченіи перитонита. Вотъ почему достигнуть идеальнаго очищенія всей брюшины и ея полной дезинфекціи невозможно.

Опытъ и исторія развитія вопроса показываютъ, какъ постепенно пришлось отказаться отъ стремленія дезинфицировать такъ или иначе брюшину и потомъ даже и отъ того, чтобы вполнѣ совершенно очищать ее отъ инфекціонныхъ продуктовъ. Такія стремленія оказались столь же вредными и часто гибельными для больныхъ, какъ и недостаточныя мѣропріятія.

Такимъ образомъ при каждой подобной операціи приходится имѣть дѣло съ дилеммой: сдѣлать слишкомъ мало — значить не достигнуть цѣли, къ которой стремится оперативное вѣдѣтельство, сдѣлать слишкомъ много — значить повредить больному, даже ускорить печальный конецъ. Отсюда понятно, что операція должна быть закончена возможно скоро и не сопровождаться слишкомъ сложными манипуляціями надъ внутренностями и кишками, которыя нужно безпокоить возможно меньше, чтобы не вызвать опасныхъ рефлексовъ на сердце, ведущихъ за собой шокъ. „Mehr wie bei jeder anderen Bauchoperation kommt es auf schnelle und schonende Ausführung der Operation an. Wir operieren an Kranken, welche entweder schon kollabiert sind, oder wenigstens im höchsten Masse zum Kollaps neigen. Jedes lange Herumwühlen unter den entzündeten geblähnten Darmschlingen steigt die Gefahr auf das Äusserste“.

Въ этихъ немногихъ словахъ одного изъ самыхъ опытныхъ въ вопросѣ о разлитомъ перитонитѣ иѣмецкихъ хирурговъ, Koerte, высказаны всѣ требованія, которыя клиническое наблюденіе предъявляетъ къ оперативной техникѣ: успѣхъ зависитъ отъ трехъ положеній: скоро, осторожно и въ мѣру. Тѣ же положенія требуются и по мнѣнію другихъ оперировавшихъ перитониты хирурговъ: такъ Forgue¹⁾ указываетъ на важное значеніе быстроты техники и точности діагностики до операціи, чтобы не копаться слишкомъ много среди воспаленныхъ внутренностей, отыскивая причину болѣзни и ея источникъ. Israël²⁾ прямо совѣтуетъ вскрыть животъ крестообразно, какъ на трупѣ, быстро заложить марлевые салфетки среди кишокъ и на ихъ поверхность и кон-

чать операцію, не зашивая раны, что, по его мнѣнію, даетъ наилучшіе результаты.

Wietzel¹⁾ говоритъ, что на основаніи клиническихъ наблюденій и опытовъ на животныхъ (собакахъ) онъ пришелъ къ тому заключенію, что долгая операція и сложные приемы обтиранія и очищенія кишокъ, особенно выпинаніе ихъ, очень вредны и ведутъ къ смертельному исходу. Вредъ выпинанія кишокъ и длительной операціи подтверждаютъ Tavel и Lanz, Hadra²⁾, Jaboulay, наконецъ Tixier³⁾, по личнымъ наблюденіямъ, въ обстоятельномъ изслѣдованіи, посвященномъ вопросу объ эвентраціи.

Интересны данныя Mc. Burney⁴⁾. Этотъ авторъ, стремясь подать оперативную помощь при перитонитѣ, самъ вырабатывалъ свой методъ, и вотъ оказывается, что пока онъ старался очень тщательно очищать брюшную полость, сначала даже дезинфицировать ее, тщательно обтирать сухими салфетками и губками, вымывать, прижимая длинные наконечники, словомъ, пока тратилъ много времени и усложняя операцію — получалъ очень плохіе результаты. Съ упрощеніемъ техники, введеніемъ горячаго физиологическаго раствора и болѣе простыхъ манипуляцій его результаты стали одними изъ лучшихъ среди до сихъ поръ сообщенныхъ въ литературѣ. Лучшимъ и убѣдительнымъ доказательствомъ справедливости высказываемаго положенія является совѣтъ Koerte и Tietze не отыскивать прободныхъ отверстій, если это не удастся сдѣлать скоро. Опытъ показалъ, что для больного выгоднѣе просто заложить тампонаду и дренажъ, но не удлинять операціи.

За то же говоритъ и нашъ опытъ въ клиникѣ проф. А. А. Боброва, гдѣ одинъ случай, въ которомъ операцію пришлось затянуть изъ-за необходимости манипулировать на кишкахъ, которыя пришлось извлечь наружу, такъ какъ найдено было обширное омертвѣніе, требовавшее резекціи, окончился смертью раньше конца операціи⁵⁾. Другой больной умеръ при тѣхъ же условіяхъ въ началѣ промыванія⁶⁾. Прочіе оперированные больные перенесли актъ промыванія безъ тяжелыхъ явленій.

¹⁾ Deutsche Med. Wochenschr. 1888, № 40.

²⁾ New York. Med. Journ. 1892, цит. по Tixier.

³⁾ Loco cit.

⁴⁾ Loco cit.

⁵⁾ Сп. отч. № 1298.

⁶⁾ Ст. С. П. Озорова, иет. бол. № 3. Хир. 1901, мартъ.

¹⁾ Gaz. Med. 1897, № 27.

²⁾ Цит. по Tixier.

Значительно меньше число сторонников сложных мѣроприятий. Представителями этого направленія являются Mc. Cosh въ New-York'ѣ¹⁾ и Bode²⁾. Оба эти автора употребляютъ очень горячій, до 45° С. соляной растворъ, которымъ все время и поливаютъ эвентрированные кишки, собранныя въ салфетку, и очищаемую брюшину. Впрочемъ, судить о результатахъ трудно, такъ какъ Bode, сообщая удачные случаи, не даетъ общей статистики всѣхъ своихъ случаевъ.

Сообщения эти принадлежатъ самому послѣднему времени (Bode въ прошломъ году), и если, при дальѣйшихъ клиническихъ наблюденіяхъ, оправдается столь благоприятное воздѣйствіе горячаго физиологическаго раствора на общее состояніе больныхъ, какъ то хочетъ доказать въ своей работѣ Bode, вопросъ о вѣнательствѣ при перитонитѣ будетъ еще значительно подвинутъ, а въ рукахъ хирурговъ окажется новое оружіе для борьбы съ однимъ изъ самыхъ опасныхъ осложненій при операціи — шокомъ. Мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ, ставящихъ появленіе шока при брюшинныхъ операціяхъ въ зависимость отъ нарушенія кровообращенія брюшины и внутренностей въ смыслѣ сильнаго полнокровія въ результатѣ паралича сосудовъ и отсюда возникающей анеміи мозга, говорятъ за высказанное предположеніе и даютъ ему нѣкоторое теоретическое основаніе.

Появленіе шока при брюшинныхъ операціяхъ вообще ставится въ зависимость отъ двухъ моментовъ: воздѣйствія со стороны раздраженія чувствующихъ окончаній нервовъ брюшины и нарушенія кровообращенія въ результатѣ паралича вазоконстрикціи нервовъ, какъ реакціи на причиняемое брюшиннѣ раздраженіе. Еще опыты Броунъ Секара показали значеніе раздраженія брюшинныхъ нервовъ для развитія шока: раздавливая симпатическіе брюшные узлы у кролика онъ получилъ ускореніе, замедленіе и остановку дѣятельности сердца³⁾. Goltz⁴⁾ получилъ остановку сердца, ударяя лигнунку по животу. Наконецъ, извѣстные опыты Тарханова⁵⁾ показали, что такой рефлексъ существуетъ и легко получается, если брюшина воспалена. Изъ клинистовъ большое значеніе раздраженію чувствующихъ нервовъ придаетъ Lawson Tait⁶⁾, который

думаетъ, что при перитонитѣ реакція со стороны нервовъ солнечнаго сплетенія есть главный факторъ, вызывающій смерть больного. Tavel и Lanz⁷⁾ также считаютъ очень важнымъ механическое раздраженіе, рекомендуя при операціяхъ возможно меньше терѣбить и беспокоить брюшину.

Однако, какъ ни прочно установлены всѣ эти факты, приходится считаться и съ тѣмъ, что во время операцій рефлексъ съ чувствующихъ окончаній долженъ быть очень подавленъ наркозомъ, и повседневный клинической опытъ показываетъ намъ, что наркозъ въ этихъ случаяхъ оказываетъ немалое вліяніе. При всѣхъ лапаротоміяхъ и операціяхъ на внутреннихъ органахъ, если наркозъ неглубокій, а у нѣкоторыхъ больныхъ даже и при глубокомъ наркозѣ, приходится отмѣчать учащеніе и ослабленіе пульса въ тѣ моменты, когда операторъ вытѣпываетъ изъ полости живота или сжимаетъ оперируемый органъ. Рефлексы эти при глубокомъ наркозѣ всегда слабе. Мы уже упоминали выше, что при ущемленныхъ грыжахъ и внутреннихъ ущемленіяхъ нерѣдко наблюдается учащеніе пульса вмѣстѣ съ наступленіемъ глубокаго наркоза, слѣдовательно одновременно съ уничтоженіемъ рефлекса съ чувствующихъ нервовъ; вотъ почему допущенія одного перваго воздѣйствія не достаточно для объясненія появленія шока во время операціи. Конечно, не подлежащій сомнѣнію фактъ существованія нервныхъ воздѣйствій кладезь на хирурговъ обязанность считаться съ ними при операціи. Опыты Тарханова особенно заслуживаютъ вниманія. При вѣнательствѣ по поводу перитонита требованія быстроты и несложности техники находить въ нихъ полное основаніе. Это единственная мѣра, которую можно примѣнять, желая избѣжать развитія шока, поскольку онъ вызывается механическимъ раздраженіемъ. Только образцовая техника, по мнѣнію Olschauen'a, дала Martin'у возможность при операціяхъ, сопровождавшихся эвентраціей кишекъ, вообще, достигнуть прекрасныхъ результатовъ.

Къ вреднымъ послѣдствіямъ самой операціи, которая могутъ вызвать появленіе упадка дѣятельности сердца и шока, надо отнести еще нарушеніе брюшного кровообращенія, въ смыслѣ очень усиливающагося притока крови и венознаго застоя.

Olschauen²⁾, изучая вопросъ, можно ли при условіяхъ уѣренности въ полной асептикѣ манипулировать сколько угодно въ

¹⁾ Ann. of Sur. 1897. Juni — Aug.

²⁾ M. aus d. Gr. d. Med. u. Chir. Bd. VI. H. 1. 2.

³⁾ Arch. Gen. de Med. V Ser. VIII, p. 538. 1856.

⁴⁾ Wirsch. Arch. XXVI, XXIX.

⁵⁾ Arch. de Phys. 1875 г.

⁶⁾ Ho Tixier, стр. 250.

¹⁾ Med. Moder. 1894 г., № 25.

²⁾ Ann. d'obst. et de gyn. 1888. Stuttgart. V. XIV, p. 619—626.

полости живота и надъ кишками, пришелъ къ отрицательному разрѣшенію его. Его опытъ показалъ, что приходится считаться съ коллапсомъ, какъ слѣдствіемъ простаго раздраженія брюшины независимо отъ инфекціи. Въ этихъ случаяхъ, по мнѣнію Olschauen's, измѣненія въ брюшномъ кровообращеніи оказываются причиной, вызывающей явленія упадка сердечной дѣятельности. Въ подтвержденіе своей мысли Olschauen приводитъ мнѣніе Kuestner'a, которому приходилось наблюдать, послѣ того какъ кишки долго были наружи, образованіе рѣзкой гипереміи и венознаго стаза. Послѣ такихъ операцій Kuestner наблюдалъ даже кишечныя кровоотеченія, очевидно, въ результатѣ гипереміи.

Dabney¹⁾, изучая симптомы и причины шока, пришелъ къ заключенію, что объясненія этого явленія вообще сводятся къ тремъ пунктамъ: 1) спазмъ сосудовъ и сердца — допущеніе, по мнѣнію Dabney, невѣроятное, такъ какъ въ этихъ случаяхъ должно бы наблюдаться повышеніе кровяного давленія, которое обыкновенно, напротивъ, падаетъ, 2) параличъ сердца и 3) расширеніе крупныхъ сосудовъ, особенно брюшныхъ. Параличъ сердца, путемъ раздраженія задерживающихъ волоконъ *nervi vagi*, повидимому, объясняется, по мнѣнію Dabney, случаи быстрой смерти, а расширеніе сосудовъ обуславливаетъ появленіе шока въ большинствѣ случаевъ. Дѣло обуславливаетъ появленіе шока въ большинствѣ паралича *nervi vagi*: малый и слабый пульсъ объясняются малымъ подвозомъ крови къ сердцу. Dabney думаетъ, что этимъ обстоятельствомъ объясняется благотворное вліяніе на сердечную дѣятельность вливанія въ полость брюшины теплаго солянаго раствора, о чемъ сообщали многіе хирурги. Дѣйствіе горячей воды можетъ вызвать рефлекторное сокращеніе сосудовъ и, слѣдовательно, возвратитъ въ кругъ кровообращенія большое количество крови, отлившей въ органы брюшной полости.

Если переполненіе кровеносныхъ сосудовъ брюшной полости можетъ отвлечь изъ общаго кровяного потока такую массу крови, удаленіе которой способно вызвать опасныя послѣдствія благодаря анэміи мозга и сердца, то въ частномъ случаѣ для операціи перитонита надо, кромѣ описанныхъ и еще далеко не такъ точно изученныхъ нервныхъ вліаній, имѣть въ виду уже точно изученное явленіе *hyperaemiae ex vaso*, которое обыкновенно не чинится, какъ имѣющее важное значеніе. Между тѣмъ при перитонитѣ, когда сосуды брюшины и безъ того бываютъ перепол-

нены, кишечная мускулатура часто парализована, равно какъ и мышечные элементы сосудистой системы, внутрибрюшное давленіе напротивъ повышено благодаря скопленію экссудата и вздутой кишки, существуютъ условія чрезвычайно благоприятныя для развитія очень сильной *hyperaemiae ex vaso*, когда при разрѣзѣ брюшной стѣнки внутрибрюшное давленіе сразу будетъ понижено. Клинически наблюдаемый фактъ, что случаи съ большимъ вздутиемъ живота особенно наклонны къ коллапсу, что извлеченіе кишокъ наружу, при чемъ уничтожается даже взаимное давленіе внутренностей, особенно опасно, можетъ служить подтвержденіемъ того, что такая *hyperaemia ex vaso* играетъ не послѣднюю роль въ ряду причинъ, вызывающихъ паденіе дѣятельности сердца. Съ этой стороны и представляется особенно важнымъ объясненіе дѣйствія горячихъ растворовъ (въ 40—45° C.), приводимое Dabney. Если они способны удержатъ сосуды брюшныхъ органовъ въ тоническомъ сокращеніи и тѣмъ предупредить оттокъ крови изъ общаго круга кровообращенія къ брюшнымъ внутренностямъ, то весьма вѣроятнымъ становится, что хорошіе результаты, сообщенные Mc. Cosch'emъ и Bode, стоятъ въ связи съ применениемъ именно очень теплыхъ жидкостей.

Вопросъ о примѣненіи асептики и антисептики въ брюшной хирургіи въ свое время много дебатировался и теперь долженъ считаться рѣшеннымъ въ пользу первой для всѣхъ случаевъ вообще. Теперь уже не можетъ быть и рѣчи о примѣненіи какихъ-либо противопаразитныхъ средствъ во время лапаротоміи при здоровой брюшинѣ. Другое дѣло при наличности инфекціи. Вопросъ о преимуществѣ того или другого метода для зараженныхъ ранъ вообще еще не можетъ считаться рѣшеннымъ окончательно и до сихъ поръ продолжаетъ служить темой на хирургическихъ сѣздахъ, до послѣдняго международнаго включительно. Вотъ почему необходимо коснуться вопроса о значеніи антисептики въ леченіи остраго инфекціознаго перитонита. Въ частномъ случаѣ для послѣдняго вопросъ объ антисептикѣ можетъ также считаться рѣшеннымъ въ отрицательномъ смыслѣ. Огромная вѣроятность получить отравленіе, примѣняя на брюшинѣ противопаразитныя средства, должна безусловно удерживать отъ примѣненія ихъ. Стоитъ вспомнить о способности брюшины легко всасывать всякіе растворы, чтобы прийти къ заключенію, что примѣненіе антисептики сколько-нибудь дѣйствительныхъ не возможно. Полезное дѣйствіе ихъ не моментально, а обнаруживается лишь въ извѣстный и притомъ, чѣмъ слабѣе растворъ, тѣмъ въ больший срокъ

Асептика
и антисептика при
операціи.

¹⁾ Med. News, 1892, Dec. 3.

Что касается клинических данных о применении на броне-
листь дезинфицирующих веществ, то в общем надо замеч-
тить, что хирурги от них постепенно отказывались. Среди
собранного нами материала оказалось 28 случаев, где применя-
лись *antiseptica*, и надо отметить, что, просматривая таблицы,
легко убедиться, что, будучи расположены в хронологическом
порядке, случаи применения дезинфицирующих средств стано-
вятся все реже и реже.

Дезинфицирующие растворы применялись то в виде промываний, при более слабых, то в виде обмываний и обтираний смоченными губками и компрессами при более крепких растворах. Изъ дезинфицирующих веществ применялись: сулема — 10-тистая ртуть в крепости от 1 : 2000 до 1 : 200 — 7 разъ, карболовая кислота от 2 1/2 % до 1 : 400 — 4 раза, тимолъ 1 : 1000 — 1 разъ, салициловая кислота — 4 раза и борные растворы — 11 разъ. Что касается до отравления и послѣдующихъ осложненій, то изъ приведенныхъ 28 случаевъ очень серьезныхъ послѣдствій не было ни въ одномъ, только въ одномъ случаѣ примѣненія ас. carbolicі 1 : 400 послѣ операціи наблюдалось Шейнъ-Штокковское дыханіе и субнормальная температура (Pasteur a. Moris, см. табл. III 18), и въ одномъ случаѣ примѣненія іодистой ртути въ послѣдующее теченіи наблюдался нефритъ, который, можетъ-быть, могъ бы быть приписанъ до нѣкоторой степени вредному вліянію ртути на почки (Handford a. Anderson, табл. IV 3. Конечно, на основаніи этихъ данныхъ можно сказать только, что примѣненіе дезинфицирующихъ

¹⁾ Langenbeck's Arch. T. XX.

Уже в первых своих сообщениях¹⁾ Mikulicz заявляет, что в случаях перитонита необходимо отказаться от сильных дезинфицирующих средств, так как они вызывают коллапс. В дальнейших своих работах Mikulicz уже отказывается и от более слабых противопаразитарных²⁾, и пишет: „Я сначала применял салициловый раствор на основании экспериментов моего ассистента др-а Trzebicki, но получил в двух случаях коллапс и субнормальную температуру в течение нескольких дней, что могло быть объяснено лишь действием салициловой кислоты, почему я и оставил эти растворы и перешел на более легкие 3—4%-ые растворы ас. borici. Думаю, что такую же услугу окажут и физиологические растворы поваренной соли там, где дело идет только о механическом очищении. Еще решительнее высказывается Koerte³⁾, заявляя, что во всяком случае громадное большинство хирургов согласно, что применение антисептических веществ вредно и очень опасно. Что же касается до возможности достигнуть цели, применяя дезинфицирующую, то Koerte высказывается положительно: „Desinficieren kann man die vielbrüchige Bauchhöhle nicht“. По мнению Koerte, дезинфицирующие вещества в концентрации растворов, достаточной для обеззараживания, прямо вредны благодаря своему отравляющему действию на организм, в слабых же растворах они не достигают цели, и их действие сводится к механическому очищению, не более чем промывание соляным раствором. В подтверждение своего мнения Koerte приводит работу Houze, который пришел к тем же выводам после тщательного исследования вопроса. Tietze⁴⁾, соглашаясь с предыдущими авторами, прямо прогонически высказывается о попытках дезинфицировать брюшину, сравнивая такие приемы при лечении пери-

¹⁾ См. Samml. kl. Vortr. 262, ст. 2333.

²⁾ Arch. f. kl. Chir. Bd. 39. S. 756.

²) Loco cit., p. 160.

^{b)} Loco cit., p. 15.

тонита съ попытками лечить рожу прикладыванием дезинфицирующих жидкостей на кожную поверхность.

Изъ всѣхъ приведенныхъ сейчасъ данныхъ слѣдуетъ, что прямое достижение цѣли, которая имѣется въ виду при примѣненіи дезинфицирующихъ средствъ, представляется болѣе чѣмъ сомнительнымъ, чтобы не сказать *невозможнымъ*, вредъ же отъ такого примѣненія, въ смыслѣ отравленія организма, стоитъ вѣдъ всякихъ сомнѣній.

Мы приведемъ здѣсь еще мнѣніе Mc. Burney¹⁾, который первый указалъ на вредное дѣйствіе антисептическихъ жидкостей мѣстно, на самую брюшину при ея воспаленіи. Эта сторона вопроса какъ-то мало отбѣяется другими хирургами, и вообще на нее обращается не достаточно вниманія, тогда какъ существуютъ теоретическія и опытные изслѣдованія, выдвигающія очень рельефно вредную сторону дѣйствія дезинфицирующихъ, которыя, какъ оказывается, чрезвычайно предрасполагаютъ брюшину къ развитію воспалительныхъ процессовъ. Отмѣтивъ, что примѣненіе дезинфицирующихъ растворовъ, слабыхъ сулемовыхъ (всѣ и Тиршевскаго, дало ему лишь очень плохіе результаты (всѣ больные умерли), Mc. Burney обсуждаетъ вопросъ, чѣмъ промыть брюшину, и склоняется въ пользу физиологическаго раствора соли. „Хорошо извѣстно, что самый слабый растворъ сулемы, жидкость Тирша, равно и горячая стерилизованная вода разрушающе дѣйствуютъ на эндотелиальные покровы брюшины. Вотъ почему всѣ такія жидкости, если ихъ примѣнять для промыванія брюшины, имѣютъ наклонность нарушать всасывающую способность самой брюшины. Никакой планъ леченія, который можетъ уничтожить послѣдній остатокъ столь важной функціи брюшины, какъ ея всасывательная способность, не можетъ быть названъ удовлетворительнымъ“.

Tavel и Lanz²⁾, разбирая требованія, которыя должны быть предъявлены къ оперативной техники при леченіи перитонита, между прочимъ, выдѣляютъ отдѣльный параграфъ, гласящій: „избѣгать вредныхъ химическихъ воздѣйствій“, подъ чѣмъ они подразумеваютъ примѣненіе химическихъ дезинфицирующихъ веществъ. Антисептика дѣйствуетъ исключительно только во вредъ, такъ какъ она не только не можетъ удовлетворить требованію дезинфекціи, но, напротивъ, повреждая покровы брюшины, прямо

предрасполагаетъ послѣднюю къ воспаленію, такъ же какъ и обыкновенная стерилизованная вода.

Silberschmidt³⁾ приводитъ выдержку изъ работы Walthard'a, который свидѣтельствуетъ на основаніи опытовъ о вредномъ дѣйствіи на брюшину атмосфернаго воздуха и растворовъ сулемы. Подъ влияніемъ того и другого фактора на соответствующихъ мѣстахъ наблюдалось образованіе сращеній, а при одновременномъ введеніи даже небольшихъ количествъ микроорганизмовъ, что, вообще, переносится опытными животными безъ всякаго вреда, въ подобныхъ случаяхъ развивался общій, смертельный перитонитъ. Развитія его удавалось избѣжать обмываніемъ 6‰ растворомъ соли или жидкостью Tavel (растворъ соли 7‰ и двууглекислой соды 2‰). Даже механическія поврежденія брюшины оказались менѣе вредными, чѣмъ воздѣйствіе воздуха или растворовъ сулемы.

Такимъ образомъ дѣйствіе антисептическихъ средствъ, которыя въ брюшной полости не могутъ убить всѣхъ микроорганизмовъ, такъ же какъ они не могутъ убить ихъ и вообще въ зараженныхъ ранахъ, не только не прекращаетъ и не останавливаетъ развитія воспалительнаго процесса, а напротивъ много способствуетъ его развитію и распространенію, предрасполагая къ воспріятію инфекціи тѣ участки брюшины, которые еще оставались здоровыми.

Думаю, что всего, что здѣсь сказано о значеніи дезинфицирующихъ веществъ, достаточно, чтобы принципиально не допускать ихъ соприкосновенія съ серозной поверхностью брюшины во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ операций въ брюшной полости. Принципъ этотъ строго соблюдается проф. А. А. Бобровымъ въ фак. хир. клиникѣ, гдѣ съ момента вскрытія брюшины въ дѣло употребляются исключительно стерилизованныя салфетки, смоченныя въ физиологическомъ растворѣ соли, а для обмыванія или промыванія брюшной полости примѣняется исключительно теплый соляной растворъ.

Особое мѣсто среди антисептиковъ занимаетъ іодоформъ. Средство это въ видѣ тампоновъ и кисетовъ, наполненныхъ салфетками изъ іодоформной марли, введено въ брюшную хирургию Mikulicz'емъ, и этотъ дренажъ изъ іодоформной марли до сихъ поръ сохраняетъ названіе автора. Бактеріологическія изслѣдованія развили іодоформъ, какъ дезинфицирующее вещество, съ тѣхъ поръ какъ доказана возможность сохраненія жизнеспособности культуры стафилококковъ, которыя были смѣшаны съ порошкомъ іодоформа и хранились до мѣсяца⁴⁾. Тѣмъ не менѣе клиника до сихъ

¹⁾ Loco cit.

²⁾ Loco cit., p. 174.

³⁾ Loco cit.

⁴⁾ Пр. П. И. Дьяконовъ. Основы противопаразитарнаго леченія ранъ, стр. 39.

поръ продолжаетъ пользоваться этимъ средствомъ при лѣченіи многихъ болѣзней и притомъ съ успѣхомъ, превышающимъ успѣхъ отъ многихъ другихъ несомнѣнно способныхъ убивать микроорганизмы веществъ. На основаніи личнаго опыта и наблюденія въ клиникѣ намъ кажется, что успѣхъ отъ примѣненія іодоформа зависитъ не отъ его бактерицидныхъ свойствъ, а отъ воздѣйствія его на живыя ткани, жизнедѣятельность которыхъ онъ повышаетъ, производя извѣстное раздраженіе. Быть можетъ, здѣсь играетъ роль положительный хемотоксисъ, повышение лейкоцитоза или возбужденіе жизнедѣятельности кѣлокъ ткани. Лѣченіе мѣстныхъ формъ туберкулеза, гдѣ іодоформъ составилъ себѣ вполне заслуженную репутацію, служить очень наглядной иллюстраціей. Въ пользу высказаннаго соображенія говорить и то наблюденіе, что для полученія желаемаго воздѣйствія достаточно самыхъ малыхъ количествъ іодоформа.

При перитонитахъ, какъ мѣстныхъ, такъ и разлитыхъ, особенно при послѣднихъ, тампоны и полоски изъ іодоформной марли, закладываемые между кишечныхъ петель, примѣняются съ большою пользою. Объ этомъ свидѣлствуютъ всѣ авторы, отрицающіе другія дезинфицирующія средства. Только Mikulicz¹⁾ предостерегаетъ отъ чрезчуръ обильнаго примѣненія іодоформной марли, такъ какъ самъ наблюдалъ легкіе признаки отравленія іодоформомъ. Это легко избѣгается, если не вводить очень сильно іодоформированную марлю и вводить ее рядомъ со стерилизованными не іодоформированными полосками, какъ это обыкновенно и дѣлаетъ проф. А. А. Бобровъ.

Остается сказать еще о примѣненіи перекиси водорода, какъ дезинфицирующаго вещества, при перитонитѣ. Къ сожалѣнію, свидѣній о примѣненіи этого вещества удалось собрать весьма немного, а личнаго опыта и клиническаго наблюденія не было, такъ какъ въ фак. хир. клиникѣ, гдѣ перекись водорода перѣдко примѣняется при лѣченіи инфицированныхъ ранъ, на брюшину ею ни разу не дѣйствовали. Въ Practitioners soc. of New York²⁾ Clement Cleweland спросилъ въ засѣданіи 4 января 1895 г., не примѣнялъ ли кто для дезинфекціи брюшной полости перекиси водорода, о которой спрашивавшій слышалъ много хвалесбныхъ отзывовъ со стороны гинекологовъ. Однако въ засѣданіи не нашлось никого, кто бы могъ дать какія-либо положительныя свидѣнія. Докторъ В. М. Зыковъ въ своей диссертациі (стр. 179) пишетъ: „по примѣру

хирурговъ Новаго Свѣта, я иногда пользовался для промыванія брюшинной полости перекисью водорода, обладающей, по словамъ Mickel'я, самыми сильными бактерицидными свойствами, при чемъ, хотя я и не могъ рѣшить окончательно, въ виду немногочисленности и несистематичности наблюденій, на сколько это средство полезно, но, во всякомъ случаѣ, отмѣтилъ тотъ фактъ, что оно приноситъ вредъ организму при такомъ примѣненіи не можетъ“. Къ сожалѣнію, авторъ не сообщаетъ никакихъ подробностей своихъ попытокъ. Основываясь на томъ, несомнѣнно, очень сильнымъ раздраженіи, которое производитъ перекись водорода на раны вообще и въ смыслѣ болевыхъ ощущеній, и въ смыслѣ прижигающаго дѣйствія, при болѣе продолжительномъ дѣйствіи ея, наконецъ, на наблюдаемомъ бурномъ развитіи газа (кислорода *in statu nascendi*) при дѣйствіи перекиси на ткани, мы думаемъ, что это средство далеко нельзя считать столь невиннымъ и такъ смѣло примѣнять для полости брюшины. Желая испытать дѣйствіе перекиси водорода на брюшину, докторъ С. М. Рудневъ по его устному сообщенію (не опубликовано) экспериментировалъ на животномъ и влилъ немного раствора во вскрытую полость брюшины здороваго кролика. Менѣе чѣмъ въ минуту кроликъ вздохъ при явленіяхъ остановокъ сердца. Очевидно, раздражающее дѣйствіе на брюшину такъ велико, что легко вызываетъ шокъ. Не надо забывать, что при огромной поверхности брюшины и обиліи ея кровеносными сосудами образованіе кислорода *in statu nascendi* можетъ вызвать измѣненія въ крови, въ смыслѣ переокисленія, въ такихъ размѣрахъ, что это можетъ оказаться опаснымъ для жизни.

Вполнѣ отвергая примѣненіе дезинфицирующихъ жидкостей на здоровую или мало измѣненную брюшину, проф. Бобровъ иногда примѣняетъ дезинфицирующіе растворы (сулему 1:2000 преимущественно и борный 4%-ный растворъ) для промыванія полостей и внутри-брюшинныхъ гнойниковъ, когда стѣнки ихъ состоятъ уже не изъ мало измѣненнаго брюшиннаго покрова, но представляютъ гранулирующую поверхность. Въ этихъ случаяхъ отъ раствора сулемы никогда не наблюдалось даже слабыхъ признаковъ отравленія. Если гнойникъ былъ очень великъ или была опасность, что болѣе значительная часть жидкости можетъ задержаться въ какой-либо бухтѣ или карманѣ полости гнойника, то, промывъ сулемой, черезъ нѣсколько минутъ промывали еще борной водой, чтобы удалить остатки, могущіе всосаться. Дѣйствіе антисептикъ здѣсь всегда было благотворно: отдѣляемое уменьшалось, становилось доброкачественнѣе, и исчезалъ запахъ, если таковой былъ

¹⁾ Arch. f. kl. Chir. XXXIX. S. 756.

²⁾ Med. Rec. 1895. Mar. 30.

раньше. Таковы, например, случаи отчета №№ 224, 1277 и другие. Большей осторожности требует карболовая кислота, которая и грануляционной поверхности всасывается много лучше сулемы. В этом отношении очень поучителен один случай из частной практики, который мне пришлось наблюдать. Во время перевязки через несколько дней после нефрэктомии при введении йодоформной полоски в уже начавшую гранулировать рану небольшой кончик этой полоски был случайно смочен в 2%-ном растворе ас. carbolicі, в котором лежали инструменты. Уже через 2 часа появились первые признаки отравления: шум в ушах, учащение пульса и головная боль, которые и прошли немедленно, как только была вынута полоска и замѣнена свѣжей.

Сухой и
влажный ме-
тоды опе-
раций.

Какъ указано выше, в фак. хир. клиникѣ проф. Боброва при лапаротоміяхъ вообще примѣнялись исключительно влажная асептика, благодаря чему въ соприкосновеніе съ брюшиной приходять лишь смоченныя индифферентнымъ растворомъ марлевыя салфетки, инструменты и руки оператора, смачивающіеся отъ тѣхъ же салфетокъ. Такъ избѣгается вредное воздѣйствіе воздуха и высыхания, предрасполагающее брюшину къ воспалительнымъ процессамъ и способствующее образованію сращеній въ послѣоперационномъ теченіи. Вопросъ теперь уже можно считать разрѣшеннымъ въ пользу примѣненія влажной асептики, и громадное большинство хирурговъ примѣняетъ таковую при операціяхъ, сопровождающихся вскрытіемъ полости живота. Исключеніе допускается въ клиникѣ лишь въ двухъ случаяхъ — это, когда приходится снять, считаясь съ брюшиной поверхности небольшое количество выступившаго септического матеріала или когда марля закладывается съ цѣлью вызвать образованіе плотныхъ спаекъ прилежащихъ частей и уединить такимъ образомъ известную область отъ всей полости брюшины. Въ этихъ случаяхъ примѣняется или йодоформная марля, или, если обстоятельство требуетъ примѣненія относительно большого количества марли, которая должна будетъ остаться въ ранѣ, смѣсь изъ простой стерилизованной марли съ йодоформной.

Кромѣ приведенныхъ сейчасъ оснований, являющихся противопоказаніемъ къ примѣненію сухой марли, надо избѣгать этого еще и по слѣдующимъ причинамъ. Механическое раздраженіе отъ обтиранія и прикосновенія сухой марли, несомнѣнно, гораздо больше, такъ какъ марля смоченная становится мягче, пластичнѣе и менѣе прилипаетъ къ серозной поверхности, оставляя на послѣдней меньше мельчайшихъ волоконцевъ хлопчатника. Это осно-

ваніе имѣетъ тѣмъ большее значеніе, что изслѣдованія Waltherd¹⁾ показали, что и механическое поврежденіе эндотелія брюшины обуславливаетъ предрасположеніе къ воспаленію, почему совсѣтъ при очищеніи брюшины довольствоваться обмываніемъ и не касаться брюшиннаго покрова, по возможности, ни губками, ни компрессами, который даетъ Siegel²⁾, имѣетъ за себя и экспериментальныя доказательства. Если дѣло стоитъ такъ для здоровой, невоспаленной поверхности брюшины, то тѣмъ болѣе необходимо должны соблюдаться тѣ же правила, когда приходится имѣть дѣло съ воспаленной и, слѣдовательно, еще болѣе раздражимой брюшиной. Однако нѣкоторые авторы, нѣмецкіе преимущественно, принципиальные противники примѣненія промываній брюшины, рекомендуютъ и марлю примѣнять сухую, такъ какъ всякое промываніе (слѣдовательно, и небольшое количество жидкости, содержащее въ мокрыхъ салфеткахъ) представляетъ опасность занести заразное начало въ еще свободные отъ инфекціи отдѣлы брюшной полости. Мнѣніе это высказано, напримеръ, Schuchard³⁾ омъ. Такой страхъ разнести инфекцію при операціи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ отграничивающихъ сращеній, кажется намъ, во всякомъ случаѣ, очень преувеличеннымъ, и врядъ ли можно выступить съ предложеніемъ, что лучше жертвовать, ради еще недоказанной опасности разноса инфекціи, возможностью избѣжать столькихъ вредныхъ для брюшины воздѣйствій. Это становится тѣмъ убѣдительнѣе, что точно доказано, что сами по себѣ вредныя вліянія сухого способа могутъ обострить воспалительныя явленія и тѣмъ самымъ повести къ тому распространенію процесса, избѣжать котораго старались, отказываясь отъ влажной асептики.

Очень доказательныя наблюденія въ пользу влажной асептики приводитъ въ своей книгѣ Tixier⁴⁾. При опытахъ энвисераціи (при здоровой и больной брюшинѣ) авторъ началъ съ сухой асептики, но скоро убѣдился, что при такомъ методѣ дѣло идетъ хуже. Расширеніе сосудовъ наступаетъ очень скоро, много скорѣе чѣмъ при влажномъ способѣ. Кишки скоро достигаютъ той степени венознаго стаза, которую Kuestner и Olschausen считают опаснымъ послѣдствіемъ длительныхъ энвисерацій. Скоро наступаетъ отдѣленіе желтоватаго трансудата, чего не бываетъ при мокромъ способѣ и что ведетъ къ паденію кровяного давленія.

¹⁾ Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1891. S. 275.

²⁾ Beitr. z. kl. Chir. 98 Bd. XXI. H. 2. S. 325.

³⁾ Arch. f. kl. Chir. Bd. L. S. 615.

⁴⁾ Loco cit., стр. 190.

Наконец, изучая кимографическія кривыя, Tixier убѣдился, что и малое механическое раздраженіе кишечъ при сухомъ способѣ скоро начинаетъ вызывать гораздо болѣе сильныя сердечныя рефлексы, чѣмъ при мокромъ способѣ. Это вполне соответствуетъ упоминавшимся нами выше опытамъ Тарханова. Данныя, добытыя Tixier, являются для насъ очень цѣнными, такъ какъ при перитонитѣ отыскивая и зашивая прободныя отверстія, резецируя кишечныя петли, освобождая ущемленія и т. д., нерѣдко приходится извлекать кишечныя петли наружу, наконецъ, при разрывахъ и при очищеніи брюшины кишки могутъ выпадать наружу или подвергаться дѣйствію воздуха и марли черезъ самое отверстіе разрыва.

Не менѣе важнымъ преимуществомъ влажнаго способа является и возможность избѣгать очень вредно дѣйствующаго на общее состояніе и дѣятельность сердца охлажденія извлеченныхъ наружу внутренностей. Влажные компрессы легко сохранять теплыми, выливая на нихъ теплый соляной растворъ или накладывая новые горячіе компрессы сверху. Tixier (ibid.) съ этой цѣлью совѣтуетъ даже прикрывать и обертывать выпутанную кишку сверху влажными компрессами тонкой клеенкой, чѣмъ избѣгается охлажденіе отъ испаренія. Такое поддержаніе тепла Tixier считаетъ очень цѣлесообразнымъ, при своихъ опытахъ примѣнялъ очень часто и на кимографическихъ кривыхъ не наблюдалъ признаковъ угрожающихъ рефлексовъ, напротивъ, часто видѣлъ повышеніе кровяного давленія.

Послѣднимъ и существеннымъ аргументомъ въ пользу влажной асептики является возможность очень вѣрно избѣгать всегда нежелательныхъ послѣоперационныхъ сращеній.

Большимъ, выздоравливающимъ отъ перитонита, уже отъ самой болѣзни, въ будущемъ нерѣдко приходится считаться съ послѣдствіями образующихся въ результатъ перитонита сращеній. Намъ придется заняться этимъ осложненіемъ, когда будемъ изучать вопросъ о послѣдовательныхъ осложненіяхъ послѣ перитонита, здѣсь же коснемся этого лишь постольку, поскольку возникновеніе сращеній можетъ вообще быть избѣгнуто примѣненіемъ влажной асептики.

Данныя по вопросу объ образованіи послѣдовательныхъ сращеній подробно собраны Tixier¹⁾. Мы приведемъ наиболѣе интересные факты. Въ 1892 году William Easterly Ashton первый обратилъ вниманіе на частоту послѣоперационныхъ сращеній и

возникающихъ въ зависимости отъ послѣднихъ ущемленій. Martin, Olschauen, Gassergow и др. хирурги, которымъ приходилось дѣлать лапаротоміи повторно, у того же больного, отмѣчали остающіяся сращения, и изъ этихъ наблюденій даже выработалось общее правило, въ случаѣ вторичной лапаротоміи, не вскрывать живота по старому рубцу. Было высказано мнѣніе (Kuestner), что появленіе послѣдовательныхъ сращеній всегда зависитъ отъ инфекціи, однако, проверяя этотъ фактъ, Hermann Thomson, изъ Дерпта, нашелъ, что сращения получаются и при условіяхъ строжайшей асептики, когда операція дѣлается даже въ атмосферѣ абсолютно обезпложеннаго путемъ фильтрованія воздуха. То же подтвердилъ и Walthard. Примѣненіе антисептическихъ жидкостей, путемъ чего думали избѣгать сращеній Müller, Dembowsky и др., какъ оказалось по опытамъ Obolinsk'аго, напротивъ, вызываетъ усиленное образованіе ихъ. Клиническій опытъ Tauffer'a подтвердилъ этотъ фактъ: авторъ, пока работалъ съ антисептикой, на 443 лапаротоміи, 10 разъ наблюдалъ непродоходимость отъ образованія сращеній, а перейдя на асептику, на 348 лапаротоміи получилъ всего 2 раза такое ущемленіе, т.-е. частота осложненія уменьшилась въ четыре раза. Случаи эти стали еще рѣже, когда, послѣ изслѣдованій Tavel'a, Senger'a, Leguen и др., начали примѣнять влажную асептику. Schiffer въ 1894 году опубликовалъ свою статистику, изъ которой видно, что на 132 случая лапаротоміи при сухой асептикѣ приходится 5 случаевъ осложненія ущемленіемъ отъ сращеній, а когда авторъ перешелъ на влажную асептику, то на 67 случаевъ операціи не имѣлъ ни одного ущемленія. Senger на 147 случаевъ лапаротоміи, примѣняя влажный методъ, не получилъ ни одного ущемленія. Въ факультетской хирургической клиникѣ, гдѣ влажная асептика примѣняется какъ правило при лапаротоміяхъ, за послѣднія 7 лѣтъ ни разу не наблюдалось какихъ-либо осложненій, которыя бы указывали на образованіе послѣдовательныхъ сращеній. За время ординатуры мнѣ пришлось видѣть 2 случая вторичной лапаротоміи: одинъ — черезъ 12 дней послѣ гастроэнтеростоміи (№ 676 отчета), другой — послѣ операціи эхинококка печени черезъ 4 недѣли (№ 1217 отчета), — въ обоихъ случаяхъ не было ни малѣйшихъ сращеній въ области первой операціи. Все сказанное достаточно вѣрно говорить за влажный методъ при лапаротоміи и, если это положеніе вѣрно для здоровой, не измѣненной брюшины, то оно должно оставаться таковымъ и для случаевъ, гдѣ часть брюшиннаго покрова потеряла уже воспалительныя измѣненія.

¹⁾ Loco cit., стр. 25.

Въ только что изложенномъ отдѣлѣ мы стремились выяснитъ главныя положенія, которыя обуславливаютъ общія требованія, представляемыя къ оперативной техники дѣйствія различныхъ формъ перитонита въ зависимости отъ мѣстныхъ особенностей брюшной полости и характера самой болѣзни. Покончивъ съ общими началами, которыя должны лечь въ основу оперативной техники, переходимъ къ описанію послѣдней въ деталяхъ.

Приготовленіе больного къ операціи часто не можетъ быть проведено съ той педантичной аккуратностью, какъ это дѣлается вообще для брюшныхъ операцій.

Очищеніе кишечника слабительными невозможно, такъ какъ на лицо параличъ кишечника и рвоты, тщательное вымываніе больного въ ваннѣ въ большинствѣ случаевъ невозможно вследствие чрезвычайной общей слабости и болѣзненности живота и т. д. Слабость сердечной дѣятельности и опасность могущаго наступить при операціи коллапса требуютъ примѣненія возбуждающихъ до и во время операціи.

Искусственное согрѣваніе тѣла больного горячими мѣшками и бутылками, подкожныя инъекціи кофеина, камфоры, которыя особенно хвалятъ Koerte, стрихнина (0,001 на инъекцію), очень рекомендуемаго англійскими и американскими авторами, считаются весьма полезными. Всѣ болѣе опытные хирурги отмѣчаютъ большую пользу отъ промыванія желудка передъ операціею. Kocher¹⁾ говоритъ, что отъ этой мѣры часто наблюдалось немедленное улучшеніе дѣятельности сердца, благодаря удаленію изъ желудка разлагающихся пищевыхъ и каловыхъ массъ, прекращенію на нѣсколько времени рвоты и всасыванія этихъ гнилостныхъ продуктовъ, которое время рвоты и всасыванія этихъ гнилостныхъ продуктовъ и давлѣнія на діафрагму. Послѣднее обстоятельство понижаетъ внутрибрюшное давленіе и тѣмъ самымъ облегчаетъ оперативную технику, которая вообще не легка при сильно вздутомъ животѣ. Koerte²⁾ считаетъ промываніе желудка передъ операціей необходимымъ особенно потому, что послѣ промыванія обыкновенно не бываетъ во время наркоза рвоты желудочнымъ содержимымъ и каловыми массами.

Tixier³⁾, говоря о необходимости въ нѣкоторыхъ случаяхъ промыванія желудка передъ операціей, между прочимъ, указываетъ

¹⁾ Ueber Ileus. Mitt. aus d. Gr. d. Med. u. Chir. Bd. IV. H. 2.

²⁾ Loco cit., p. 158.

³⁾ Loco cit., p. 179.

случай, гдѣ произошло во время обильной каловой рвоты при наркозѣ затеканіе жидкихъ массъ въ бронхи. Этотъ случай, несмотря на всѣ мѣры, окончился смертью.

Передъ операціей полезно также сдѣлать одну или нѣсколько теплыхъ клизмъ. Въ фак. хир. клиникѣ проф. А. А. Боброва такія клизмы дѣлаются обыкновенно черезъ желудочный зондъ и такимъ же пріемомъ, какъ промываніе желудка: если вливать и выливать жидкость сифономъ, то и при подавленной кишечной дѣятельности нѣрѣдко удается вымыть испражненія и вызвать отхожденіе газовъ, что, конечно, очень желательно въ силу уже высказанныхъ по поводу промыванія желудка соображеній. Koerte совѣтуетъ послѣ промыванія сдѣлать per rectum вливаніе небольшой клизмы изъ горячей воды съ конькомъ, что очень хорошо дѣйствуетъ, какъ возбуждающее сердечную дѣятельность и оживляющее средство.

Конечно, могутъ встрѣтиться случаи, гдѣ эти мѣропріятія будутъ противопоказаны. Если будетъ подозрѣніе на прободеніе толстой кишки или желудка, ясное дѣло, примѣнять промываніе нельзя.

При прободеніи желудка оно и не будетъ очень необходимо, такъ какъ рвоты, какъ мы показали выше, чаще не бываетъ, а упорная каловая рвота, кажется, и вовсе не встрѣчается. Среди собранныхъ нами случаевъ есть одинъ (табл. I № 83) случай Lennander'a, гдѣ вследствие ошибки въ діагностикѣ и при прободеніи круглой извы было примѣнено промываніе желудка и клизмы, такъ какъ діагностика склонилась къ непроходимости отъ внутреннего ущемленія. Никакихъ вредныхъ послѣдствій отъ промыванія не было замѣчено, и послѣ сдѣланной операціи, при которой найдено и зашито прободное отверстіе желудка, больная поправилась и черезъ 66 дней была вполне здорова. Конечно, основываясь на приведенномъ случаѣ, нельзя заключить о полной безопасности выполаскиванія желудка при прободеніи, но онъ все же показываетъ, что подобная ошибка можетъ и не вести за собой печальныхъ послѣдствій.

Въ виду невозможности въ большинствѣ случаевъ сдѣлать общую ванну и хорошо вымыть больного, особаго вниманія требуетъ очищеніе поля операціи. Въ клиникѣ проф. А. А. Боброва это производится такъ: если больной такъ слабъ, что ему нельзя сдѣлать ванну, то, по возможности, до наркоза на операціонномъ столѣ тщательно моютъ теплою водою и мыломъ животъ, грудь, и бедра. Всю поверхность затѣмъ тщательно выбриваютъ, и, перевернувъ еще разъ бѣлье, больного переносятъ на другой,

за полную необходимость дѣлать разрѣзъ только надъ мѣстомъ основного страданія, если бы этому мѣсту въ дѣйствительности всегда соотвѣтствовало и скопленіе наиболѣе дурнокачественнаго эксудата и загрязняющихъ брюшину постороннихъ веществъ. Если бы дѣло обстоило такъ, то разрѣзъ надъ мѣстомъ первоначальнаго очага обезпечивалъ бы всегда наиболѣе совершенный способъ удаленія патологическихъ продуктовъ, съ минимальнымъ загрязненіемъ другихъ участковъ. Гной удалялся бы кратчайшимъ путемъ, притомъ самыя дурнокачественныя порціи его — первыми. Однако на дѣлѣ далеко не всегда бываетъ такъ. Какъ увидимъ далѣе, инфекция по полости брюшины распространяется болѣе или менѣе опредѣленными путями, и мѣста для скопленія эксудата и гноя оказываются довольно постоянными, независимо отъ мѣстъ первичной инфекции. Среди нашихъ таблицъ встрѣчается много случаевъ прободенія органовъ верхняго этажа живота, гдѣ всѣ данныя говорили за страданіе червеобразнаго отростка, а на операциі находили скопленіе эксудата въ тазу, да еще на днѣ его густой гной, тогда какъ кверху воспалительныя явленія бывали менѣе рѣзко выражены, хотя источникъ инфекции и лежалъ тамъ — выше. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ошибка эта обнаруживалась только на вскрытіи, оставшись не открытой при самой операциі. Такіе факты скопленія гноя вдали отъ мѣста возникновенія воспаленія упнчтожаютъ всякое значеніе соображеній Sonnenburg'a, который и своими довольно обширными статистическими данными не можетъ подтвердить справедливости своего взгляда: убѣдиться въ этомъ легко, если сравнить результатъ Sonnenburg'a съ результатами предпочитающихъ срединный разрѣзъ Koerte и Tietze.

Изъ слѣдующихъ строкъ работы Tietze¹⁾ можно вывести заключеніе, что клиническій опытъ привелъ его и его учителя Mikulicz'a приблизительно къ тѣмъ же соображеніямъ, которыми нами сейчасъ высказаны на основаніи изученія большого числа опубликованныхъ случаевъ: „Срединный разрѣзъ лучше всего позволяетъ ориентироваться и даетъ наиболѣе свободный доступъ во всѣ стороны. Только при прободеніяхъ червеобразнаго отростка мы напомнимъ наше внимательство боковымъ разрѣзомъ, который ведетъ насъ въ очагъ болѣзни, но къ этому разрѣзу въ случаяхъ перитонита мы должны прибавить разрѣзъ срединный. Я согласенъ съ мнѣніемъ Sonnenburg'a, что этотъ боковой разрѣзъ лучше всего позволяетъ ориентироваться въ очагъ болѣзни и часто дѣлаетъ

излишними другіе разрѣзы, но при наличности перитонита я бы не хотѣлъ не дѣлать срединнаго разрѣза, такъ какъ первый открываетъ намъ лишь ограниченное поле зрѣнія, по которому нельзя бываетъ опредѣлить состояніе mesogastrii и лѣвой половины живота, и прежде всего потому, что, по моему мнѣнію, удаленіе жидкаго эксудата изъ послѣднихъ отдѣловъ полости живота не можетъ совершиться достаточно хорошо черезъ одинъ правый боковой разрѣзъ. Во многихъ случаяхъ разлитого перитонита при аппендицитахъ я даже, кромѣ срединнаго разрѣза, дѣлалъ бы еще разрѣзъ и надъ лѣвой Пупартовой связкой, чтобы дренировать и лѣвую половину большого таза, гдѣ, мы знаемъ, гной нерѣдко скопляется при прободеніи червеобразнаго отростка“.

Такимъ образомъ нормальнымъ приходится считать разрѣзъ срединный и начинать операцию съ другого можетъ быть выгодно почти только въ случаяхъ несомнѣнно вѣрной діагностики и преимущественно въ случаяхъ аппендицита.

Имѣя въ виду еще болѣе выяснитъ выгоду того или другого разрѣза, мы изслѣдовали съ этой стороны собранные нами клиническіе случаи, для чего сопоставили наши случаи по первоначальной этиологической воспаленія, сравнавъ соотвѣтствующія группы изъ всѣхъ таблицъ независимо отъ способа лѣченія.

Получились слѣдующіе результаты:

Въ 91 случаѣ перитонита на почвѣ прободенія червеобразнаго отростка боковой разрѣзъ въ области слѣпой кишки дѣлался 69 разъ, и въ 19 случаяхъ дѣлались еще дополнительные разрѣзы. Діагностика была поставлена точно во всѣхъ случаяхъ, и на эти случаи приходится 37 сообщенныхъ случаевъ выздоровленія. Срединный разрѣзъ сдѣланъ 20 разъ, и 5 разъ сдѣланы дополнительные разрѣзы, при чемъ въ 1 случаѣ діагностика была колеблющейся. Изъ этихъ сообщенныхъ случаевъ выздоровленіемъ окончились 9. Въ двухъ случаяхъ методъ операциі не указанъ.

Въ 49 случаяхъ прободенія круглой извы желудка при правильно поставленной діагностикѣ срединный разрѣзъ выше пупка былъ сдѣланъ 36 разъ и 3 раза косою параллельно лѣвому реберному краю. Дополнительные разрѣзы сдѣланы были 12 разъ, главнымъ образомъ надъ symphysis pubis для дренажа малаго таза. Изъ этихъ случаевъ выздоровленіемъ окончились 29. Описаны 6 случаевъ операциі при ошибочной діагностикѣ, гдѣ опредѣлено было аппендицитъ. Изъ нихъ въ 5 сдѣланъ срединный разрѣзъ, ниже пупка и въ одномъ боковой, какъ при аппендицитѣ. Въ послѣднемъ, и еще въ двухъ изъ первыхъ пяти случаевъ, истинная

¹⁾ Loco cit., p. 50.

причина перитонита была выяснена на операции, и 2 больных выздоровели; а в трех других из тех же пяти диагностика так и осталась невыясненной до вскрытия: операцию кончали, как при аппендиците, и все эти больные умерли (табл. I 58, табл. II 14, 50).

Случаев прободения круглой явзы двенадцатиперстной кишки собрано всего 10; диагностика была верна только в 3 случаях, в которых разрез и делался два раза через *m. rectus* и один раз по средней линии выше пупка. В 6 случаях разрез сделан ниже пупка по средней линии или боковой, в результате ошибки в диагностике, склонявшейся в пользу аппендицита.

В случае табл. II № 27 правильная диагностика сделана только на вскрытии, в остальных — при операции, которая и была окончена наложением соответственных дополнительных разрезов.

В случаях проникающих ран и подкожных повреждений внутренних органов, которых собрано первых 6, а вторых 15, разрезы делались или над местом повреждений, или по средней линии ниже пупка.

При тифозных прободениях, которых по оригинальным работам нами собрано 14 случаев, 9 раз применялся срединный разрез ниже пупка и 5 раз косой с правой стороны; в одном случае, вследствие ошибки в диагностике, операцию начали со вскрытия имевшегося грыжевого (паховая грыжа) мешка и затем, продлив разрез вверх, сделали лапаротомию (табл. I № 52).

Гесселевич и Ванах¹⁾, собравшие всего 56 случаев операции при тифозных прободениях кишок, в своих таблицах не отметили, каким разрезом начиналась операция в каждом данном случае, но считают нормальным разрез срединный, который, очевидно, и был в большинстве случаев применяем. Операций при кишечных прободениях от язв другого происхождения в наши таблицы вошло 4. Эти случаи принадлежат, по видимому, к наиболее редким. Операция 3 раза начата со срединного разреза и раз сделан через разрез боковой.

9 случаев собрано таких, где перитонит развивался в результате ущемления грыж или заворота кишок.

Все эти случаи такие, где рядом с оперативным устранением ущемления, были приняты и хирургические меры к лечению найденного перитонита. Среди них 4 раза разрез делали

срединный, 4 раза вскрывали грыжевой мешок и затем продолжали разрез вверх, вскрывали брюшину; наконец в одном случае путь вмешательства не указать.

В 9 случаях вмешательство было вызвано развитием послеоперационного перитонита. Из них 3 раза была раскрыта прежняя рана, 3 раза сделали срединный разрез и 2 раза боковой; в одном случае подробности не указаны.

При страданиях половых органов и возникавших отсюда перитонитах чаще всего срединный разрез (4 на 6 случаев) и, наконец, при прободениях желчного пузыря два раза срединный разрез и один раз боковой, как при аппендиците, вследствие ошибки в диагностике, которая выяснена лишь во время операции. В этом случае продолжением разреза вверх положен путь к желчному пузырю.

Таким образом и клинический материал подтверждает данные Коерте, Тетце и др. Нормальным разрезом следует считать срединный, выше или ниже пупка; только в немногих случаях предпочтительны другие разрезы. Диагностика, которую удалось поставить до операции более точно, является здесь главным показанием к отступлению от срединного разреза, как видно, однако, не необходимым. 2 указанных уже случая являются наиболее показывающими такое отступление; но помня о случаях ошибки в диагностике, оставшихся не разъясненными, нам кажется, необходимым если не удастся скоро и точно ориентироваться из бокового разреза, присоединить срединный разрез, дающий больше пространства.

В случаях ограниченных перитонитов надо особенно остерегаться искусственного сообщения между воспаленным участком брюшины, отделенным сращениями, и здоровым ее отделом: разрез должен пройти только над больным участком и не нарушить образованных сращений.

Кроме того, необходимо в этих случаях, чтобы разрезом было вскрыто все пораженное, чтобы он дал свободный сток из воспаленного отдела и чтобы нигде, по возможности, не осталось не опорожненного скопления экссудата. Последнее может представить особенное затруднение при так называемом прогрессирующем фибринозно-гнойном перитоните (*progrediente fibrinos eitrige P.* по Mikulicz'у). Здесь опасен разрыв каждого сращения, а между тем нередко может быть неизвестно, что находится за ним — здоровая брюшина или еще ограниченная, воспаленная полость. Правда, что тампонада йодоформной марлей и отгра-

¹⁾ Loco cit.

нижение салфетками довольно вѣрно предохраняетъ отъ неприятныхъ осложнений въ случаѣ вскрытія и здоровой брюшины изъ гнойника, однако это всегда очень нежелательное осложненіе. Въ такихъ сомнительныхъ случаяхъ, можетъ-быть, было бы лучше сначала попасть въ здоровую часть брюшной полости, за ограниченіе, и намъ кажется, что возможны клиническіе случаи, гдѣ не только позволительно но прямо лучше сдѣлать это умышленно, чтобы, осторожно убѣдившись изъ здороваго отдѣла, гдѣ кончаются срашенія и какъ расположены главныя скопленія гноя, затѣмъ, зашивъ брюшную рану, уже смѣло и увѣренно приступить къ опорожненію ограниченныхъ скопленій изъ новыхъ разрывовъ, подобно тому какъ иногда при нефректомиі по поводу піонефроза вскрываютъ брюшную полость, убѣждаются оцунываніемъ въ состояніи той и другой почки и уже затѣмъ дѣлають нефректомію черезъ поясничный разрывъ. Намъ не случилось встрѣтить описаніе или видѣть такой образъ дѣйствій, но на основаніи изученныхъ случаевъ и принимаю во вниманіе, что при мѣстныхъ перитонитахъ больные обыкновенно не бываютъ въ столь плохомъ состояніи, которое не допускало бы небольшого удлинненія операціи, можно думать, что предлагаемый образъ дѣйствій въ подходящемъ случаѣ можетъ быть съ пользою испытанъ.

Когда брюшная полость будетъ вскрыта, хирургъ долженъ прежде всего и возможно быстро ориентироваться въ томъ, что будетъ найдено. Прежде всего, если была поставлена болѣе или менѣе увѣренно діагностика, надо убѣдиться въ ея вѣрности; если же діагностика была колеблющаяся, что нерѣдко, то убѣдиться, съ чѣмъ имѣетъ дѣло въ данномъ случаѣ. Мы уже упоминали, не разъ о клиническихъ наблюденіяхъ, гдѣ наиболѣе рѣзко выраженные воспалительныя явленія и скопленія воспалительныхъ продуктовъ были находимы въ отдѣлѣ брюшной полости, иногда очень отдаленномъ отъ мѣста первоначальнаго очага болѣзни. Случаи эти должны навести на мысль объ извѣстной законности распредѣленія въ брюшной полости и массѣ экссудата, и попадающихъ туда загрязняющихъ, вносящихъ съ собою инфекцію веществъ, вокругъ которыхъ начинаютъ развиваться видныя воспалительныя измѣненія. Такимъ образомъ клиническія наблюденія уже показали, что наиболѣе воспалительныя измѣненія не всегда соответствуютъ мѣсту первоначальнаго очага и что они не всегда распространяются изъ послѣдняго, какъ отъ центра.

Послѣднее обстоятельство могло бы въ нѣкоторыхъ случаяхъ, которые никогда нельзя предвидѣть до операціи, создать непре-

одолимая почти затрудненія для хирурговъ, если бы не существовало извѣстныхъ законностей въ распространеніи по брюшной полости экссудата и загрязняющаго матеріала.

По счастью, изученіе топографіи брюшной полости, взаимнаго расположенія внутреннихъ органовъ и образующихся среди послѣднихъ чѣлѣй и бухтъ и особенно накопившихся теперь наблюденія при операціяхъ даютъ возможность установить нѣкоторыя законности, по которымъ въ полости брюшины распредѣляются экссудатъ и постороннія вещества.

Здѣсь при обсужденіи вопроса о томъ, какъ быстрѣ ориентироваться въ могущихъ представиться затруднительныхъ случаяхъ операціи, будетъ умѣстно заняться топографіею брюшной полости, сопоставить съ данными ея наблюденія, опубликованныя въ медицинской печати и сдѣланныя въ фак. хир. клиникѣ, а также результаты тѣхъ изслѣдованій на трупахъ, которая были нами предприняты съ цѣлью еще болѣе освѣтить результаты клиническихъ наблюденій. Всѣ эти изслѣдованія позволяютъ установить такую законность въ распространеніи воспалительнаго процесса во многихъ случаяхъ. Знаніе этой законности можетъ чрезвычайно облегчить и ускорить открытіе первоначальнаго очага болѣзни, а главное сдѣлать послѣдующіе приемы очищенія брюшной полости болѣе быстрыми и цѣлесообразно-послѣдовательными.

Распредѣленіе, распространеніе и скопленіе излившейся жидкости или образовавшагося въ брюшной полости экссудата совершается прежде всего подъ вліяніемъ закона тяжести. Слѣдовательно, распространеніе экссудата должно зависѣть отъ мѣста образованія и количества накопившейся жидкости, а за тѣмъ отъ формы самой брюшной полости и отъ расположенія внутреннихъ органовъ, которые могутъ представить извѣстное препятствіе току излившейся жидкости или измѣнить его направленіе. Отсюда слѣдуетъ, что анатомическое изученіе формы брюшной полости безъ заключенныхъ въ ней брюшныхъ внутренностей и изученіе топографіи послѣднихъ, въ связи съ наблюденіями, сдѣланными въ клиникѣ при операціяхъ и при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ, могутъ дать важныя указанія, какъ и гдѣ искать первоначальный очагъ болѣзни, если онъ неизвѣстенъ.

Такъ какъ больные вслѣдствіе тяжести страданія бываютъ вынуждены лежать обыкновенно на спинѣ, чтобы избѣжать малѣйшаго давленія на животъ, которое они не переносятъ вслѣдствіе болѣзненности и затрудненія дыханія, то это вынуж-

Данный клиническій опытъ и результаты анатомическихъ исследований, руководясь которыми возможно бы-
стрѣ ориентироваться при операціи въ каждомъ данномъ случаѣ.

женное и постоянное положение на спинѣ заставлятъ распредѣляться экссудатъ въ зависимости отъ формы задней стѣнки живота, которая въ данномъ случаѣ оказывается дномъ сосуда, въ которомъ скопляется жидкость.

Передняя, боковая и часть верхней, переднедиафрагмальной, части брюшной стѣнки представляютъ болѣе или менѣе податливыя, гладкія поверхности, благодаря тому, что стѣнка здѣсь состоитъ изъ мышечнаго слоя, натянутого между костными основаниями, состоящими изъ косто-хрящевато-го кольца реберныхъ дугъ съ одной и тазового пояса съ другой стороны. Вся эта область, съ внутренней стороны гладко выстлана брюшиннымъ покровомъ, изнутри представляетъ въ общемъ гладкую поверхность, къ которой не прикрѣпляются внутренніе органы и на которой не образуется сколько-нибудь значительныхъ складокъ брюшины. Здѣсь поэтому нѣтъ никакихъ бухтъ и кармановъ, могущихъ послужить мѣстомъ скопленія экссудата. При лежанчѣ положеніи больного на спинѣ верхняя, въ данномъ случаѣ, т. е. передняя половина всей стѣнки брюшной полости представлятъ податливую, гладкую, изнутри вогнутую крышку, которая не можетъ имѣть сама по себѣ вліянія на мѣсто скопленія и на распредѣленіе жидкости въ брюшной полости.

Напротивъ, задняя и нижняя стѣнки живота, при лежанчѣ положеніи больного образующія дно той полости, имѣютъ чрезвычайно неправильную форму и представляютъ нѣсколько углубленій и выпуклостей, обуславливающихъ собою распредѣленіе жидкости. Эти условія распредѣленія осложняются еще расположеніемъ внутреннихъ органовъ, которые прикрѣпляются къ той же стѣнкѣ и тѣми складками брюшины, въ которыя эти органы вдвинуты и которыя образуютъ листокъ висцеральной брюшины, раздѣляющій всю заднюю стѣнку живота на отдѣльные участки. Соответственно этимъ разграничивающимъ складкамъ, несмотря даже на неполное разграниченіе внутренностями, образуются отдѣльные, обособленные участки брюшной полости, отмѣчаемые въ анатоміи.

Delepine далъ схему, указывающую наиболѣе углубленныя мѣста, гдѣ скопляется экссудатъ въ брюшной полости, которую потомъ дополнилъ Nadra (цит. по Forgue)¹⁾. Эти авторы стремятся указать отдѣльные, какъ они называютъ, мѣшки (sac), въ которыхъ скопляется экссудатъ, и различаютъ такихъ 6 мѣшковъ: 1) правый околонечечный мѣшокъ, гдѣ скопляются массы экску-

дата, возникшія у правой доли печени, желчнаго пузыря и протоковъ, colon transversum и его угла у перехода восходящей ободочной кишки въ поперечную, наконецъ, отъ исторической части желудка, начала двѣнадцатиперстной кишки и нѣкоторыхъ частей желудка; 2) надсѣлѣокишечный мѣшокъ, гдѣ скопляется жидкость при прободеніи восходящей толстой кишки, двѣнадцатиперстной и верхняго отдѣла стѣной кишки; 3) присѣлѣокишечный мѣшокъ, соответствующій fossa iliaca dextra, на который распространяется воздѣйствіе червеобразнаго отростка, правыхъ придатковъ матки, мочевого пузыря и конца тонкой кишки; 4) лѣвый мѣшокъ, составляющій сферу воздѣйствія тонкихъ кишокъ, S-образной кривизны, нисходящей толстой кишки и селезенки; 5) поддиафрагмальный мѣшокъ, расположенный влѣво отъ ligamentum suspensorium hepatis и наполняемый экссудатомъ, возникающимъ на лѣвой доль печени, селезенкѣ, передней и лѣвой поверхности желудка, и, наконецъ, 6) мѣшокъ, соответствующій bursa omentalis. Нетрудно замѣтить, что въ основу только что приведеннаго раздѣленія брюшной полости на отдѣлы положено болѣе клиническаго опыта и результатовъ патолого-анатомическихъ наблюденій, чѣмъ данныхъ топографической анатоміи, почему области и разграниченны очень неопредѣленно. Болѣе опредѣленнымъ является то разграниченіе, которое предлагаетъ въ своей работѣ Bode²⁾, заимствуя его изъ изслѣдованій Henke. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ передняя стѣнка живота значительно приближена къ задней, именно: по средней линіи близъ пупка и съ обѣихъ сторонъ надъ мѣстомъ расположенія m-li psoatis. Соответственно этому послѣднему обстоятельству и получается разграниченіе до извѣстной степени брюшной полости на отдѣльные камеры или отдѣлы, именно: два боковыхъ, верхній и нижній. 1) Верхній отдѣлъ расположенъ отъ углубленія диафрагмы до ската вверхъ отъ мѣста наибольшаго приближенія задней стѣнки къ передней на средней линіи. 2) Нижнее пространство помѣщается въ срединѣ между m. psoat. и спускается въ малый тазъ, и, наконецъ, 3) и 4) боковыя пространства находятся слѣва и справа отъ m-li psoatis и спускаются внизъ до подздошныхъ впадинъ. Соответственно этимъ областямъ, пишетъ Bode, иногда происходитъ отграниченіе гнойнаго или воспалительнаго процессовъ. Хотя послѣднее раздѣленіе и болѣе основано на анатомическихъ данныхъ, но и оно, такъ же какъ и первое, страдаетъ недостаточной

¹⁾ Traitement des Peritonites septiques... Gaz. Med. 1897. Nov. 27.

²⁾ Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. VI. H. 1. 2.

определенностью въ разграниченіи отдѣловъ, что зависитъ отъ того, что въ обѣихъ этихъ попыткахъ указать законы распределенія экссудата и постороннихъ жидкостей не приняты въ достаточной мѣрѣ во вниманіе анатомическія особенности задней стѣнки живота и не сопоставлены съ топографическими данными расположенія внутреннихъ органовъ.

Если, собравъ клиническіе факты, указывающіе на извѣстную законность распределенія жидкости въ полости живота, сопоставить ихъ съ данными анатоміи задней стѣнки живота и топографіею внутреннихъ органовъ, то, кажется намъ, можно вывести довольно точную законность распределенія и, главное, извѣстную послѣдовательность, если можно такъ выразиться, въ загрязненіи отдѣльных участков брюшной полости, въ зависимости отъ мѣста первоначальнаго проникновенія инфекции, слѣдовательно найти связь между скопленіемъ тамъ или тутъ массы экссудата и прободеніемъ или поврежденіемъ того или другого органа.

Желая выяснитъ значеніе конфигураціи задней стѣнки брюшной полости, опредѣлитъ, какіе именно участки представляютъ при горизонтальномъ положеніи человѣка на спинѣ наиболѣе глубокія мѣста и, слѣдовательно, наиболѣе способны дать мѣсто для накопленія экссудата, д-ръ В. М. Зыковъ произвелъ такое изслѣдованіе. Получивъ послѣ удаленія всѣхъ внутренностей гипсовые стѣнки съ брюшной полости при положеніи трупа на строго горизонтально вывѣренномъ по ватерпасу столѣ, онъ произвелъ точныя измѣренія съ помощью предложеннаго имъ остроумнаго прибора съ подвижной линейкой. Разбивъ стѣнокъ на участки горизонтальными и вертикальными прямыми линіями, д-ръ Зыковъ произвелъ по этимъ линіямъ рядъ соответственныхъ измѣреній, результаты которыхъ нанесъ потомъ графически на бумагу въ видѣ очень демонстративныхъ кривыхъ. Измѣренія эти дали возможность составить представленіе о контурѣ задней стѣнки живота, основываясь на изслѣдованіи какъ бы ряда расщеповъ въ сагитальной и въ горизонтальной плоскости.

Хотя эти измѣренія и были произведены на очень ограниченномъ числѣ стѣнокъ, результаты ихъ для практическихъ цѣлей являются весьма важными. Стѣнки были сдѣланы съ нормальныхъ, не представляющихъ никакихъ видимыхъ отклоненій труповъ, и, слѣдовательно, нѣкоторая неточность, какъ результаты небольшого числа опытовъ, не должна преизойти тѣхъ индивидуальныхъ колебаній, которыя могутъ зависѣть отъ особенностей въ строеніи скелета, большаго или меньшаго развитія мышечной системы и

отложенія жира. Трудно ожидать, чтобы такіа колебанія имѣли большое практическое значеніе: они во всякомъ случаѣ значительно меньше измѣняютъ рельефъ и соотношеніе въ смыслѣ глубины отдѣльныхъ участковъ, чѣмъ случайныя перемены положенія больного, въ зависимости отъ болѣе или менѣе провисающаго или мягкаго матраца на постели, болѣе или менѣе подложенной подъ голову и плечи подушки, наконецъ отъ случайнаго незначительнаго поворота или наклоненія туловища въ ту или другую сторону. Изученіе рельефа задней стѣнки соответственно сагитальнымъ разрѣзамъ произведено путемъ измѣренія глубины на стѣнкѣ по 5 воображаемымъ линіямъ: одной, идущей по срединѣ, соответственно позвоночнику и двумъ боковымъ, проходящимъ съ каждой стороны по мѣсту, соответствующему прикрѣпленію восходящей и нисходящей толстыхъ кишокъ и дну праваго и лѣваго боковыхъ каналовъ. Изслѣдованіе этихъ кривыхъ приводитъ къ такимъ выводамъ. Правая сторона вообще глубже лѣвой. На каждой сторонѣ имѣются два максимума глубины, раздѣленные болѣе возвышеннымъ участкомъ. Наиболѣе глубокое мѣсто находится тотчасъ подъ куполомъ діафрагмы, а менѣе глубокое соответствуетъ нижнему отдѣлу боковаго канала и верхней части fossae iliacaе. Средній разрѣзъ показываетъ, что позвоночникъ, сильно выдаваясь внутрь, является барьеромъ, рѣзко дѣляющимъ полость живота на правую и лѣвую половины вплоть до углубленія малаго таза, въ которое вливаются оба боковыхъ углубленія. Малый тазъ оказывается вообще самымъ глубокимъ отдѣломъ полости живота при горизонтальномъ положеніи тѣла. Изучая горизонтальные разрѣзы, которые восстановлены графически, путемъ измѣреній по воображаемымъ 7 линіямъ, проходящимъ поперекъ задней стѣнки живота, такъ, что первая проходитъ черезъ углубленіе подъ куполомъ діафрагмы выше ligamentum coronarium hepatis, 2-я — подъ печенью, 3-я — по линіи прикрѣпленія брыжейки поперечной ободочной кишки, 4-я и 5-я — въ области пупка, выше и ниже его, 6-я — у входа въ малый тазъ и 7-я — по срединѣ послѣдняго, находимъ, что наибольшая глубина соответствуетъ малому тазу, а если исключить его, то глубже всего спускается по бокамъ позвоночника линія первая, причемъ справа замѣтно глубже чѣмъ слѣва, такъ что правое поддиафрагмальное пространство оказывается глубже лѣваго. По уже 2-й линіи, проходящая подъ печенью ниже lig. coronarium, лежитъ замѣтно выше и представляется отношенія обратныя на правой и лѣвой сторонѣ: на правой — она лежитъ уже значительно выше, а на лѣвой — нисходитъ почти

как и линия первая, спускаясь много больше, чѣмъ справа. Слѣдующая 3-я линия (С на рисункѣ Зыкова) опять справа спускается глубже чѣмъ слѣва, а такъ какъ она лежитъ на уровнѣ входа въ боковые каналы, (по терминологіи проф. Зернова) то и понятно, почему жидкость, скопившаяся въ верхнемъ отдѣлѣ полости живота, стекаетъ по *canalis lateralis dexter*. Далѣе линіи 4-я и 5-я показываютъ, что дѣйствительно, какъ то показалъ Penke, задняя стѣнка живота въ области пупка приближается къ передней всего болѣе. Наконецъ, двѣ послѣднія 6-я и 7-я линіи показываютъ, какъ боковыя части заднихъ стѣнокъ постепенно становятся, если такъ можно выразиться, выше, а середина опускается, переходя въ малый тазъ.

Мнѣніе доктора Зыкова, что самый глубокой отдѣлъ въ верхнемъ этажѣ брюшной полости, правое поддиафрагмальное пространство, должно быть и мѣстомъ наиболѣе удобнымъ въ верхнемъ этажѣ для скопленія гноя не подтверждается однако клиническими наблюденіями.

Такъ, Gerulanos¹⁾ прямо говоритъ, что въ верхнемъ отдѣлѣ самыми углубленными мѣстами являются поддиафрагмальные пространства, особенно лѣвое. Далѣе среди собраннаго нами клиническаго матеріала (Lennander) не разъ отмѣчена трудность очищенія именно лѣваго поддиафрагмального купола, какъ лежащаго болѣе глубоко. При произведенныхъ нами на трупахъ изслѣдованіяхъ намъ тоже пришлось убѣдиться, что лѣвое поддиафрагмальное пространство, *куда съ органы на мѣсть*, больше и глубже и вмѣщаетъ и удерживаетъ въ себѣ больше жидкости. Это, однако только кажущееся, разногласіе произошло оттого, что изслѣдованія доктора Зыкова производились лишь на освобожденной отъ всѣхъ внутреннихъ брюшной полости, почему при нихъ и упущено изъ виду значеніе присутствія и опредѣленнаго расположенія и взаимнаго соотношенія внутреннихъ органовъ, важность котораго была отмѣчена выше.

Дѣйствительно правое поддиафрагмальное пространство занято тяжелымъ массивнымъ органомъ — печенью. Этотъ органъ самъ по себѣ тяжелѣе воды и, слѣдовательно, уже въ силу послѣдняго обстоятельства не можетъ уступить свое мѣсто жидкости. Кромѣ того, по всей задней сторонѣ печень прикреплена вѣчной связкой, которая съ боку доходитъ до уровня болѣе высокаго, чѣмъ входъ въ правый боковой каналъ. Вотъ почему жидкость не такъ

легко проникаетъ между диафрагмою и печенью, и практически значеніе сосредоточивается на пространствѣ подъ печенью, т.-е. мѣстѣ, соотвѣствующемъ 2-й горизонтальной линіи доктора Зыкова. Въ этой области задняя стѣнка при горизонтальномъ положеніи трупа лежитъ уже выше чѣмъ свободные отдѣлы лѣваго поддиафрагмального пространства. Это обстоятельство объясняется и подтверждается анатомическими указаніями наблюденіе Gerulanos'a, Mikulicz'a и другихъ клиницистовъ. Кромѣ того, самый глубокой участокъ правой поддиафрагмальной впадины соотвѣствуетъ какъ разъ тому мѣсту задней стѣнки, которое представляетъ поле, не покрытое паріетальной брюшиной, т.-е. мѣсто, откуда берутъ начало связки печени и желудка.

Точно также, если сравнить попарно кривыя линіи, соотвѣствующія двумъ вертикальнымъ разрѣзамъ съ каждой стороны позвоночника, то легко убѣдиться, что кривая, соотвѣствующая воображаемой линіи, проведенной черезъ мѣсто прикрѣпленія восходящей и нисходящей части толстой кишки, лежитъ ниже кривой, соотвѣствующей линіи, проведенной по срединѣ соименнаго бокового канала, иными словами, что восходящая и нисходящая часть толстой кишки лежитъ въ болѣе глубокомъ отдѣлѣ боковыхъ окологривныхъ углубленій.

Эти факты заставляютъ обратиться къ болѣе подробному изученію расположенія толстыхъ и тонкихъ кишокъ и прочихъ внутреннихъ въ полости живота. Ассистентъ фак. хир. клиники, докторъ С. П. Федоровъ послѣ того какъ ему пришлось дѣлать нѣсколько разъ лапаротомію по поводу разлитого перитонита, обратилъ вниманіе на тотъ фактъ, что экссудатъ въ брюшной полости имѣетъ большую наклонность распределяться соотвѣственно какъ разъ тѣмъ топографическимъ особенностямъ и заполнять въ извѣстной послѣдовательности тѣ камеры, которыя отмѣтилъ и выдѣлилъ на основаніи своихъ изслѣдованій по топографіи брюшины проф. Д. Н. Зерновъ.

Клиницисты уже давно отмѣтили, что распространеніе инфекціи по полости живота происходитъ не случайно, а извѣстными болѣе или менѣе опредѣленными путями, и скопленіе экссудата происходитъ также въ опредѣленныхъ мѣстахъ.

Уже Mikulicz¹⁾ отмѣтилъ раздѣленіе полости брюшины на верхній и нижній этажи посредствомъ *colon transversum* и значеніе этого раздѣленія для распространения инфекціи, равно какъ и значеніе

¹⁾ Deutsche Zeitschrift f. Chir. 98. Bd. XXXIX. H. 2, 3. S. 303.

¹⁾ Arch. f. kl. Chir. Bd. 39. S. 756.

отдѣловъ, описанныхъ въ послѣдствіи проф. Зерновымъ подъ именемъ боковыхъ каналовъ. „Хотя брюшная полость и одна“, пишетъ Mikulicz, „и вездѣ въ ней свободное сообщеніе, однако инфекция распространяется не во всѣ стороны одинаково легко, и существуютъ извѣстные барьеры, до нѣкоторой степени препятствующіе ея распространенію. Такія преграды образуютъ поперекъ лежащіе органы: они хотя и не преграждаютъ совсѣмъ распространенія инфекціонныхъ процессовъ, но значительно его затрудняютъ. Главную такогорода преграду составляютъ colon transversum и сальникъ. Они дѣлятъ полость живота на два этажа, — пространства supra et infraomentales“ (название Mikulicz'a).

Легче всего сообщеніе этихъ отдѣловъ происходитъ по бокамъ colon ascendens et descendens (canales laterales dex. et sin. по Зернову), и если здѣсь разовьются отграничивающія сращения, а сальникъ принашивается къ передней брюшной стѣнкѣ, то получится не пропускающая экссудатъ и воспалительный процессъ преграда. Въ верхнемъ этажѣ разграничивающую роль могутъ принять на себя желудокъ и печень, и они могутъ отдѣлнить отъ брюшной полости поддиафрагмальные процессы (намеки на раздѣленіе верхняго этажа на bursae praegastrica, hepatica et omentalis). Въ нижнемъ же этажѣ такую роль можетъ принять на себя брыжейка и ея корень (sinus mesenter. dex. et sin.).

Изъ этого слѣдуетъ, что распространенію гноя въ вертикальномъ направленіи уже съ мѣста поставлено препятствіе, и такое распространеніе болѣе или менѣе свободно можетъ совершаться только въ боковыхъ отдѣлахъ. Напротивъ, въ поперечномъ направленіи къ оси тѣла распространеніе инфекции встрѣчаетъ лишь малое сопротивленіе.

Вторымъ существеннымъ моментомъ въ законностяхъ распространения инфекціи, съ которыми приходится считаться, является чисто механическая причина: вліяніе тяжести, воздѣйствіе вѣтряныхъ сотрясеній и перистальтическихъ сокращеній кишокъ, благодаря которымъ излившееся заразное начало и содержимое кишокъ передвигаются все далѣе и далѣе и распространяются по брюшной полости. Въ силу указанныхъ причинъ инфекция легче и скорѣе распространяется съ частей выше-лежащихъ на ниже-лежащія. Чѣмъ выше заложена прободенная органъ, тѣмъ болѣе опасности, что перитонитъ сдѣлается общимъ, и тѣмъ легче первоначальный отграниченный перитонитъ перейдетъ въ общій. Это подтверждается, пишетъ далѣе Mikulicz, повсемѣстнымъ наблюденіемъ надъ воспаленіемъ тазовыхъ органовъ.

Замѣчательно, что столь подробныя и достаточно точныя данныя, собранныя Mikulicz'емъ, не послужили ни ему самому, ни послѣдующимъ изслѣдователямъ основаніемъ для выработки извѣстной определенной системы и плана для операціи.

Несмотря на такіе указанія по топографіи и распредѣленію экссудата, ихъ не пытались примѣнить ни къ дѣламъ болѣе легкаго ориентированія послѣ вскрытія брюшной полости, ни къ стремленію выработать болѣе современный методъ дренажа и очищенія брюшной полости. Кромѣ этихъ общихъ данныхъ Mikulicz'a мы уже приводили данныя, заимствованныя изъ анатомическихъ изслѣдованій и примѣненныя къ дѣламъ клиническихъ наблюденій у Forgue и Bode.

Tietze¹⁾ отмѣтилъ стремленіе заражающаго матеріала и гноя спускаться изъ верхняго этажа въ нижній, въ виду чего совѣтуетъ не бояться дѣлать даже длинный разрѣзъ отъ scrobiculum cordis до symph. pubis, такъ какъ именно при прободеніяхъ желудка и высокихъ отдѣловъ тонкихъ кишокъ, малый тазъ, какъ правило, бываетъ переполненъ жидкостью. Вълѣдствіе опусканія въ глубь твердыхъ и болѣе плотныхъ составныхъ частей, дѣло часто слагается даже такъ, что вверху находится лишь серозная жидкость, тогда какъ по мѣрѣ прониканія глубже и ниже экссудатъ дѣлается все болѣе гнойнымъ, и на днѣ малаго таза оказывается чистый густой гной.

Gerulanos²⁾ стремился объяснить отграниченіе инфекціи въ определенныхъ мѣстахъ въ случаяхъ прободенія тѣмъ, что излившееся содержимое должно скопляться по законамъ тяжести въ болѣе глубокихъ отдѣлахъ брюшной полости, причемъ перистальтическими сокращеніями кишечныя петли могутъ совсѣмъ очиститься отъ загрязняющаго ихъ содержимаго прободеннаго органа. Такими глубокими отдѣлами Gerulanos считаетъ: 1) поддиафрагмальный прострѣтокъ, особенно лѣвое, 2) оба поясничныхъ отдѣла и 3) малый тазъ.

Въ случаѣ стеканія сюда маловирусентныхъ заражающихъ веществъ и отграниченія ихъ, по мнѣнію Gerulanos'a, и развиваются мѣстные отграниченные перитониты и гнойники. Мы отмѣчаемъ здѣсь лишь топографическія данныя, вытекающія изъ наблюденій автора, не касаясь вѣроятности его предположеній объ отграниченіи, о каковомъ процессѣ уже было говорено, тѣмъ болѣе, что

¹⁾ Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. Bd. V, H. 1. S. 51.

²⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIX, H. 2, 3.

самый срокъ въ 2—7 недѣль, который Gerulanos даетъ для развитія своихъ гнойниковъ, уже дѣлаетъ довольно мало вѣроятнымъ его предположеніе.

Въ частномъ случаѣ для аппендицита интересны выводы Mc. Burney и Barling², сдѣланные ими на основаніи собственнаго матеріала и представляющіе общій планъ распространенія инфекции въ случаяхъ прободенія червеобразнаго отростка или прорыва гнойниковъ этой области въ полость брюшины.

Mc. Burney¹) отмѣчаетъ три направленія, въ которыхъ распространяется инфекция въ случаяхъ прободнаго аппендицита, если нѣтъ препятствующихъ распространенію сращеній: 1) вверхъ къ печени, 2) по петлямъ тонкихъ кишокъ къ средней линіи или 3) внизъ въ тазъ, и часто одновременно въ нѣсколькихъ направленіяхъ. По наблюденіямъ Mc. Burney, малый тазъ — излюбленное мѣсто для начала разлитой формы перитонита. «Стеканіе въ тазъ серозической жидкости отъ соедѣннаго червеобразнаго отростка, кажется мнѣ, есть самый обыкновенный путь, которымъ начинается общій перитонитъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ. Не много часовъ достаточно, чтобы переполнить тазъ экссудатомъ и распространить инфекцію далѣе въширь по кишечнымъ петлямъ. Въ немногихъ случаяхъ, гдѣ тазъ бываетъ отдѣленъ сращениями, потокъ жидкости устремляется вверхъ или внутрь къ средней линіи и вверхъ».

G. Barling³), отмѣтивъ важность для случаевъ прободенія червеобразнаго отростка распада полости живота на нижній и верхній этажи, изъ которыхъ послѣдній въ громадномъ большинствѣ случаевъ остается свободнымъ отъ инфекціи, настаиваетъ на необходимости извѣстной осторожности при операціи, особенно во время промыванія, чтобы не засорить эту еще обыкновенно не инфицированную область. Въ нижнемъ этажѣ кромѣ очищенія пространствъ среди петель тонкихъ кишокъ Barling считаетъ особенно важнымъ опорожненіе и дренированіе малаго таза и боковыхъ отдѣловъ, соответственно canales laterales проф. Зернова. Въ послѣдующемъ теченіи, если образуется снова накопленіе, то его слѣдуетъ искать опять въ этихъ 3 мѣстахъ, и особенно часто, по Barling'у, эти скопленія, теперь чаще уже ограниченныя, развиваются соответственно правому боковому каналу. Часто скопленіе можетъ подниматься до печени, и „я видѣлъ“, пишетъ

Barling, „огромное скопленіе между этими органами и диафрагмой, въ то время какъ остальная брюшная полость оставалась свободной“.

Намъ кажется, что въ этихъ случаяхъ особенно, если гнойникъ развился много спустя послѣ операціи, надо относиться къ явленіямъ очень осторожно, чтобы не приписать отграниченію то, что въ сущности зависитъ отъ нагноенія лимфатическихъ железъ, въ изобиліи заложенныхъ въ задней стѣнкѣ живота подъ брюшиной и въ брыжейкахъ.

Пытаясь обобщить наблюденія для тѣхъ частныхъ случаевъ инфекціи, гдѣ распространеніе воспалительныхъ процессовъ, протекающихъ менѣе остро и захватывающихъ участки брюшины шагъ за шагомъ (progredient-eitrige Peritonitis, Sonnenburg¹) сопоставилъ свои наблюденія съ наблюденіями Schede и нашелъ, что гной при прободномъ аппендицитѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ получается прогрессирующій гнойный перитонитъ, пролагая путь среди сращеній, идетъ въ сущности по тѣмъ же анатомическимъ путямъ, какъ и свободно разлитой въ брюшной полости. Путь его лежитъ по двумъ противоположнымъ направленіямъ: 1) нѣсколько черезъ тазъ къ лѣвому подреберью, при чемъ, омывая пузырь и выполнивъ excavatio vesicorectalis, а у женщинъ оба Дугласова пространства, гной направляется по flexura sigmoidea и нисходящей толстой кишкѣ и выполняетъ лѣвую подвздошную впадину, 2) по восходящей толстой кишкѣ, по внутренней ея сторонѣ, среди тонкихъ кишокъ, нерѣдко достигая и до нижней поверхности печени. Обыкновенно распространеніе идетъ сразу по обоимъ путямъ.

Остается сказать о bursa omentalis. Намъ удалось собрать нѣсколько интересныхъ въ этомъ отношеніи случаевъ прободенія желудка, и о нихъ мы скажемъ при разборѣ собраннаго клиническаго матеріала, общія же данныя въ литературѣ весьма скудны. Anderson²) сообщилъ случай, который доказываетъ, что инфекция послѣ прободенія задней стѣнки желудка можетъ излиться черезъ for. Winslowii и, стекая по can. later. dexter, произвести зараженіе всей брюшной полости. Furner³) указываетъ, что инфекция можетъ идти изъ bursa omentalis въ брюшную полость и обратно, особенно, если производилось неосторожное промываніе. Поэтому Furner рекомендуетъ всегда вскрывать и осматривать burs. oment.

¹) Deutsche med. Wochenschr. Bd. XXXVIII. 155.

²) Nottingham Med. Chir. Soc. 15 March. 1899. Lanc. Apr. 1, p. 902.

³) Lanc. 1898, p. 1761.

¹) Med. Rec. Mar. 30. 1895.

²) Brit. Med. Journ. 1895, June 8. 1255.

при операции разрезом *ligamenti gastro-colici* или брыжейки поперечной ободочной кишки.

При прободении задней стѣнки желудка, по *Furner'y*, можетъ *for. Winslowii* закрыться раньше, чѣмъ разольется инфекция по всей брюшинѣ. Въ этомъ случаѣ можетъ легко развиться и быть просмотрѣнъ при лапаротоміи гнойникъ. Авторы видѣли случаи, гдѣ послѣдовала смерть отъ прорыва такого гнойника въ обѣ плевры. Точно такъ же инфекция можетъ попасть через *for. Winslowii* изъ общей брюшной полости, что поведетъ къ одинаковому исходу.

Много менѣе вѣроятнѣе, чтобы это случилось, если инфекціонный процессъ поднимается кверху изъ нижняго этажа брюшной полости, такъ какъ въ этомъ случаѣ обыкновенно ранѣе закрывается *foramen Winslowii*.

Для болѣе точнаго уясненія вопроса о томъ, какъ распределяется излившаяся въ свободную отъ сращеній брюшную полость жидкость и какое значеніе имѣютъ для этого распредѣленія внутренніе органы, а также та область, куда первоначально изливается эта жидкость, мы предприняли рядъ изслѣдованій на трупахъ. Подробное и точное описаніе этихъ изслѣдованій, которое будетъ сдѣлано въ отдѣльной главѣ, здѣсь увлекло бы изложеніе слишкомъ далеко въ сторону отъ нашей ближайшей задачи — освѣтить вопросъ, какъ ориентироваться и найти мѣсто первоначальнаго источника перитонита, когда уже вскрыта брюшная полость, а потому здѣсь мы приводимъ лишь въ общей схематической формѣ тѣ результаты, къ которымъ привели наши изслѣдованія. Къ такому способу изложенія побуждаетъ и другое обстоятельство: при опытахъ одновременно изучались и условія, и техника промываній; раздѣливъ при описаніи эти двѣ стороны опытовъ прямо невозможно въ интересахъ чѣстности описанія изслѣдованій, и ихъ пришлось бы поэтому почти цѣликомъ повторять, разбирая вопросъ о промываніи.

Методика опытовъ заключалась въ осторожномъ вливаніи, при небольшомъ давленіи жидкости (высота столба 1—1½ арш.), жидкаго крахмального клейстера со взвѣшенными въ немъ частицами развареннаго цикорія.

Вливаніе производилось черезъ дренажъ предварительно осторожно черезъ маленькій, по возможности, разрезъ, подшитый къ тому органу, прободеніе и изліяніе изъ котораго предполагалось воспроизвести. При этомъ во время всей манипуляціи обращалось строжайшее вниманіе на то, чтобы не измѣнить соотношенія органовъ, принимая дренажъ, и не перемѣстить кишечныхъ

петель. По окончаніи вливанія животъ вскрывался широкимъ разрезомъ, и можно было хорошо изучать, гдѣ скопилась жидкость, а по количеству осадка кофейной гущи судить о пути, по которому распространялась и разливалась жидкость по брюшной полости. Вотъ основная мысль опытовъ. Надо отмѣтить, какъ особенно цѣнную сторону этихъ изслѣдованій, благодаря которой и результаты должны имѣть болѣе важное значеніе для клиники, то, что для изслѣдованій служили исключительно не вскрытые и очень свѣжіе трупы. Эти счастливыя условія могли быть осуществлены только благодаря любезности главнаго доктора Басманной больницы П. Н. Оседорова, охотно предоставившаго въ мое пользованіе анатомическій кабинетъ и матеріалъ больницы, за что мы и считаемъ долгомъ принести ему здѣсь искреннюю благодарность.

Наши опыты также подтвердили значеніе раздѣленія брюшной полости на верхній и нижній этажи поперечной ободочной кишкой. Дѣйствительно, при вливаніи въ нижній этажъ жидкость кверху распространяется мало и далеко не каждый разъ попадаетъ выше *colon transversum*. Такое прониканіе если случится, то только по боковымъ каналамъ и преимущественно по правому. Сверху, напротивъ, жидкость почти всегда проникаетъ въ нижній этажъ: это нормальный путь ея распространенія, который и совершается опять преимущественно по правому боковому каналу и въ значительно болѣе рѣдкихъ случаяхъ по лѣвому.

Въ случаяхъ вливанія въ верхній этажъ, если нѣтъ никакихъ особыхъ препятствій, о которыхъ будетъ своевременно рѣчь, большая часть жидкости по окончаніи вливанія оказывается въ нижнемъ этажѣ живота. Такъ какъ, кромѣ всего этого, существенныя характерныя черты распредѣленія жидкости сравнительно мало зависятъ отъ того, куда именно въ верхній этажъ, или въ нижній вливается жидкость, то и складываются два типа распредѣленія жидкости по брюшной полости: типъ изліянія въ верхній этажъ и типъ изліянія въ нижній этажъ.

При вливаніи въ область желудка, когда расположеніе органовъ нормально и степень вздутія кишекъ умѣренна или мала, жидкость, въ случаѣ, если ея вліто достаточное количество, 2—2,5 литра, разливается по всей полости живота, и при вскрытіи видно, что всѣ органы залиты окрашенной жидкостью.

Количество скопившейся тамъ или здѣсь жидкости прямо зависитъ отъ рельефа задней брюшной стѣнки, и *максимумъ* ея скопится въ маломъ тазу въ нижнемъ отдѣлѣ брюшной полости, гдѣ при удаленіи она всего дольше и задерживается. Вторымъ

мѣстомъ надо считать поддиафрагмальныя пространства (глубокая часть *bursarum praegastricae et hepaticae*), особенно лѣвое, которое, хотя оно абсолютно меньше глубоко, чѣмъ правое, скопляется и задерживаетъ жидкости больше праваго, скопленію въ которомъ мѣшается, какъ указано выше, печень. Далѣе слѣдуютъ боковыя каналы правый и лѣвый, наконецъ *sinus mesentericus dexter et sinister* и *bursa omentalis*, въ которую жидкость обыкновенно не проникаетъ. Благодаря тому переполненію брюшной полости окрашенной жидкостью, которое получается при вливаніи литра и болѣе клейстера, было бы невозможно судить о путяхъ, по которымъ преимущественно распространяется жидкость. Это оказалось возможнымъ благодаря тому, что къ ней примѣшана медленно осѣдающая на дно гуща, по мѣстамъ и главнымъ образомъ количеству скопленія которой и можно заключить о пути, по которому шло распространеніе жидкости по полости живота, такъ какъ тамъ, гдѣ больше протекаетъ жидкости, остается и больше осадка.

Небольшія скопленія частицъ гущи на *lig. gastro-colicum*, на *colon transversum* и на большомъ сальникѣ, въ связи съ почти полнымъ отсутствіемъ зернышекъ на тонкихъ кишкахъ и въ глубинѣ у корня брыжейки особенно, позволяютъ сказать, что мало жидкости переливается непосредственно черезъ *colon transversum* въ нижній этажъ, а что попадаетъ она въ *sinus mesentericus*, и въ область тонкихъ кишекъ, когда уже переполнить нижележащій малый тазъ, гдѣ гуща успѣваетъ осѣсть и потому не уносится въ область тонкихъ кишекъ.

Скопленіе гущи въ лѣвомъ поддиафрагмальномъ пространствѣ, въ лѣвомъ боковомъ каналѣ, идущее, уменьшаясь сверху внизъ, и малое ее количество въ лѣвой сторонѣ малаго таза говорятъ за то, что относительно немного жидкости, притомъ медленно, спускается отъ желудка по *lig. gastro-colicum* и далѣе выше упомянутымъ путемъ до малаго таза. Напротивъ, скопленіе крошекъ, умѣренное подъ лѣвой долей печени, надъ нею въ *bursa hepatica* и очень большое подъ правой долей, наконецъ возрасшающееся по мѣрѣ спускающагося по правому боковому каналу и особенно въ правой *fossa iliaca* въ связи съ максимальнымъ скопленіемъ въ правой половинѣ малаго таза говорятъ за то, что главная масса жидкости, притомъ довольно быстрымъ потокомъ, достигаетъ малаго таза этимъ путемъ.

Отсутствіе крошекъ надъ правой долей печени говоритъ за то, что сюда попадало мало жидкости. Вотъ выводы изъ нашихъ

опытовъ наливанія трупа въ нормальныхъ условіяхъ. Правильность указанной схемы подтверждается и при вливаніи меньшей порціи въ 1 литръ жидкости.

Переходу теперь къ тѣмъ особенностямъ, которыя удалось отмѣтить при опытахъ наливанія. Въ одномъ случаѣ препятствіемъ широкому распространенію жидкости по брюшной полости, очевидно, послужило чрезвычайное вздутіе кишекъ, при не прошедшемъ трупномъ окоченѣніи. Въ другомъ — дѣло шло объ отступленіи отъ нормальнаго, обычнаго расположенія внутреннихъ органовъ. Въ первомъ случаѣ пришлось имѣть дѣло съ женскимъ трупомъ съ еще не прошедшимъ окоченѣніемъ при необыкновенно сильно вздутыхъ кишечникѣхъ (№ 3 описанія опытовъ). Благодаря этому стѣнки живота были сильно напряжены, а внутренности находились подъ значительнымъ давленіемъ. Послѣ наливанія литра жидкости оказалось, что вся она отъ желудка устремилась вправо, заняла *bursam hepaticam*, но не спустилась по правому боковому каналу далѣе половины его протяженія. Легко было убѣдиться, что нигде въ другіе отдѣлы живота жидкость не проникла и даже при осторожномъ раздвиганіи кишечныхъ петель для осмотра и изслѣдованія другихъ отдѣловъ брюшной полости мало перемѣщалась, такъ что къ концу осмотра распространеніе окрашенной жидкости увеличилось немного по обычнымъ направленіямъ внизъ и внутрь. Такъ какъ расположеніе внутреннихъ органовъ и складки брюшины не представляли никакихъ отклоненій отъ нормы, то единственное объясненіе такому скопленію всей жидкости въ небольшомъ участкѣ можно было искать въ сильномъ вздутіи кишекъ и напряженіи брюшной стѣнки, благодаря которымъ кишечныя петли очень плотно взаимно соприкасались, не пропуская жидкости, и трудно смѣщались. Клиническія наблюденія Siegel'a¹⁾, который описываетъ при подкожныхъ поврежденіяхъ кишекъ скопленіе эксудата, не сходящагося при перемѣнѣ положенія тѣла, несмотря на отсутствіе снаекъ, подтверждаютъ такое толкованіе. Въ случаяхъ, о которыхъ идетъ рѣчь, особенно быстро развиваются параличъ кишекъ и метеоризмъ, и, кромѣ того, очень рѣзко бываетъ выражено напряженіе мышцъ брюшной стѣнки, т.-е. какъ разъ получаются условія, отмѣченныя въ нашихъ опытахъ.

Во второмъ случаѣ дѣло шло о неправильномъ расположеніи части внутреннихъ органовъ и частью патологическомъ смѣщеніи

¹⁾ Стр. 23.

ихъ. Здѣсь, на трупѣ молодой 19-лѣтней женщины, также произведено было вливаніе въ область желудка, но при вскрытіи оказалось, что дренажъ былъ поднятъ слишкомъ близко къ діафрагмѣ и ближе къ fundus ventriculi и къ cardia. Это случилось благодаря имѣвшемуся на трупѣ чрезвычайному выпячиванію лѣваго свода діафрагмы, который былъ вздутъ въ видѣ полушарія въ результатѣ ventil pneumothorax, почему желудокъ былъ сильно отодвинутъ внизъ и вправо.

Другія особенности состояли въ томъ, что, съ одной стороны, желудокъ былъ очень малъ и перегнутъ на подобіе буквы V и въ то же время переведенъ нѣсколько въ вертикальное положеніе, съ другой — поперечная ободочная кишка очень длинна и провисала внизъ въ видѣ длинной петли, такъ что вся толстая кишка образовала форму буквы M, конецъ же салынка спускался въ малый тазъ, гдѣ былъ не очень плотно прижатъ къ придаткамъ матки. Кишки были порядочно вздуты. Жидкость здѣсь, видимо, благодаря пришиванію дренажа слишкомъ высоко и слишкомъ влѣво стекла главной своей массой внизъ по лѣвому боковому каналу, выполнила подпеченочное пространство, но по правому боковому каналу спустилась только до половины его. Область тонкихъ кишекъ была совсѣмъ свободна и отъ жидкости, и отъ гущи, малый тазъ же былъ наполненъ ими.

При наливаніи въ нижній этажъ брюшной полости получается распространеніе, главнымъ образомъ, въ границахъ послѣдняго, и только въ случаяхъ вливанія большихъ количествъ клейстера, жидкость распространяется вверхъ по боковымъ каналамъ, преимущественно по правому. При вливаніи въ область слѣпой кишки, при положеніи послѣдней, считаеомъ нормальнымъ, если конецъ дренажа зафиксированъ у корня appendix'a, получены слѣдующіе результаты. Жидкость наполняетъ малый тазъ и правый боковой каналъ, главнымъ образомъ. При большемъ количествѣ она поднимается по послѣднему до bursa hepatica, наполняя ее и проникая также между печенью и діафрагмой, такъ что омывается вся правая доля печени. По тонкимъ кишкамъ жидкость разливается не очень широко, занимая лишь нижній правый участокъ этой области, т.-е. нижній отдѣлъ sinus mesenterici dextri по преимуществу. По лѣвому боковому каналу жидкость также поднимается къверху, но взоходя до лѣваго поддиафрагмального пространства, но здѣсь ее скопляется много меньше, чѣмъ въ правомъ боковомъ каналѣ.

Скопленіе гущи отмѣчалось, главнымъ образомъ, въ правомъ боковомъ каналѣ, уменьшаясь къверху, и въ маломъ тазу, что сви-

дѣтельствуеъ о токъ излившейся жидкости въ двухъ направленныхъ: вверхъ по правому боковому каналу и внизъ въ малый тазъ, откуда она распространяется даѣе въ область тонкихъ кишекъ и въ лѣвый боковой каналъ, какъ при попаданіи въ тазъ сверху по правому боковому каналу.

Меньшія количества жидкости (1 литръ) давали въ общемъ ту же картину. Одинаковый результатъ получился при вливаніи жидкости при положеніи трупа на правомъ боку. Когда послѣ вливанія этотъ трупъ былъ положенъ на спину и вскрытъ, получилась картина совершенно тождественная съ только что описанной, и единственно что можно было отмѣтить, это нѣсколько большее распространеніе жидкости вверхъ по sinus mesentericus dexter, вѣроятно, благодаря переливанію ее черезъ не очень вздутую взоходящую ободочную кишку при перемѣненіи трупа въ положеніе на боку въ лежачее на спинѣ.

Одинъ разъ встрѣтилась особенность, происхожденіе которой нашло полное объясненіе въ несомнѣнномъ анатомическомъ положеніи слѣпой кишки и червеобразнаго отростка. Въ этомъ случаѣ слѣпая кишка была очень длинна, спускалась въ малый тазъ и имѣла брыжейку и очень выраженную plicam ileo-coecalem. Кроме того, какъ вообще бываетъ въ этихъ случаяхъ, слѣпая кишка была сильно вздута. Распространеніе жидкости вверхъ по правому боковому каналу встрѣтило въ этихъ особенностяхъ препятствіе, и жидкость должна была разлиться другимъ оставшимся ей путемъ по лѣвому боковому каналу вверхъ, что и имѣло мѣсто въ этомъ случаѣ. Правый же боковой каналъ остался совсѣмъ свободнымъ отъ жидкости и осадка.

Возможность такого распредѣленія подтверждена и клиническими наблюденіями (Mikulicz¹⁾ и др.), но, къ сожалѣнію, анатомическія причины появленія гноя въ лѣвой fossa iliaca ранѣе чѣмъ въ правой авторами не указаны. Тѣмъ не менѣе наше наблюденіе даетъ весьма правдоподобное объясненіе наблюденію Mikulicz'a.

При вливаніи въ область тонкихъ кишекъ, подражая прободенію и изліанію ихъ содержимаго, можно было легко убѣдиться, что картина распредѣленія остается въ общемъ тождественной съ тѣмъ, что получается при вливаніи въ область слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

Вотъ тѣ законности, которыя удалось подмѣтить при изслѣдованіяхъ на трупѣ.

¹⁾ Arch. f. kl. Chir. XXXIX. 756.

Теперь представляется весьма интересным сопоставить их с теми описаниями, которые имются среди собранного клинического материала, и посмотреть, насколько выводы, полученные путем изучения в анатомическом театре, находят подтверждение в клинических и патолого-анатомических наблюдениях.

Здесь прежде всего, к сожалению, приходится отметить значительную неполноту и недостаточное подробное описание в опубликованных сообщениях, почему только небольшая сравнительно часть историй оказалась пригодной для наших сопоставлений. Тем не менее нами сделана попытка такого сопоставления, в общем подтверждающая вышеизложенные выводы.

Наиболее подробно описаны случаи прободения желудка и червеобразного отростка, так что они дают наиболее ценные материалы для сопоставления. Другие случаи прободения пришлось соединить в общую группу по топографическим условиям, напр. все случаи прободения кишок, независимо от первоначальной причины прободения. Случаи проникающих повреждений и послеоперационные перитониты здесь не приняты во внимание по понятным причинам.

Прободение и излияние в верхний этаж брюшной полости наблюдалось в случаях прободения желудка, двенадцатиперстной кишки (прободения которой чаще всего бывают в первой или началу второй трети) и желчного пузыря.

Сопоставляя данные всех четырех таблиц, получим 50 случаев прободения желудка. На основании их относительно наблюдения распространенности экссудата по брюшной полости удастся получить следующие данные. В 25 случаях отмечен просто разлитой перитонит, и никаких подробностей о местах скопления экссудата, гной или излившегося желудочного содержимого не указано; в 4 случаях отмечено отсутствие экссудата: I 68, 77; II 4, 32. В 10 случаях встречаются указания, что воспалительным процессом был захвачен только верхний этаж брюшной полости, в том числе 4 упомянутых случая без экссудата и следующие 6: I 96, 105; II 30, 33; III 8; IV 10. Однако просматривая внимательно эти 6 случаев, приходится сказать, что вследствие неясности и неполноты описания 3 представляют сомнение, действительно ли экссудат ограничивался только верхним этажом, и таким образом остаются лишь случаи: II 30, где были почти ограничивающие сращения, II 33 — случай очень демонстративный и, наконец, III 8 — не очень убедительный. Таким образом, очевидно, что ограничение воспалительного

процесса одним верхним этажом и скопление экссудата только здесь, при отсутствии сращений, является большою редкостью. Поражение нижнего этажа воспалением и скопление экссудата в нем отмечено 39 раз, именно в 25 случаях разлитого перитонита и 14 случаях, где приведено более подробное указание на распределение экссудата. Укажем ММ последних: I 47, 58, 67, 84, 86, 90, 111, 112, 120; II 10, 14, 28, 29, 50.

Что касается собственно распределения экссудата, то относительно верхнего этажа брюшной полости, на основании более подробно описанных случаев, можно составить следующую таблицу. Скопление экссудата в одной bursa hepatica или praegastrica не отмечено ни разу. В обычных одновременно экссудат найден 11 раз: I 67, 84, 90, 112, 120; II 10, 28, 29, 30, 32, 33. Скопление в bursa omentalis отмечено 6 раз, и во всех были язвы задней стенки желудка: I 86, 90, 112; II 3, 50; III 9.

Относительно распределения экссудата по нижнему этажу более подробные сведения даны 10 раз.

В этом числе скопление в малом тазу отмечено 8 раз, в боковых каналах: правом — 4 раза, левом — 3 раза и обоих одновременно — 3 раза.

Таким образом основные положения, вытекающие из наших исследований в анатомическом театре, находят полное подтверждение в только что приведенном разборе клинических случаев. Стремление экссудата и воспалительного процесса распространяться сверху вниз, редкость ограничения воспаления одним верхним этажом, тем более скопления экссудата только здесь, также резко выступают в описанных клинических случаях. Трудность проникания инфекции в bursam omentalem наглядно показана тем, что все случаи воспаления этой сумки или скопления в ней экссудата связаны с прободением задней стенки желудка, следовательно с непосредственным загрязнением этой области. Наконец, малая склонность к попаданию инфекции между печенью и диафрагмой отмечена Mikulicz'ем (табл. I 90) в случаях, где на вскрытии, при очень далеко зашедшем воспалительном процессе, все решительно отделы брюшной полости найдены в состоянии резко выраженного воспаления, кроме правого поддиафрагмального пространства между правой долей печени и диафрагмой.

Наши данные подтверждаются и относительно распределения в нижнем этаже брюшной полости: среди указанных, правда немногих, случаев, чаще всего встречалось скопление экссудата в малом тазу, затем в правом боковом канале, в обоих и

въ лѣвомъ. Область тонкихъ кишокъ ни разу не указана загрязненною сильно. Итакъ, здѣсь существуетъ полное совпаденіе съ нашей схемой.

Обращаемся теперь къ имѣющимся въ таблицахъ 10 случаямъ прободенія двѣнадцатиперстной кишки: I 17, 71, 82, 85, 101, 125; II 26, 27, 65; III 2. Случаи эти почти всѣ очень поучительны по описаннымъ подробностямъ и почти цѣлкомъ повторяютъ нашу схему распространения. Въ 1 случаѣ (I 101) не было эксудата, другой (I 125) помѣченъ просто, какъ разлитой перитонитъ, въ остальныхъ 8 отмѣчено распространеніе и на нижній этажъ. Говоря о діагностикѣ прободенія желудка и дуодені на стр. 42—45, мы уже указывали на это стремленіе эксудата распространяться сверху внизъ, благодаря чему и центр тяжести клиническихъ явленій сводится къ области слѣпой кишки, гдѣ лежитъ путь этого распространенія инфекции и эксудата внизъ. Три раза отмѣчено скопленіе в *bursa hepatica*, подъ печеню преимущественно, и въ 8 отмѣчено поражение нижняго этажа, причемъ по накопленію эксудата въ тазу и *canalis lat. dexter*, гдѣ всегда бываетъ рѣзко выраженное воспаленіе, можно заключить о пути, по которому распространяется гной. Въ одномъ случаѣ указано на огромное скопленіе эксудата въ нижнемъ этажѣ въ количествѣ 2—3 литровъ, который, очевидно, выполнялъ весь нижній этажъ брюшной полости (табл. II 26).

Вообще случаи прободенія *duodeni* описаны болѣе подробно и очень наглядны, какъ доказательство высказываемыхъ здѣсь соображеній, и случаи II 27, 65; I 85 — особенно.

Вотъ что намелъ при операціи Ванакх¹⁾. Разрѣзъ какъ при аппендицитѣ (диагностика до операціи). Въ полости живота найдены жидкій безъ запаха гной, въ которомъ плаваютъ кишечныя петли и свертки фибрина. Сращеній нигдѣ нѣтъ. Червеобразный отростокъ не измѣненъ. Такъ какъ по направленію вверхъ въ брюшной полости измѣненія были болѣе рѣзкі, то разрѣзъ былъ продолженъ вверхъ. Обращено было вниманіе на область желудка, и подъ печеню найдено прободеніе *duodeni*. Оно было закрыто швами. Изъ лѣваго подреберья съ данными, полученными

Это описаніе вполнѣ совпадаетъ съ данными, полученными на трупѣ.

Спусканіе по правому боковому каналу, а также попаданіе жидкости въ лѣвую поддиафрагмальную впадину и лѣвый боковой

каналъ, наконецъ заливаніе петель тонкихъ кишокъ, когда переполненъ малый тазъ, очевидно, все это имѣло здѣсь мѣсто.

Также убѣдительно случай прободенія желчнаго пузыря I 62, 110 и 127. Привожу описаніе Faure'a¹⁾. Изъ разрѣза въ области слѣпой кишки вытекла желтоватая, слегка гнойная жидкость. Кишечныя петли здѣсь красны, воспалены, на нихъ отложения фибрина. Appendix, матка и придатки нормальны. Сдѣланъ второй разрѣзъ по средней линіи, но здѣсь воспалительныя явленія оказались менѣе выражены, и рана была зашита, а первый разрѣзъ продолженъ вверхъ. Найдено больше фибрина и мѣстами складки, а затѣмъ и прободеніе желчнаго пузыря. Словомъ, и здѣсь была типичная картина возникновенія воспаления в *bursa hepatica* и спусканія процесса и эксудата по *canalis later. dext.* въ малый тазъ.

Переходя къ прободеніямъ въ нижнемъ этажѣ прежде всего приходится, по количеству имѣющегося клиническаго матеріала, остановиться на прободеніи червеобразнаго отростка. Собранныя исторіи болѣеизей въ общемъ здѣсь болѣе подробно и точно составлены примѣнительно къ интересующей насъ точкѣ зрѣнія, такъ что по этимъ описаніямъ удалось составить таблицу цифровыхъ данныхъ, выражающую состояніе каждого отдѣла брюшной полости.

Всего собрано 91 случай прободенія при аппендицитѣ, гдѣ примѣнено было оперативное внимательство. 41 разъ отмѣченъ просто разлитой гнойный или серозно-гнойный перитонитъ, безъ болѣе подробнаго обозначенія состоянія отдѣльныхъ участковъ брюшной полости. Одинъ разъ (табл. II 7) отмѣчено, что разлитой перитонитъ ограничивался только нижнимъ этажемъ (это, конечно, не значитъ, что въ 41 сл. и верхній былъ захваченъ).

Въ остальныхъ случаяхъ даны болѣе подробныя указанія на распредѣленіе эксудата, и, пользуясь ими, можно составить слѣдующіи цифровыя данныя:

Состояніе, въ которомъ находили малый тазъ, 53 раза не отмѣчено; 34 раза отмѣчено, что малый тазъ наполненъ эксудатомъ; 1 разъ онъ былъ ограниченъ сращеніями (I 29), и 3 раза жидкаго эксудата не было вовсе (I 60; II 56, 58).

Состояніе областей соответственно боковымъ каналамъ не отмѣчено 45 разъ. 35 разъ указано скопленіе эксудата соответственно *canalis lateralis dexter*, въ томъ числѣ 6 разъ онъ занималъ видимо лишь нижній отдѣлъ канала.

¹⁾ „Бол. Газ.“ Боткина 1898 г., 183.

¹⁾ Gaz. des Hôp. 1897, p. 634.

Оба боковые канала, как то видно изъ описаній, были мѣстами скопленія гноя 6 разъ (I 20, 36, 46, 50; II 9, 57). Въ случаѣ 57 табл. II лѣвый боковой каналъ видимо содержалъ больше гноя, чѣмъ правый.

Въ двухъ случаяхъ скопленіе гноя ограничивалось одной лѣвой стороною (II 22, 56), и, наконецъ, въ 3 случаяхъ жидкаго экссудата не было вовсе.

Относительно состоянія тонкихъ кишекъ въ смыслѣ того, какіе отдѣлы *sinus mesenterici* бывали захвачены въ процессъ и залиты гноемъ, трудно составить какиа-либо точныя указанія, такъ какъ описанія не достаточно полны.

Переходя къ тому, въ какомъ состояніи находили верхній этажъ брюшной полости при аппендицитахъ, осложненныхъ прободеніемъ, придется сказать, что, судя по описаніямъ, въ большинствѣ случаевъ, онъ не былъ вовлеченъ въ процессъ и не былъ загрязненъ экссудатомъ. Указанія на участіе его въ процессѣ встрѣчаются не часто, а именно: скопленіе *in bursa hepatica* отмѣчено 4 раза (I 32, 45, 76; II 48), причѣмъ экссудатъ проникалъ сюда, поднимаясь по восходящей толстой кишкѣ. Въ этомъ смыслѣ особенно поучителенъ случай I 45. *Bursa omentalis* отмѣчена 1 разъ, какъ мѣсто скопленія, но на причину такого необычнаго явленія не было обращено особаго вниманія (I 50). Наконецъ, 2 раза (I 43; III 10) верхній этажъ былъ ограниченъ сращениями.

Такимъ образомъ и для случаевъ аппендицита клиническими наблюденіями подтвердились тѣ положенія, которыя намѣчены при изслѣдованіяхъ на трупѣ. Дѣйствительно, правая подвздошная впадина и правый боковой каналъ почти такъ же часто являются мѣстомъ скопленія жидкости, какъ и малый тазъ (35 и 34 случая).

Далѣе, при большомъ количествѣ экссудата послѣдній попадаетъ и въ лѣвый боковой каналъ, поднимаясь болѣе или менѣе высоко, а по правому — поднимается до печени такъ, что вся правая доля послѣдней плаваетъ въ гною точно такъ же, какъ въ нашемъ опытѣ она омывается крахмальнымъ клейстеромъ. Наконецъ, встрѣчаются случаи скопленія въ одномъ лѣвомъ каналѣ, но, къ сожалѣнію, ближайшая причина такого отступленія отъ обычнаго порядка осталась въ описанныхъ случаяхъ необъясненною.

Привожу описанія двухъ случаевъ, гдѣ болѣе точно описаны картины распредѣленія экссудата, подобныя воспроизводимымъ искус-

ственно въ нашихъ экспериментахъ. Mc. Burney¹⁾ наблюдалъ такой случай. По вскрытіи живота слѣвая кишка оказалась прилепая къ стѣнкѣ *fossae iliacae*. Appendix загнутъ вверхъ и приращенъ параллельно восходящей толстой кишкѣ. Гнойная полость образована около слѣвой кишки и распространяется вверхъ такъ, что захватываетъ собой все правое подреберье. Правая доля печени плаваетъ въ гною. Такой же гной разлитъ впереди тонкихъ кишекъ до средней линии.

Тазъ содержитъ большое количество жидкаго гноя, а кишки въ состояніи сильнаго воспаления, на сколько ихъ можно было видѣть изъ бокового разрѣза. Червеобразный отростокъ прободенъ и содержитъ конcrementy.

Другой случай, воспроизводящій полученное экспериментально при необычномъ положеніи очень длинной слѣвой кишки на брыжжейкѣ, описанъ Hesse²⁾. Мужчина 25 л., 20 дней назадъ заболѣлъ ясно выраженнымъ аппендицитомъ. Сначала при лѣченіи онемѣ наступило улучшение, потомъ снова ухудшеніе и признаки образования нагноенія. Животъ вздуть, въ лѣвомъ нижнемъ отдѣлѣ притупленіе. Операция. По вскрытіи живота предлежали сильно вздутыя, покрасѣвшія кишечныя петли. По отстраненіи ихъ пошелъ гной сначала жидкій, потомъ густой, желтый. Гной находился прямо между воспаленными, покрытыми фибриномъ, легко кровоточившими кишечными петлями и не былъ ограниченъ спайками. Въ обоихъ случаяхъ точно повторяется то, что имѣло мѣсто въ нашихъ опытахъ.

Другіе случаи прободенія въ нижній этажъ по неполнотѣ описанія не позволяютъ составить какихъ-либо общихъ выводовъ. Собрать въ одну таблицу всѣ случаи прободенія тонкихъ кишекъ, происшедшіе отъ тифа, язвъ другого рода, травматическихъ, подкожныхъ поврежденій и въ результатѣ ущемленій, мы получили всего 41 случай, среди которыхъ 35 разъ былъ отмѣченъ просто разлитой общій перитонитъ, и только 6 разъ даны болѣе детальныя описанія³⁾. Въ общемъ въ нихъ можно усмотрѣть тѣ же законности, и здѣсь мы приведемъ описаніе того, что нашель Eichel⁴⁾ въ одномъ случаѣ подкожнаго поврежденія тонкой кишки. У субъекта была кромѣ того грыжа, а потому операция начата

¹⁾ Med. Rec. 1895. March. 30.

²⁾ 1898. Bonn. Диссертация.

³⁾ I 1, 21, 8; II 12, 64; III 4.

⁴⁾ Beitr. z. kl. Chir. Bd. XXII. H. 15. S. 220.

со вскрытия грыжевого мешка, но въ немъ ничего не найдено. Животъ вскрытъ съ правой стороны боковымъ разрезомъ. Вытекло много желтовато-окрашеннаго воючаго экссудата. Предлежащие салыники и петли тонкихъ кишекъ обложены фибриномъ, и въ области близъ *spina ant. super. dext.* лежала поврежденная кишка. Послѣ зашиванія ея и раздѣленія нѣсколькихъ спаекъ выпущено еще много экссудата изъ Дугласова пространства и сверху изъ области печени. Какъ видно, и въ этомъ случаѣ гной распределялся въ указанныхъ нашими опытами направленіяхъ.

Предлагаемый здѣсь обзоръ клиническихъ случаевъ былъ бы не полонъ, если бы не использовать, съ той же точки зрѣнія, наблюденія, накопившіяся въ факультет. хирургической клиникѣ. Относящіеся сюда случаи можно раздѣлить на 2 категоріи: случаи вскрытія больныхъ, погибшихъ отъ перитонита, и случаи, гдѣ была предпринята операція съ цѣлью лечитъ уже имѣвшійся на лицо перитонитъ. Изъ первыхъ отмѣчу здѣсь 3 случая. Первый касается больного, погибшаго отъ перитонита на 11-й день послѣ операціи *gastrostomiae* по Собаньеву¹⁾. На вскрытіи найдено частью отграниченное скопленіе гноя въ области, соответствующей *bursae praegastricae* проф. Зернова, занимающее область, отграниченную слѣдующимъ образомъ: печень и передняя стѣнка желудка образовали заднюю стѣнку, пришитая часть желудка и диафрагма — верхнюю, а передняя стѣнка живота — переднюю, справа *lig. suspensorium hepatis*, а слѣва сращенія угла нисходящей толстой кишки съ окружающими органами, наконецъ внизу салыникъ и *colon transvers.*, сросшіеся съ передней стѣнкой, и только у праваго угла, образуемаго восходящей и поперечной толстой кишкой, т.-е. въ мѣстѣ, гдѣ, по нашимъ опытамъ, лежитъ область самаго легкаго сообщенія верхняго и нижняго этажей, сращеній не произошло, и отсюда перитонитъ распространился по остальной полости живота. Другіе 2 случая (№№ 670 и 678 отчета) встрѣтились у больныхъ, погибшихъ отъ перитонита послѣ гастроинтеростоміи. Къ сожалѣнію, въ протоколахъ вскрытія не дано такихъ подробностей распространенія гноя по полости брюшины, и отмѣченъ лишь разлитой фибринозно-гнойный перитонитъ со скопленіемъ наибольшаго количества гноя въ маломъ тазу. Сопоставляя эти наблюденія съ первыми, съ большою вѣроятностью можно думать, что гной и инфекція спустились въ тазъ тѣмъ же путемъ, какъ и въ пер-

вомъ случаѣ, и, какъ слѣдуетъ ожидать по нашимъ опытамъ, по *colon ascendens*.

Переходимъ къ случаямъ 2-й категоріи. Эти 5 случаевъ подробно описаны С. П. Оеодоровымъ въ цитированной уже выше работѣ, и изъ нихъ можно почерпнуть слѣдующія указанія. Первый случай (№ 1336 отчета) не можетъ дать цѣнныхъ указаній, такъ какъ тамъ были чрезвычайно плотныя старыя сращенія между кишками и имѣвшейся у больной дермоидной кистой яичника, и нормальныя анатомическія соотношенія уже предварительно были очень измѣнены.

Во второмъ случаѣ дѣло шло о больномъ, который былъ оперированъ по поводу ущемленной грыжи и на 5-й день послѣ этой операціи вторично оперированъ по поводу развившагося перитонита. Во время этой 2-й операціи сдѣлано 3 разреза, вскрытіе брюшную полость надъ обѣими Пупартовыми связками и по средней линіи отъ пупка до лобка. Изъ всѣхъ 3 разрезамъ вытекала бѣдая серозно-гнойная жидкость, которая, слѣдовательно, выполняла весь нижній этажъ брюшной полости. Видимыя кишечныя петли были воспалены и во многихъ мѣстахъ спаяны между собою, образуя клубокъ въ области срединнаго разреза. При раздѣленіи этихъ спаекъ и сращеній дошли до большаго скопленія густого, воючаго гноя на днѣ малаго таза, гдѣ, очевидно, и были частью отграничены скопленія первыхъ, стекшихъ сюда порціи инфицирующаго вещества.

Для сужденія о расположеніи экссудата въ третьемъ случаѣ опять нѣтъ точныхъ данныхъ. 4-я исторія болѣзни представляетъ случай перитонита у женщины 31-го года, оперированной по поводу саркомы толстой кишки. Операція по поводу перитонита сдѣлана на 2-й день послѣ первой. Когда раскрыта была рана отъ предѣлущей операціи, представлявшая разрезъ по краю праваго *m-li recti*, выпущено около 3 стакановъ серозно-гнойнаго экссудата. Далѣе сдѣланы разрезъ срединный ниже пупка и разрезъ надъ лѣвой Пупартовой связкой. Скопленія и истеченія экссудата отсюда не отмѣчено. Наконецъ, изъ малаго таза, изъ глубины его, также выпущено скопленіе густого гноя. Послѣ смерти больной черезъ сутки снова констатировано на вскрытіи скопленіе гноя въ маломъ тазу. Какъ видно, опять картина спусканія гноя сверху внизъ въ малый тазъ и, очевидно, опять тѣмъ же обычнымъ путемъ. На операціи даже отмѣчена слабая выраженность воспалительныхъ явленій на мѣстѣ изсѣченной опухоли, т.-е. картина напоминаетъ случай, описанный у Faure'a и указанный выше (диагностика про-

¹⁾ См. отчетъ факульт. хир. клиникѣ № 584. Статую С. П. Оеодорова хир. 1901 г., мартъ.

бодения желудка), где въ верхнемъ отдѣлѣ брюшной полости были слабо выражены воспалительныя явленія, а малый тазъ наполненъ густымъ гноемъ, почему случай этотъ такъ и остался нераспознаннымъ до вскрытія.

Наконецъ, пятый оперированный случай, гдѣ перитонитъ развился также послѣ изсѣченія злокачественнаго новообразованія толстой кишки, у мѣста перехода поперечной въ нисходящую, представляется очень неопредѣленнымъ въ смыслѣ распространенія и расположенія эксудата, тѣмъ болѣе что не было вскрытія. При первой операціи было сдѣлано 2 разрѣза выше пупка: по правому *m-lus rectus* и другой параллельно лѣвому реберному краю, черезъ который и изсѣкли опухоль. При второй операціи сдѣланы еще 3 разрѣза: срединный ниже пупка и 2 надъ Пупартовыми связками съ обѣихъ сторонъ. Изъ трехъ послѣднихъ получено по небольшому количеству серозно-кровоной жидкости; болышихъ скопленій нигдѣ не отмѣчено. Изъ верхняго праваго разрѣза (разрѣзъ при первой операціи), когда его вновь раскрыли, вытекло 2 столовыхъ ложки густого гноя, и здѣсь отмѣченъ инкапсулированный гнойникъ, а въ лѣвомъ (у ребернаго края) нашли лишь гиперэмию и потускнѣлость брюшиннаго покрова. Такимъ образомъ этотъ случай надо скорѣе всего отнести къ разряду случаевъ съ малымъ образованіемъ серозно-кровоистаго эксудата, т.-е. къ самымъ дурнокачественнымъ перитонитамъ, за что говорятъ и отмѣченныя точечныя кровоизліянія на воспаленныхъ кишечныхъ петляхъ.

Покончивъ, такимъ образомъ, съ вопросомъ о законностяхъ распространенія эксудата, необходимо указать на тѣ весьма важныя для отысканія прободеній внутреннихъ органовъ или первоначальнаго источника инфекціи заключенія, которыя вытекаютъ изъ знанія этихъ законовъ. Прежде всего надо считать установленнымъ стремленіе загрязняющаго матеріала и эксудата спускаться изъ вышедежащихъ отдѣловъ въ нижележащіе и въ самыя глубокіе, въ малый тазъ, преимущественно. Сюда извѣстное время отъ начала болѣзни, если нѣтъ ограничивающихъ сращеній, воспалительныя явленія могутъ оказаться наиболѣе рѣзко выраженными именно въ этихъ глубокихъ отдѣлахъ, независимо отъ того, здѣсь или выше лежитъ первоначальное прободеніе. Въ зависимости отъ того же обстоятельства клиническія явленія могутъ указывать на сосредоточенность болѣзненнаго процесса въ мѣстѣ, болѣе или менѣе удаленномъ отъ первоначальнаго очага болѣзни. Такъ какъ главный путь для эксудата и инфекціи изъ верхняго этажа брюшной полости въ нижній лежитъ по правому

боковому каналу, и у слѣпой кишки и ея брюшинныхъ складокъ оказывается мѣсто, гдѣ загрязняющія вещества могутъ задержаться, то клиническія явленія нерѣдко привлекаютъ вниманіе врача на эту область, и не рѣдки ошибки діагностики въ пользу аппендицита. Помня всѣ эти данныя, въ случаяхъ сомнѣнія въ діагностику или когда на операціи діагностика не подтверждается и, несмотря на присутствіе гноя, эксудата и главныхъ признаковъ воспаления, въ маломъ тазу и правой подвздошной впадинѣ не удается найти причину перитонита, надо не упускать изъ виду возможности существованія первоначальнаго источника болѣзни гдѣ-нибудь выше: въ желудкѣ, двѣнадцатиперстной кишкѣ или желчномъ пузырьѣ.

Вотъ положенія, знаніе которыхъ можетъ значительно облегчить разысканіе пораженнаго органа и во многихъ случаяхъ избавитъ оператора отъ тяжелаго сознанія неоконченной или не такъ, какъ было бы желательно, оконченной операціи и отъ тяжелаго разочарованія у секціоннаго стола въ случаѣ смерти больного.

Если приходится оперировать при прободномъ перитонитѣ безразлично какого происхожденія, то, конечно, весьма важный моментъ оперативнаго внимательства есть отысканіе и закрытіе прободнаго отверстія. Несомнѣнно, все, что сейчасъ было говорено нами, облегчитъ такое отысканіе прободеній, но опытъ показываетъ, что довольно часто встрѣчаются случаи, гдѣ отыскать прободное отверстіе въ силу тѣхъ или другихъ причинъ скоро не удастся. Это единогласно утверждаютъ почти всѣ компетентные въ вопросѣ авторы. Что дѣлать въ такихъ случаяхъ и какъ долго вообще продолжать поиски прободенія? Отвѣтъ на вопросъ здѣсь существенно зависитъ отъ того съ одной стороны, насколько не зашито прободеніе *ceteris paribus* уменьшить шансы на выздоровленіе больного, и съ другой стороны, насколько вредны слишкомъ долгія манипуляціи, исکانіе и вообще удлиненіе срока операціи. Болѣе или менѣе опредѣленный отвѣтъ на этотъ вопросъ находимъ у Escher^a, Tietze и Koerte. Koerte¹) обращаетъ вниманіе на важность зашиванія прободеній потому, что этимъ путемъ не только прекращается дальнѣйшее загрязненіе брюшной полости, но и въ случаѣ выздоровленія избѣгаются многія неприятыя и иногда опасныя осложненія въ будущемъ. Одинъ изъ его больныхъ погибъ отъ кишечнаго свища, который образовался въ результатѣ оставленнаго прободенія, только потому, что свищъ шелъ

Прободная
отверстія
и какъ по-
ступать
съ ними.

изъ очень высокаго отдѣла кишечника, и больной погибъ отъ недостатка питания. Въ другихъ двухъ случаяхъ у него впослѣдствіи потребовались повторныя, сложныя операціи для закрытія свища.

При всей важности закрытія прободенія Koerte однако находитъ, что къ этому перѣдко могутъ быть важныя противопоказанія. Прежде всего у слабыхъ больныхъ операція должна быть кончена очень быстро, а потому долго искать и перебирать кишечныя петли не позволительно. „Очень немного лишняго“, пишетъ Koerte, „можетъ прервать жизнь“. Вторую опасность Koerte видитъ въ являющейся иногда необходимости разрывать сращения, — опасность, съ которой въ извѣстныхъ случаяхъ, конечно, нельзя не считаться. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ самое зашиваніе можетъ оказаться невозможнымъ, благодаря разрыхленности воспаленныхъ тканей, которыя рвутся и не держатъ шва. Что же касается болѣе серьезныхъ вмѣшательствъ, какъ резекціи кишки, то Koerte считаетъ необходимымъ, по возможности, или отказаться отъ нихъ, или оттянуть ихъ на возможно долгій срокъ.

Степень необходимости закрыть прободное отверстіе зависитъ, по Koerte, еще отъ органа, гдѣ оно находится; такъ, прободеніе желудка необходимо, по возможности, закрыть; закрытіе прободенія тонкихъ кишокъ — болѣе случайное дѣло, такъ какъ найти его труднѣе, а прободеніе червеобразнаго отростка представляетъ случай, гдѣ настаивать на необходимости его резекціи менѣе всего приходится. Что касается до послѣдствій оставленнаго незакрытымъ прободенія, то Koerte считаетъ ихъ не столь печальными, основывая свое мнѣніе на достаточномъ количествѣ скопившихся въ литературѣ сообщеній о выздоровленіяхъ, несмотря на незакрытіе. Такіе случаи сообщены Mikulicz'емъ, Lucke, Escher'омъ, Kroenlein'омъ, и, наконецъ, авторъ имѣлъ нѣсколько личныхъ наблюденій. Еще болѣе опредѣленно Koerte высказывается въ томъ же смыслѣ въ своей второй работѣ.

Въ томъ же смыслѣ высказывается и Escher¹⁾, который говоритъ, что могутъ быть случаи, гдѣ лучше даже не зашивать прободенія, а удовольствоваться тѣмъ, что вшить кишку въ рану, или приблизить ее къ послѣдней и ограничиться болѣе обширной тампонадой. Мнѣніе Tietze²⁾ въ общемъ то же. Считая за лучшее зашить отверстіе, онъ дѣлаетъ это во всѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно и гдѣ быстро удастся отыскать прободеніе. Въ случаяхъ, гдѣ,

главнымъ образомъ, общее состояніе больного не позволяетъ искать прободенія и удлинять операцію, Tietze также считаетъ за лучшее ограничиться тампонадой.

Относительно способа закрытія прободенія мы уже привели мнѣніе Koerte: онъ стоитъ за простое зашиваніе и противъ иссѣченія, а въ особенности противъ болѣе обширныхъ резекцій. Этому убѣжденію онъ такъ твердо придерживается, что даже исключаетъ изъ своей статистики лѣченія перитонитовъ тѣ случаи, гдѣ причиной бывали ущемленія и омертвѣнія кишечныхъ петель, потому что бывшее въ этихъ случаяхъ необходимымъ вмѣшательство было слишкомъ сложно и серьезно, настолько, что само по себѣ, независимо отъ перитонита, могло повлечь коллапсъ и смерть больного³⁾. Schuchard²⁾ также высказывается противъ резекцій, которую допускаютъ въ извѣстныхъ случаяхъ Mikulicz и Tietze.

Болѣе обширныя резекціи въ случаяхъ множественныхъ, или угрожавшихъ дѣлаться множественными прободеній были дѣланы, кажется, только русскими хирургами (Гесселевичъ и Ванахъ)³⁾ Трояновымъ, Домбровскимъ, Ванахомъ въ случаяхъ прободенія при брюшномъ тифѣ. Несмотря на то, что данный родъ случаевъ представляетъ самый *неблагодатный* матеріалъ для этого рода попытокъ, Гесселевичъ и Ванахъ послѣ своихъ операцій не разочаровались въ нихъ и, какъ заявляютъ въ своей работѣ, въ подходящихъ случаяхъ намѣрены повторить свои попытки.

Какъ видно, въ разбираемомъ вопросѣ открытъ широкій просторъ для индивидуальныхъ взглядовъ и плановъ дѣйствій отдѣльныхъ хирурговъ, но надо установить, что планъ, который долженъ считаться типичнымъ, уже выясняется изъ приведенныхъ выше мнѣній, притомъ, несомнѣнно, въ смыслѣ болѣе консервативнаго образа дѣйствій. Стремясь выяснитъ значеніе судьбы прободныхъ отверстій и того, какъ съ ними поступлено при операціи, для теченія и исхода болѣзни мы должны были составить цифровыя данныя, выпустивъ тѣ случаи, которые остались неопредѣленными влѣдствіе недостаточной полноты описанія, а также случаи послѣ операціонныхъ перитонитовъ.

Такихъ подлежащихъ исключенію оказалось 17 случаевъ, остальныхъ 209 вошли въ таблицу.

¹⁾ Loco cit., p. 614.

²⁾ Arch. f. kl. Chir. 1895. Bd. 50. S. 615.

³⁾ Лѣт. Русской Хир. 1897, кн. 3, 452.

¹⁾ Wien. Med. Wochenschr. 1887. 17—22.

²⁾ Loco cit. p. 50.

Как поступлено съ прободнымъ отверстіемъ.	Таблица I.				Таблица II.				Таблица III.				Таблица IV.			
	Всего случаевъ.	Выздоровѣло.	Умерло.	Умерло по истеченіи.												
Найдено и зашито ¹⁾	91	56	32	3	25	18	6	1	15	7	8	0	7	4	1	2
Найдено, изъсѣчено и зашито..	3	2	0	1	5	3	2	0	3	2	0	1	1	1	0	0
Найдено, и сдѣлана болѣе обширная резекція прободеннаго органа.....	6	1	5	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0
Найдено и по разнымъ причинамъ не зашито.....	8	5	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Не найдено.....	10	5	5	0	27	6	21	0	2	2	0	0	2	0	2	0

Общая таблица для всѣхъ случаевъ четырехъ таблицъ.

Как поступлено съ прободнымъ отверстіемъ.	Дальнѣйшая судьба больныхъ послѣ операціи.			
	Всего случаевъ.	Выздоровѣло.	Умерло.	Умерло по истеченіи отъ осложнений.
Найдено и зашито.....	138	85	47	6
Найдено, изъсѣчено и зашито.....	12	8	2	2
Найдено, и сдѣлана болѣе обширная резекція органа.....	9	2	7	0
Найдено и по разнымъ причинамъ не зашито.....	9	6	2	1
Не найдено при операціи.....	41	13	28	0

¹⁾ Въ эту графу включены и всѣ случаи аппендицита, гдѣ найденъ и резцированъ червеобразный отростокъ, такъ какъ внимательство это обычное для названнаго страданія и травматизмъ при немъ очень малъ.

Какъ видно, цифры этой таблицы вполне подтверждаютъ приведенныя выше заключенія авторовъ. Насколько вообще можно довѣрять сборнымъ статистикамъ, наша таблица показываетъ, что отысканіе и зашиваніе прободеній является очень важнымъ моментомъ операціи. Если взять 2 первыя графы таблицы, то получимъ 150 случаевъ съ 93 выздоровленіями и съ 57 смертными исходами. Изъ противопологается 50 случаевъ, гдѣ прободныя отверстія не были зашиты и первоначальные источники обезврежены, съ 19 выздоровленіями и 31 смертнымъ исходомъ; по случайному совпаденію цифръ вышло, что въ первомъ случаѣ на 150—93 больныхъ выздоровѣло, во второмъ, напротивъ, отношенія обратны: на 150—93 умерло.

Графа III подтверждаетъ мнѣніе Koerte, что слѣдуетъ, по возможности, избѣгать обширныхъ резекцій и всякихъ сложныхъ вмѣшательствъ относительно прободеннаго органа: такихъ случаевъ имѣется 9, и изъ нихъ 7 со смертельнымъ исходомъ. Последняя графа, наконецъ, показываетъ, что ненахождение первоначальнаго источника болѣзни при операціи очень ухудшаетъ предсказаніе: изъ 41 больного умерло 28, и выздоровѣло всего 13. Далѣе, составляя только что приведенныя таблицы, мы невольно обратили вниманіе на то, что особенно плохо предсказаніе, если остается не зашито прободеніе желудка или двѣнадцатиперстной кишки: изъ 6 такихъ случаевъ всѣ кончились смертью, а изъ 3, гдѣ зашиваніе не удалось, по была примѣнена тампонада, 2 умерло и 1 поправился только послѣ долгой болѣзни въ результатъ послѣдующихъ осложнений. Напротивъ, перитонитъ, возникающій на почвѣ аппендицита, даетъ относительно лучшее предсказаніе: такъ, на 31 такой случай, имѣющійся въ нашихъ таблицахъ, 10 окончились выздоровленіемъ. Опять подтвержденіе правила, высказаннаго Koerte.

Вообще среди всѣхъ случаевъ нашихъ таблицъ на 159 такихъ, гдѣ первоначальный очагъ болѣзни былъ найденъ и такъ или иначе удаленъ или обезвреженъ, приходится 64 смертныхъ случая, т.-е. 40,2%, а на 50 такихъ, гдѣ сдѣлать этого не удалось, 30 смертей, т.-е. 60%.

Послѣ того какъ отысканъ и такъ или иначе обезвреженъ первоначальный источникъ перитонита, наступаетъ не менѣе важный актъ операціи — освобожденіе брюшной полости отъ продуктовъ воспаленія и попавшихъ извъли или изъ внутреннихъ органовъ загрязняющихъ и заражающихъ веществъ. Много писано о туалетѣ брюшины, но, кажется, этотъ вопросъ продолжаетъ оста-

Очищеніе
полости
брюшины
при операціи.

ваться далекимъ отъ окончательнаго рѣшенія, и нигдѣ не расходятся такъ мнѣнія отдѣльныхъ хирурговъ, какъ въ вопросѣ очищенія полости живота. Невъясненнымъ остается не только нужно ли очищать брюшину губками, компрессами, съемками сухими или смоченными, очищать ли ее промываніемъ той или другой жидкостью, но даже идти ли дальше простого вскрытія, выпусканія того, что само вытечетъ, и затѣмъ закладыванія тампоновъ простой стерилизованной или йодоформной марли, предоставивъ остальному выдѣляться произвольно.

У каждаго изъ этихъ методовъ есть авторитетные сторонники, но послѣднее время, кажется, всѣ почти хирурги группируются въ два лагеря: сторонниковъ очищенія безъ примѣненія промыванія и сторонниковъ послѣдняго. Обыкновенно принято считать, что нѣмцы хирурги вообще противъ промыванія, англійскіе, американскіе и частью французскіе — за нихъ. Это вообще вѣрно, но не совсѣмъ точно. Съ одной стороны, въ Германіи, по почину Reichel's, выразившаго свое мнѣніе о промываніи въ формѣ известной игры словъ: „Spülerei ist Spielerei“, остроты, приводившейся чуть не во всѣхъ соответствующихъ работахъ, какъ законоположеніе (но врядъ ли способствовавшей выясненію истины), дѣйствительно нашлось много принципиальныхъ противниковъ промыванія. Однако Koerte, главный нѣмецкій авторитетъ въ вопросѣ о перитонитѣ, примѣняетъ промываніе нерѣдко, а въ самое послѣднее время ревностнымъ проповѣдникомъ промываній выступилъ Bode. Среди англчанъ и американцевъ, съ другой стороны, намъ приходится отмѣтить, какъ противниковъ промываній, Andrews Collingwood'a, Deansley, Busch'a, Campbell'a, слѣдовательно и тамъ вопросъ далеко не рѣшенъ окончательно. У насъ, въ Россіи, по крайней мѣрѣ не рѣшенъ окончательно. Въ средѣ Московскаго университета, довольно единодушно высказываются за примѣненіе промыванія: проф. Снегиревъ, В. ф. Бобровъ, проф. Левшинъ, д-ръ В. М. Зыковъ, С. П. Оedorовъ — въ послѣднее время всѣ высказались за промываніе, которое считаютъ наиболѣе рациональнымъ методомъ очищенія брюшной полости.

Переходя къ изученію того, что опубликовано сторонниками сухого способа очищенія брюшины, приходится отмѣтить 2 важныхъ общихъ пункта. Самый методъ, какъ таковой, почти не разрабатанъ, а въ защиту его приводится только соображенія о возможныхъ невыгодахъ промыванія, но не солидно обоснованныя данныя, указывающія на преимущество этого способа. Вся методика такъ называемаго сухого способа сводится къ выпусканію экссудата и затѣмъ къ удаленію путемъ вытиранія и всасыванія

О сухомъ способѣ туалета брюшины.

въ сухія или предварительно увлажненные губки, туфферы и пр. видимыхъ простымъ глазомъ и оставшихся еще въ брюшной полости загрязняющихъ веществъ и жидкости. Просматривая довольно большую литературу по вопросу о перитонитѣ, мы нигдѣ не встрѣтили сообщенія о томъ, чтобы техника этого метода была какъ-либо разработана, дальше только что сказаннаго. Кажется, никто не пытался проверить хотя бы на трупѣ, насколько вообще возможно удаленіе этимъ сухимъ методомъ излитой въ полость брюшины жидкости, и главное, насколько возможно и легко или трудно, въ смыслѣ техники, достигается этимъ приемомъ удаленіе постороннихъ веществъ, попавшихъ въ полость живота.

Не менѣе интереснымъ является и вопросъ о томъ, насколько велико воздѣйствіе въ смыслѣ травматизма брюшины и возможности вызвать появленіе опасныхъ рефлексовъ на сердце, то осложненіе, которое обыкновенно принято думать, вызывается промываніемъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вытираніемъ приходится очистить сколько-нибудь обширныя изліянія и загрязненія брюшной полости. Не производя болѣе подробныхъ спеціальныхъ изслѣдованій, мы, во время своихъ опытовъ промыванія, сдѣлали попытку сухого очищенія живота губкою послѣ вливанія клейстера съ кофейной гущей, и легко пришли къ заключенію, что собрать жидкость болѣе или менѣе совершенно этимъ способомъ можно, но удалить крошки гущи сколько-нибудь чисто нельзя, такъ какъ плотныя частицы прилипаютъ къ поверхности обтираемой брюшины и трудно удаляются. Мы не говоримъ уже здѣсь о томъ, что при сколько-нибудь широкоемъ распространеніи загрязняющаго матеріала такой способъ потребуетъ очень много времени и массу усилій: придется перетирать чуть не каждую кишечную петлю и въ общемъ затянуть и усложнить манипуляціи далеко за тѣ предѣлы, о важности не переходить которые всѣ авторы единогласно свидѣлствуютъ. Что касается до возможности удалить вещества, могущія всасываться, и воздѣйствія на сердце, то одинъ изъ нашихъ опытовъ на животныхъ былъ сдѣланъ съ цѣлью сравнить результаты сухого туалета съ результатомъ промыванія.

Опытъ (см. прил. III, оп. № 4) очень убѣдительно говоритъ за преимущество послѣдняго, и это наводитъ на мысль, что отказаться отъ промыванія въ пользу очищенія безъ него заставляетъ прежде всего желаніе упростить и возможно ускорить технику операціи. Выбирая экссудатъ и постороннія вещества изъ брюшной полости губками и компрессами, оперированіе такъ хирурги въ сущности довольствовались лишь быстрымъ удаленіемъ экс-

дата, считая лучшим, чтобы не затягивать операции, не заботиться о болѣе совершенномъ очищеніи брюшины. Вѣроятность этого соображенія подтверждается очень наглядно тѣмъ, что для сколько-нибудь систематическаго протирания и осушенія хотя бы только глубокихъ отдѣловъ брюшной полости далеко не достаточно тѣхъ небольшихъ разрывовъ, которые дѣлались во многихъ случаяхъ операций (напримѣръ одинъ разрывъ выше пупка при прободеніи желудка, или разрывъ въ 8—10 см. по средней линіи, какъ совѣтуетъ Koerte).

Оперируя безъ промыванія, мы дѣлаемъ меньше и больше оставляемъ на долю борьбы силъ природы, хотя бы уже потому, что часть неизбежно остающагося экссудата остается въ неразжиженномъ видѣ и, стало быть, только уменьшенной количественно по не измѣненной качественно.

На преимущество метода безъ промыванія, какъ лечебной мѣры для самого болѣзненнаго процесса, никто не указываетъ, и всѣ высказывающіеся противъ промываній отвергаютъ ихъ исключительно изъ боязни вредныхъ побочныхъ воздѣйствій и послѣдующихъ осложнений, главное мѣсто среди которыхъ отведено возможности вызвать шокъ во время самаго процесса промыванія и разнести инфекцію въ участки, еще относительно свободные отъ нея въ моментъ операции и еще не воспаленные. Прослѣдить, заслуживаютъ ли эти возраженія того значенія, которымъ они до сихъ поръ пользовались, мы старались въ своихъ опытахъ на животныхъ, и, повидимому, какъ они такъ и большое уже число опытовъ и клиническихъ наблюденій, опубликованныхъ другими авторами, говорятъ противъ серьезнаго значенія этихъ возраженій. Переходя къ техникѣ промываній, мы подробно разсмотримъ этотъ вопросъ, теперь же перейдемъ къ тѣмъ даннымъ, которыя опубликованы сторонниками метода туалета брюшины безъ промываній.

Mikulicz¹⁾, замѣтивъ, что въ случаяхъ разлитого перитонита, придется отказаться отъ примѣненія дезинфицирующихъ веществъ, такъ какъ они вызываютъ коллапсъ, высказываетъ сомнѣніе, чтобы какъ они вызываютъ коллапсъ, высказываетъ сомнѣніе, чтобы могли оказаться полезными и стерилизованные соляной растворъ или вода, а потому имѣя въ виду, что при перитонитахъ, наклонныхъ къ ограниченію сращениями, хорошіе результаты получались отъ очищенія губками и стерилизованной марлей, склоняется въ пользу этого метода соединеннаго съ дренажемъ полости живота. L. Rein-

precht¹⁾ и K. Schuchard²⁾ высказываются противъ промыванія, предпочитая методъ простаго выпусканія гноя и вычищенія губками и марлей, главнымъ образомъ на томъ основаніи, что при промываніи инфекция можетъ быть занесена въ отдаленные и еще не воспаленные участки. Sonnenburg³⁾ въ послѣдней работѣ очень пессимистически смотритъ на леченіе общаго и разлитого перитонита, отъ котораго почти готовъ отказаться. Мало довѣряя дѣйствию дренажа, онъ еще меньше ждетъ отъ промываній, которыя, по его мнѣнію, вызываютъ только шокъ, и потому отъ нихъ отказывается, ограничиваясь при операциіи выпусканіемъ гноя и, если можно, удаленіемъ червеобразнаго отростка, послѣ чего закладываются полоски марли. На ту же способность промыванія вызывать шокъ указываетъ и Reinprecht на основаніи клиническаго опыта Haeker'a. Schloffer⁴⁾ на основаніи опыта Wölfler'a высказывается также за сухой способъ вычищенія экссудата и за оставленіе брюшной раны открытой. Изъ англійскихъ хирурговъ приверженцы сухого способа Busch⁵⁾, Campbell⁶⁾, Andrews Collingwood⁷⁾ и Deanesly⁸⁾ — всѣ предпочитаютъ сухое очищеніе, боясь, что при промываніи инфекция можетъ быть разнесена по всей брюшной полости, и перитонитъ сдѣлается еще болѣе общимъ. Кромѣ того, послѣдній авторъ убѣжденъ, что путемъ промыванія нельзя удалить изъ брюшной полости всѣхъ септическихъ продуктовъ, а потому его и не стоитъ припѣвать. Ванахъ⁹⁾ находитъ, что при прободеніи язвы двѣнадцатиперстной кишки промыванія полости живота можно не дѣлать, а замѣнить его обширной тампонадой въ разныхъ направленіяхъ, такъ какъ изливается въ этихъ случаяхъ только жидкость, которая, благодаря большой всасывающей способности брюшины, легко рассасывается. Tietze¹⁰⁾, обсуждая вопросъ, нужно ли промывать инфицированную брюшную полость, приходитъ къ заключенію, что такъ какъ работа Reichel'я и многія послѣдующія о дезинфекціи зараженныхъ ранъ показали, что

¹⁾ Beitr. z. kl. Chir. XXIV. H. 1.

²⁾ Arch. f. kl. Chir. Bd. L. S. 615.

³⁾ Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. 1898 Bd. III. H. 1.

⁴⁾ Zur Therapie d. acut. eitrigen Peritonitis, Prag. Med. Woch. 1898. № 1—5. цит. по Hildebrand's Jahresh.

⁵⁾ Brit. Med. Journ. 1898. Nov. 5.

⁶⁾ Ibid. 1898, p. 15—16. July 6.

⁷⁾ The Lancet. 1898. Mar. 28.

⁸⁾ Brit. Med. Journ. 1898. I. 432.

⁹⁾ Больн. Газ. Боткина. 1898 г., стр. 183.

¹⁰⁾ loco cit., p. 51.

¹⁾ loco cit., p. 2333.

такими слабыми растворами, какими мы можем пользоваться для полости живота, нельзя достигнуть дезинфекции брюшины, то и самое промывание надо считать нецелесообразным актом, так как тѣ же результаты освобождения отъ патологического содержания достигаются простымъ болѣе или менѣе широкимъ разрывомъ и тампонадой, быть можетъ, лучше даже, чѣмъ промываніемъ.

Сюда присоединяется опасность разнесения заразы по брюшной полости и вредное влияние самой жидкости на серозную поверхность. Въ силу этихъ соображеній Tietze, ссылаясь своему учителю Mikulicz'у, отказывается отъ промыванія. Однако онъ самъ оговаривается, что здѣсь не имѣетъ въ виду примѣненія промываній болѣе высокой температуры, на хорошее общее дѣйствіе которыхъ въ послѣднее время указываютъ многіе: самъ не имѣя личнаго опыта въ этомъ направленіи, онъ воздерживается отъ какого-либо сужденія о нихъ.

Koerte¹⁾ въ своей первой работѣ уже высказываетъ мнѣніе, что самый нѣжный и наименѣе раздражающій методъ очищенія отъ гноя есть вымываніе. Онъ уже здѣсь отказываетъ, что значеніе этого метода сводится къ механическому удаленію гноя и экссудата, которые этимъ способомъ удаляются съ наименьшимъ травматизмомъ и наиболѣе совершенно. Дезинфицирующаго дѣйствія отъ промываній ждать нельзя, да и не нужно. Однако Koerte ограничиваетъ примѣненія промыванія только тѣми случаями, гдѣ есть ограничивающія сращенія, и высказывается въ томъ смыслѣ, что при разлитыхъ формахъ онъ боялся бы его примѣнять, такъ какъ нельзя быть увѣреннымъ въ свободномъ и полномъ оттоцѣ жидкости. Вотъ почему при разлитыхъ формахъ онъ воздерживался отъ промываній, примѣняя очищеніе компрессами и высушивание экссудата, помогая себѣ измѣненіемъ положенія больного. Мнѣніе это совершенно противоположно мнѣнію Monod и Vanverts²⁾, которые предпочитаютъ сухой способъ для ограниченныхъ перитонитовъ, примѣняя промываніе при разлитыхъ изъ опасенія, что въ первомъ случаѣ, при не очень прочныхъ ссаяхъ, послѣднія могутъ быть нарушены давленіемъ и струей вливаемой жидкости. Во второй своей работѣ³⁾ Koerte уже не дѣлаетъ такого разграниченія для примѣненія промываній и, видимо, онъ уже приверженецъ этого метода, хотя не высказывается рѣшительно. Приводи известное мнѣніе Reichel'я, онъ гово-

рить, что не можетъ съ нимъ согласиться, и тутъ же ссылается на цѣлый рядъ англійскихъ и американскихъ авторитетовъ, чтобы подтвердить такое свое мнѣніе. Итакъ вмѣстѣ съ значительнымъ увеличеніемъ своей опытности съ 26 на 71 случай, Koerte сдѣлалъ сторонникомъ промыванія и сталъ чаще и охотнѣе его примѣнять — это фактъ несомнѣнно большого значенія. О сухомъ очищеніи Koerte говоритъ теперь: „Durch Austüpfen und vorsichtiges Auswischen mit steriler Gaze kann man nachhelfen. Scharfes Reiben rate ich zu vermeiden als zu verletzend für das entzündete Bauchfell“.

Изъ этихъ словъ видно, что очищеніе марлей Koerte считаетъ далеко не столь невиннымъ вмѣшательствомъ, чтобы его можно было примѣнять въ размѣрахъ широкихъ, и здѣсь можно видѣть подтвержденіе высказанному нами мнѣнію, что примѣнять способъ очищенія безъ промыванія значитъ довольствоваться немногимъ и не стремиться къ болѣе или менѣе совершенному освобожденію полости брюшины отъ патологическихъ продуктовъ. Обсуждая вопросъ далѣе, Koerte присоединяется къ общему мнѣнію, что нельзя дезинфицировать брюшину, а потому единственно рациональнымъ считаетъ пользованіе для промыванія стерилизованнымъ солянымъ растворомъ или простой водой.

„Главное“, говоритъ Koerte, „заключается въ томъ, чтобы удалить загрязняющее, не нанося новаго поврежденія брюшинному покрову. Всего, все равно, удалить никогда не удастся, а съ небольшимъ остаткомъ при условіяхъ благоприятныхъ брюшина можетъ справиться“.

Еще болѣе интересна въ отношеніи оцѣнки сухого метода очищенія работа Mc. Burney. Мнѣ уже не разъ приходилось отмѣчать, что эта работа, написанная въ 1895 г., на много предвосхитила будущія мысли европейскихъ хирурговъ и, читая ее въ оригиналѣ, я получилъ то впечатлѣніе, что читаю только что вышедшій номеръ спеціального журнала. И здѣсь получается впечатлѣніе, что авторъ уже прошелъ тотъ путь, который сейчасъ проходятъ хирурги, отказывающіеся отъ промыванія полости брюшины. Какъ Koerte постепенно, по мѣрѣ роста опыта, измѣнялъ свое мнѣніе о промываніи, такъ Mc. Burney прошелъ уже этотъ путь и снова вернулся къ промыванію, только солянымъ растворомъ, а не антисептическими жидкостями, благодаря которымъ онъ и отказался раньше отъ промываній, обвиня послѣдній методъ въ томъ, въ чемъ собственно виновны были antiseptica, которые разрушали еще здоровый эндотелій брюшины, обострили болѣзненный процессъ и общимъ дѣйствіемъ способствовали появленію коллапса.

¹⁾ Arch. f. kl. Chir. XLIV. 631.

²⁾ Revue de Chir. 1897. № 7.

³⁾ Mitt. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir., loco cit. 159.

Въ виду интереса и малой доступности работы Mc. Burney я привожу здѣсь дословный перевод соответствующихъ мѣстъ: „До двухъ лѣтъ назадъ, я смотрѣлъ на всѣ такіе (при прободномъ аппендицитѣ) случаи разлитого перитонита, какъ на безнадежные, хотя и были единичные случаи выздоровленія послѣ операціи: тщательнаго удаленія экссудата и аккуратнаго дренажа. Я вспоминаю, что однажды высказалъ мнѣніе, что мы будемъ напрасно ожидать, чтобы такой случай пошелъ хорошо, такъ какъ раньше, чѣмъ будетъ сдѣлана операція, больной уже доходитъ до той степени септического зараженія, которую не въ состояніи поборотъ хирургія. Но я сдѣлалъ еще попытку и въ нѣсколькихъ случаяхъ примѣнялъ сперва одинъ, потомъ другой методъ дѣйствій. Болѣе старый планъ быть такой: дѣлался разръзъ въ 4 дм. по правой lineae semilunaris, отыскивался и удалялся appendix. Жидкій экссудатъ въ ближайшихъ сосѣднихъ съ червеобразнымъ отросткомъ отдѣлахъ тщательно удалялся губками. Потомъ промежутки между кишечными петлями тщательно промывались иригаціей очень слабымъ растворомъ сулемы, вводился дренажъ, а окрестности кудити appendix'a тампонировались іодоформной марлей. Въ одномъ случаѣ, чтобы облегчить вычищеніе брюшной полости, я сдѣлалъ дополнительный разръзъ по средней линіи и разъ или два вводилъ дренажи въ лѣвый бокъ и въ поясничную область. Всѣ случаи разлитого перитонита, такъ лѣченные, кончились смертію.

Тогда я сталъ примѣнять растворъ Тирна и, стараясь очистить полость брюшины болѣе совершенно, употреблялъ очень длинныя и толстыя стеклянныя трубки, которыя можно было заводить въ подреберья и до дна таза. Такъ какъ и тутъ не получалось лучшихъ результатовъ, то я оставилъ промываніе, думая, что оно только больше разнесетъ инфекцію по брюшной полости, и сталъ примѣнять сухое вытираніе, стараясь возможно совершенно удалить всю жидкость. Я не могу сказать, чтобы хотя одинъ случай, гдѣ весь тазъ былъ захваченъ процессомъ и наполненъ серозно-гнойнымъ экссудатомъ, протекалъ хорошо при такомъ способѣ лѣченія“.

Только тогда, разочаровавшись и въ сухомъ способѣ, Mc. Burney обратился къ изученію дѣйствія на брюшину физиологическаго раствора поваренной соли, отсутствіе раздражающаго дѣйствія котораго на серозные покровы уже было извѣстно. Тогда, примѣняя промываніе горячимъ солянымъ растворомъ, онъ постепенно выработалъ тотъ методъ операціи, который позволялъ ему въ 24 тяглыхъ случаяхъ несомнѣнно разлитого перитонита получить блестящій результатъ — 14 излеченій.

Эта выдержка изъ работы Mc. Burney и все приведенное выше невольно наводятъ на мысль, что методъ сухого очищенія брюшины при воспаленіи и гоненіи на промываніе явились, какъ реакція противъ примѣненія антисептическихъ растворовъ, чрезвычайно вредное дѣйствіе которыхъ было очень скоро отмѣчено, но, какъ это перѣдко бываетъ, обобщено на промываніе вообще. Теперь, когда первый періодъ увлеченія реакціей и сухимъ методомъ прошелъ, со введеніемъ индифферентнаго солянаго раствора, начинается постепенная реабилитація промыванія, которое, конечно, какъ справедливо говоритъ Koerte, должно быть признано за самый деликатный, не раздражающій и совершенный методъ очищенія брюшины и брюшной полости.

Изъ встрѣчаемыхъ въ брюшной полости патологическихъ образований спеціальнаго вниманія заслуживаютъ фибринозныя отложенія на брюшинѣ, которыя могутъ покрывать очень обширныя поверхности послѣдней. Kocher¹⁾ не советуетъ стирать и удалять фибринъ, такъ какъ изслѣдованія Walthard'a показали, что онъ является важнымъ защитительнымъ приспособленіемъ организма, мѣшающимъ болѣе глубокому прониканію микроорганизмовъ и всасыванію токсиновъ. Изслѣдованія Tavel'a показали, что фибринозныя отложенія заключаютъ въ себѣ относительно очень мало микроорганизмовъ въ сравненіи съ жидкимъ экссудатомъ, содержащимся въ полости брюшины. Микроорганизмы, по мнѣнію Kocher'a, повидимому, погибаютъ въ фибринозныхъ отложеніяхъ подъ влияніемъ содержащихся въ послѣднихъ лейкоцитовъ и продуктовъ кровяной сыворотки, дѣйствующихъ какъ антитоксинъ. Кроме того, изслѣдованія Wieland'a²⁾ показываютъ, что фибринозныя отложенія — продуктъ не столько прямого воздѣйствія развивающихся микроорганизмовъ, сколько послѣдствіе химическаго и механическаго раздраженія брюшины.

Mc. Cosch очень осторожно дѣйствуетъ при операціи, стараясь избѣгать удаленія и стиранія фибринозныхъ пленокъ, что, по его наблюденію, очень повреждаетъ эндотелій брюшины, а на мѣстѣ сорванной пленки вызываетъ кровотеченіе изъ обнаженной поверхности. Съ этимъ мнѣніемъ не вполне соглашается въ своей первой работѣ Koerte³⁾, который при бактериологическомъ изслѣдованіи пленокъ нашелъ много микроорганизмовъ и потому не со-

¹⁾ Loco cit. Ueber Neus.

²⁾ Loco cit.

³⁾ Loco cit., p. 633.

гласенъ съ Reichel'емъ, который не совѣтуетъ удалять и стирать фибринозные отложения. Однако Koerte дѣлаетъ оговорку, что въ случаяхъ широкаго распространенія фибринозныхъ отложений удаление всѣхъ ихъ было бы слишкомъ грубымъ вмѣшательствомъ, которое большой вредъ ли перенесетъ. Повидимому, въ послѣдствіи Koerte измѣнилъ свое мнѣніе, такъ какъ во второй работѣ совѣтуетъ лишь самымъ нѣжнымъ и осторожнымъ прикосновеніемъ собирать гной и жидкій экссудатъ марлевыми тампонами, избѣгая всякаго тренія, и уже не говорить о пользѣ удаленія фибрина.

Въ фак. хир. клиникѣ также избѣгаютъ стиранія и удаленія пленокъ, которыя не отходятъ сами при промываніи. Намъ кажется, что такое удаленіе и отрываніе фибрина потому не можетъ быть оправдано, что отложения эти при перитонитѣ являются истинными дифтеритическими пленками въ патолого-анатомическомъ смыслѣ, а потому вмѣстѣ съ ними долженъ необходимо быть удаленъ и эндотелиальный покровъ брюшины, и на мѣстѣ удаленной пленки остаться обнаженная поверхность, какъ то и подтверждаютъ наблюденія Senn'a. Такая поверхность, конечно, въ очень короткій срокъ снова покроется пленкой, и все вернется къ прежнему, а самая цѣль вмѣшательства будетъ не достигнута. Въ результатѣ всего останется одна невыгода раздраженія и поврежденія сосѣдняго эндотелія, что, предрасполагаетъ его къ воспринятію инфекціи, которую удалить изъ полости брюшины начисто мы не имѣемъ до сихъ поръ возможности. Эти соображенія заставляютъ присоединиться къ мнѣнію тѣхъ, которые не совѣтуютъ стараться стирать и удалять пленки фибрина и довольствуются лишь удаленіемъ жидкаго экссудата.

Покончивъ съ тѣми доводами, которые приводятъ приверженцы сухого способа противъ примѣненія промываній и тѣмъ, что сдѣлано для разработки сухого способа вообще, перейдемъ къ изученію результатовъ работъ и изслѣдованій, сдѣланныхъ сторонниками примѣненія промываній.

Прежде чѣмъ заняться тѣми методами, которые выработаны въ этой области отдѣльными хирургами, рассмотримъ доводы, которые они приводятъ въ пользу своего метода вообще. Мы уже изучили слабыя стороны метода промыванія и тѣ обвиненія, которыя падаютъ на этотъ методъ. Теперь займемся выгодами его, на которыя указываютъ его сторонники, чтобы затѣмъ перейти къ описанію техники самаго промыванія, какъ она разработана отдѣльными авторами.

Примѣненіе промыванія утверждаютъ, что это самый дели-

катный и наименѣе раздражающій и повреждающій брюшинный эндотелій способъ очищенія брюшной полости. Объ этомъ фактѣ уже приходилось неоднократно упоминать, и онъ засвидѣтельствованъ такими авторитетами, какъ Koerte, Mc. Burney, Kocher, Lennander и многими другими. Съ такимъ положеніемъ надо согласиться, оно очевидно, такъ какъ промываніе брюшины можно произвести, почти не прикасаясь къ ея поверхности, во всякомъ случаѣ, безъ грубыхъ обтираній и перемѣщенія внутренностей, при которыхъ эндотелій неизбежно повреждается.

Koerte пишетъ: „Durch den Flüssigkeitsstrahl wurde die Entleerung des Eiters in viel vollkommenerer und schonenderer Weise bewirkt, als es durch Austupfen allein geschehen konnte“. Почти такъ же высказывается о промываніи и Furner¹⁾. Owen Thurston²⁾ отмѣчаетъ, крокъ того, что этимъ способомъ очищеніе достигается всего скорѣе. Промываніе позволяетъ намъ самое удаленіе экссудата произвести всего полнѣе и совершеннѣе. Такъ думаютъ P. Gould и Koerte. Siegel³⁾ заявляетъ, что посредствомъ промываній, примѣняя достаточное количество жидкости (20—25 литровъ), можно, не прикасаясь къ брюшному покрову губками, салфетками и вообще чѣмъ-либо, могущимъ произвести поврежденіе или раздраженіе эндотелія, удалить всѣ массы кишечнаго содержимаго или пищевыхъ веществъ такъ же хорошо, если не лучше, чѣмъ сухимъ способомъ. E. Forque, чрезвычайно сочувственно отзываясь о промываніи, отмѣчаетъ, что при вымываніи даже остающееся небольшое количество экссудата весьма разжижается, почему перестаетъ дѣйствовать разрушительно и раздражающе на покровъ брюшины и можетъ быть быстро и безъ особаго вреда всосано, соляной же растворъ, всасываясь при этомъ, дѣйствуетъ благотворно на общее состояніе подобно подкожному вливанію того же соляного раствора.

Еще одно интересное наблюденіе сдѣлалъ Koerte⁴⁾. Изслѣдуя бактериологически разныя порціи вытекающихъ обратно промывныхъ водъ, Koerte нашелъ, что при промываніи содержаніе бактерий постепенно уменьшается и что, слѣдовательно, хотя и нельзя прямо дезинфицировать брюшную полость промываніемъ, но съ помощью его можно значительно уменьшить численность бактеріаль-

¹⁾ Lanc. 1898, p. 1761

²⁾ Ibid. 1899. Vol. 1, p. 897.

³⁾ Beitr. z. kl. Chir. 1898. Bd. XXI. H. 2. S. 395.

⁴⁾ Arch. f. kl. Chir. loco cit.

ного населения. Принимая во внимание, что после промывания бактерии окажутся разрыхленными по количеству и, кроме того, взвешенными в индифферентной жидкости, надо сказать на основании опытов Gravitza, Павловского, Silberschmidt'a и других, что промывание чрезвычайно улучшает шансы для естественной борьбы и победы брюшины над инфильтрировавшимся и начавшим развиваться заразным началом при помощи ее естественных разрушающих инфекцию приспособлений.

На уменьшение всасывающихся после промывания токсических и отравляющих продуктов болезненного процесса, благодаря более совершенному удалению этих ядовитых веществ, указали также Bode¹⁾ и Beck²⁾, который пишет: „Nur dadurch kann man eine rasche Verminderung des pathologischen Exsudates bewirken und eine wesentliche Verdünnung der zurückbleibenden Krankheitsstoffe erzielen mit denen die vitale Kraft des Kranken dann eher fertig werden kann“.

Вот главные достоинства метода промывания, которые вызывают на вид его сторонники с точки зрения местного действия и влияния на болезненный процесс, но этим еще не ограничивается, по мнению приверженцев промывания, благотворное влияние этого метода на больных. Вопреки мнению противного лагеря сторонники промывания утверждают, что последнее имеет не подавляющее, а благотворное действие на общее состояние больных и особенно на сердечную деятельность. Весьма трудным представляется объяснить такое крайнее расхождение взглядов отдельных врачей на один и тот же предмет, но тем не менее в то время как одни из авторитетных хирургов утверждают, что промывание угнетает сердечную деятельность, другие не менее авторитетные голоса высказывают мнение диаметрально противоположное. Мы уже привели очень вероятное соображение, что часть обвинений, которое должно бы быть отнесено к примению антисептики, упала несправедливо на промывание собственно; другое объяснение, быть может, лежит в применении жидкостей и соляного раствора несоответствующей температуры. На такое объяснение дают некоторое право мои опыты на животных, о чем и будет сказано далее.

Pearce Gould³⁾ говорит, что промывание теплою водою по-

могает победить шок. Charles Box a. Owen Thurston¹⁾, Bode¹⁾ Lookwood¹⁾, Treves¹⁾, Kocher¹⁾, Kelly¹⁾, Wiggin²⁾ даже Tietze указывают то же самое. Из русских хирургов особыми сторонниками применения промываний являются проф. Снегирев³⁾, В. Бобров⁴⁾ и д-р Зыков.

Профессор Снегирев на основании личной опытности в 215 случаях применения промывания вообще отмечает только, что при вливании сильной струей жидкости в брюшную полость ему приходилось наблюдать переходящее учащение пульса и задержку дыхания. Серьезных осложнений он не наблюдал, а относительно последующего влияния на общее состояние пишет так: „последующих вредных влияний от промывания также не замечается, появляется только в первые сутки усиленное отделение пота, увеличение количества мочи и уменьшение жажды, т.-е. все признаки, которые могут считаться благоприятными в послеоперационном периоде“, прибавим: у больного перитонитом тем более.

В самое последнее время появилось несколько работ, указывающих на чрезвычайно благоприятное местное и общее действие у больных перитонитом промывания очень теплыми растворами в 42—45° C.

Уже Mc. Burney употреблял соляной раствор температуры „как может перенести рука оператора“ и отметил благотворное влияние его, и, наконец, единственно высокой температурой промывной жидкости, которой все время поливается поле операции и вынуты и завернуты в салфетки кишечные петли, могут быть объяснены хорошие результаты операции, полученные у Mc. Cosch'a⁵⁾, Finney и Kelly (5 излеченных на 6 случаев операции⁶⁾), Bode⁷⁾ и некоторых других, применявших технику с полной и довольно продолжительной энтерацией всего пакета тонких кишок, при которой у Tixier, Tavel и Lanz'a и многих других, не применявших горячих растворов, не выздоровело ни одного больного, так оперированного. Факт этот очень убедительно говорит за чрезвычайно благоприятное воздействие горячей воды.

¹⁾ Loco cit.

²⁾ Med. Press. Jan. 1. 1896 по Hild. J.

³⁾ Mat. крив. 714.

⁴⁾ Аллендайт и т. д., 141.

⁵⁾ Ann. of Sur 1897. June, Aug.

⁶⁾ Kelly. Vol. II, p. 96.

⁷⁾ Loco cit.

¹⁾ Loco cit.

²⁾ Beitr. z. kl. Chir. Bd. XXII. II. 1.

³⁾ Loco cit.

Но и этого мало. Bode утверждает, что под влиянием горячих орошений восстанавливается действие кишечной мускулатуры; что ему на глаз удавалось видеть появление начала перистальтических сокращений в паралитованных кишках; наконец, что под влиянием этого восстановления уменьшается метеоризм(?), и что ему ни разу не встретилось случая испытать затруднения при обратном вправлении кишечных петель. Последнее показание однако не совсем ясно, так как трудно представить, как может уменьшиться вздутие кишек без отхождения газов *per anam*, или без пункции, а об этом как раз не упоминает Bode, описание которого вообще страдает недостаточной полнотой, принимая во внимание новизну и высокую важность сообщаемых им наблюдений. Вот почему следует принять к сведению сообщение о благоприятном действии жидкости высокой температуры, подробности изучить и проверить их действие, а пока еще воздерживаться от тех широких приемов, которые советствуют Bode и другие, на опасность которых указывают многия очень солидные работы.

Переходя к технике промываний, надо сказать, что все опубликованные способы сводятся в сущности к двум главным разновидностям: промыванию из кувшинов и леек, при чем жидкость вливается в более широкую рану, и промывание из пригнаторов и эсмарховых кружек, при чем в рану вводится дренаж или наконечник, и через него жидкость направляется в различные отделы брюшной полости.

Более подробны описания и указания относительно метода и приемов при промывании из кувшинов и леек встречаются у Bode¹⁾, Mc. Burney²⁾, Зыкова и проф. Снегирева. Последний так описывает производство этой операции: „Соляной раствор берется 40° C. (32° R.). Операторъ съ ассистентомъ захватываютъ края брюшного разреза и приподнимаютъ ихъ вверхъ, а помощникъ льетъ растворъ изъ кувшина, но такъ, чтобы не происходилъ ударъ струи на кишки; при этомъ естественно, какъ только наполнится известная часть брюшной полости, черезъ брюшной разрезъ жидкость начинаетъ истекать обратно. Съ этой жидкостью выносятся кровь, гной, обрывки тканей или распада; при такомъ вливаніи жидкость проникаетъ въ глубокія части: въ Дугласово пространство, въ почечныя области, подходит и подъ грудобрюш-

¹⁾ Loco cit.
²⁾ Loco cit.

ную преграду, но вымыть оттуда что-либо при такомъ вливаніи не удастся“.

Другой приемъ, соединяемый проф. Снегиревымъ съ такимъ промываніемъ — прополаскиваніе заключается въ томъ, что когда полость живота налита *ad maximum* описаннымъ способомъ, наружную рану стараются зажать пальцами, а брюшныя стѣнки приводятъ въ движеніе въ поперечномъ направленіи. Этотъ способъ применяется и рекомендуется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нагноившаяся опухоль лопается еще до операции и излившейся гной протекаетъ во все мѣста брюшной полости и между всѣми органами. Прополаскиваніе повторяется и считается оконченнымъ, когда обратно начинаетъ вытекать чистая жидкость. После окончанія прополаскиванія удаляется избытокъ жидкости тѣмъ, что нажимаютъ рукою на кишки, прикрытыя компрессомъ, и тѣмъ заставляютъ жидкость показаться сверху, гдѣ ее и собираютъ компрессами. При этомъ помогаетъ сжиманіе снаружи поясничной области. „Часть жидкости“, — пишетъ проф. Снегиревъ, — „несомнѣнно остается, но это не вредитъ успѣху, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже желательно, такъ какъ хорошо вліяетъ на пульсъ и замѣняетъ вливаніе соляного раствора подъ кожу“. Уже самое показаніе проф. Снегирева, что промываніемъ изъ кувшина нельзя достигнуть вымыванія изъ глубокихъ отдѣловъ, и что для этого лучше промываніе изъ наконечника Bantock'a, а также указаніе, что раздраженіе водяной струей кишекъ все же оказываетъ, хотя и преходящее, дѣйствіе на сердечную дѣятельность и дыханіе, прямо говорятъ за то, что этотъ способъ мало пригоденъ въ интересующихъ насъ случаяхъ перитонита, гдѣ, главная задача очистить именно глубокіе отдѣлы. Д-ръ Зыковъ подтвердилъ опытами на животныхъ, что вливаніе жидкости изъ кувшина струей въ полость живота дѣйствуетъ угнетающе на сердечную дѣятельность и вызываетъ паденіе кровяного давленія. Все эти факты позволяютъ прямо отказаться отъ этого приема при дѣленіи перитонита.

Совершенно въ особомъ положеніи стоятъ приемы Bode и Mc. Burney. О первомъ мы уже столько говорили, что здѣсь можно не возвращаться къ его технике, техника же Mc. Burney заслуживаетъ серьезнаго вниманія. Этотъ операторъ¹⁾, сдѣлавъ большой разрезъ вдоль Пунартовой связки дм. 4—5 длиной (всѣ его случаи относятся къ перитонитамъ, осложненнымъ аппендицитъ), прежде всего удаляетъ, собирая губкой на рукояткѣ, весь видимый эксу-

¹⁾ Med. Rec. 1895. Mar. 30.

дать; затѣмъ, вводя губку на рукояткѣ въ разныхъ направленіяхъ между кишечными петлями, открываетъ и осушаетъ могущія еще оказаться скопленія экссудата, послѣ чего начинается собственно промываніе, при чемъ прежде всего производится промываніе полости малаго таза. Жидкость изъ кувшина или бутылки льется въ рану такъ, чтобы наполнить тазъ, и затѣмъ снова выбирается губкой на рукояткѣ, дѣйствуя ей, какъ поршнемъ въ насосѣ², по выраженію автора, т.-е. пропихивая до дна таза между петлями кишечника и вытягивая обратно. Тазъ снова осушается, и это повторяется, пока обратно будетъ извлекаться чистая жидкость. Покончивъ съ тазомъ, переходить къ другимъ мѣстамъ скопленія, очищаютъ и ихъ, повторяя ту же операцію, и затѣмъ, заложивъ дренажъ и тампоны, оканчиваютъ операцію. Способъ этотъ, примѣненный Mc. Burney въ частномъ случаѣ перитонита, при аппендицитѣ, далъ особенно хорошіе результаты: 14 излеченій на 24 случая несомнѣнно разлитого перитонита, во многихъ случаяхъ очень тяжелаго.

Принимая во вниманіе, что образъ дѣйствія Mc. Burney, повидному, всего больше гарантируетъ отъ главной опасности при промываніи брюшной полости — разнесенія инфекціи въ еще здоровыя участки брюшины, и хорошіе результаты, которые онъ далъ въ рукахъ своего автора, надо сказать, что онъ заслуживаетъ особеннаго вниманія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ перитонитъ, хотя и разлитой, видимо, распространился еще не слишкомъ широко и гдѣ загрязненіе брюшной полости не слишкомъ велико, а ограничивается небольшимъ участкомъ. Какъ видно, и промываніе изъ кувшина здѣсь не идетъ въ сравненіе съ описанными ранѣе приемами, такъ какъ струя здѣсь не служитъ для промыванія, а изъ кувшина только осторожно наполняются промываемые отдѣлы брюшной полости, и здѣсь могутъ быть избѣгнуты все тѣ осложненія, которыя вызываетъ сильная струя жидкости.

Промываніе изъ кружки Осмарха черезъ дренажъ и стеклянныя наконечники, вводимые въ разрывъ брюшной стѣнки, пронаводится, повидному, въ большинствѣ случаевъ примѣненіи промыванія вообще. Такъ промываютъ Koerte³, Lennander, Зыковъ и многие англійскіе и американскіе авторы, что видно изъ нашего табличнаго матеріала. При промываніи необходимо заботиться о свободномъ оттоку жидкости обратно, чего можно достигнуть или вводя дренажъ рядомъ съ наконечникомъ, какъ у Koerte, или по-

могая оттоку пальцами другой руки, какъ рекомендуетъ G. Barling, или закладывая въ область раны металлическую съточку въ видѣ содоменой шляпы, какъ это выработано на своихъ опытахъ на собакахъ д-ръ Зыковъ и т. д.

Никто изъ авторовъ, работы которыхъ намъ пришлось просмотрѣть, не стремился разработать методъ промыванія такъ, чтобы составить извѣстный рациональный планъ дѣйствія, такой, чтобы промываніе имѣло цѣлью послѣдовательно и систематично, очищая отдѣльные участки полости живота, достигнуть наиболѣе совершеннаго очищенія. Промываніе производили, обыкновенно, не систематично, заводя наконечникъ въ разныхъ направленіяхъ среди кишечныхъ петель и оканчивая промываніе, или когда пойдетъ чистая жидкость, или когда будетъ пропущено извѣстное, заранее определенное количество жидкости. G. Barling⁴), описывая лѣчение прободенія извы желудка, указываетъ, что промываніе должно производиться систематически большимъ количествомъ жидкости, при чемъ свободная рука оператора, проникая между кишечными петлями, помогаетъ успѣху промыванія. Надо особенно внимательно очистить поясничныя углубленія и тазъ.

Я укажу еще какъ производилось промываніе въ случаяхъ, оперированныхъ въ факультетской хирургической клиникѣ проф. Боброва, чтобы перейти затѣмъ къ изслѣдованіямъ на трупѣ, которыя были произведены мною въ цѣляхъ выясненія наилучшаго способа промыванія. С. П. Федоровъ, которымъ въ клиникѣ были сдѣланы 5 лапаротомій по поводу перитонита, такъ описываетъ примѣненный имъ методъ промыванія. „Полость живота вскрывалась тремя разрезами: среднимъ нижнимъ и двумя симметричными надъ Пупартовыми связками. Черезъ все эти разрывы вводились дренажи въ малый тазъ, въ оба боковые канала и въ *sinus mesentericus dexter et sinister*. Послѣ этого пропускалась струя соляного раствора (а въ одномъ случаѣ стерилизованной воды) подъ небольшимъ давленіемъ, изъ кружки, которую держали на одинъ-полтора аршина выше уровня стола, наблюдая все время за оттокомъ жидкости, послѣдовательно черезъ разные дренажи, пока мимо ихъ изъ раны и черезъ свободныя трубки не начинала вытекать чистая свѣтлая жидкость“.

Клиническій опытъ и данная вскрытія трехъ изъ 5 оперированныхъ такимъ образомъ случаевъ показали, что этимъ способомъ достигаются удовлетворительные результаты.

¹) Arch. . kl. Chir. loco cit.

⁴) Brit. Med. Journ. 1895. June 15.

Тѣмъ не менѣе, приступивъ къ изученію на трупѣ законовъ распределенія жидкости и твердыхъ загрязняющихъ частицъ въ брюшной полости, я предпринялъ попутно и проверку способовъ промыванія брюшной полости, что было тѣмъ болѣе интересно, что тотъ матеріалъ (жидкій клейстеръ съ разваренной кофейной гущей), вливаніемъ котораго я пользовался для искусственнаго загрязнения полости живота, оказался очень удобенъ для этой цѣли. По физическимъ свойствамъ и консистенціи онъ весьма походилъ на встрѣчаемые въ клиникѣ экссудаты. Присутствіе твердыхъ частицъ кофейной гущи было также очень важно, такъ какъ таковыя встрѣчаются обыкновенно и при изліяніи кишечнаго и желудочнаго содержимаго, и по удѣльному вѣсу, а потому и по способности уноситься струей воды, такіа частица какъ нельзя лучше подходятъ къ крошкамъ кофейной гущи. Кромѣ всего этого вливаемая жидкость сильно окрашена, и при промываніи не сразу смѣшивается съ водою, подобно серозно-гнояному экссудату, а потому было очень удобно отмѣчать при послѣдующемъ осмотрѣ, гдѣ и въ какихъ отдѣлахъ промываніе произошло не вполне совершенно, куда занесены или откуда не удалены плотныя частицы и, наконецъ, гдѣ задержана еще окрашенная жидкость. Съ этой стороны изслѣдованіе мнѣ представлялось особенно интереснымъ, такъ какъ при моемъ методѣ осуществлялись условія, гораздо болѣе близкія къ встрѣчающемуся въ дѣйствительной жизни, чѣмъ при введеніи застывающихъ жидкостей, какъ гипса (Зыковъ), или тяжелыхъ металлическихъ порошковъ, какъ киноваръ (Федоровъ), или анилиновыхъ красокъ, которыя легко интенсивно окрашиваютъ ткани, но трудно вымываются (Delbet).

При первыхъ же опытахъ я, какъ указано выше, могъ легко убѣдиться, что при обширныхъ загрязненіяхъ, которыя получались при вливаніи клейстера, врядъ ли возможно успѣшное очищеніе какимъ-либо инымъ способомъ, кромѣ обильнаго промыванія. Поэтому я сразу отказался отъ изученія сухого туалета, такъ какъ легко убѣдился, что изъ этого не получится никакого практически интереснаго результата. Также не сталъ я испытывать и промыванія изъ леекъ и кувшиновъ, такъ какъ и оно при тѣхъ степеняхъ загрязненія полости живота, съ которыми приходилось имѣть дѣло, было бы не возможно безъ очень большихъ разрывовъ и сложныхъ манипуляцій, которыя я считалъ необходимымъ избѣгать.

На основаніи многихъ, приведенныхъ выше, клиническихъ наблюдений и экспериментальныхъ изслѣдованій надо считать въ на-

стоящее время твердо установленнымъ, что, не говоря уже объ извлеченіи кишечныхъ петель наружу, необходимо, по возможности, избѣгать всякихъ манипуляцій надъ кишками, болѣе продолжительнаго соприкосновенія ихъ съ воздухомъ, словомъ, всякихъ раздраженій брюшиннаго покрова, такъ какъ все это благоприятствуетъ развитію коллапса. Клиническій опытъ такихъ авторитетовъ, какъ Koerte, Mikulicz, Tavel и Lanz, Mc. Burney и др., наконецъ, очень точное экспериментальное изслѣдованіе Tixier такъ убѣдительно говорятъ за это, что нужно, чтобы твердо повторимыми клиническими наблюдениями и экспериментами на животныхъ, было установлено благотворное и спасительное дѣйствіе горячей воды и солянаго раствора, чтобы рѣшиться на испытаніе и примѣненіе приемовъ, предлагаемыхъ Finney, Mc. Cosch'емъ и Bode.

Я не пробовалъ также воспроизводить на трупѣ методъ Mc. Burney, давшій столь прекрасные результаты его автору, такъ какъ онъ разсчитанъ и специально предлагается для случаевъ, возникающихъ на почвѣ аппендицита. Остальные методы сводятся къ промыванію съ помощью дренажа и наконечниковъ, вводимыхъ въ одинъ или нѣсколько разрывовъ брюшной стѣнки, и вотъ они-то и были предметомъ моего изученія.

Я испытывалъ промываніе черезъ наконечникъ и дренажъ въ одинъ разрывъ, въ три разрыва, какъ то описываетъ С. П. Федоровъ, съ противоотверстіями, и, наконецъ, основываясь на наблюденияхъ, произведенныхъ при этихъ моихъ опытахъ, и на данныхъ анатомическаго изслѣдованія, мнѣ удалось выработать такой методъ промыванія, который оказался весьма простъ по выполненію и быстро и легко ведетъ къ цѣли, достигая вмѣстѣ съ тѣмъ наиболѣе совершенной степени очищенія полости брюшины.

Свои опыты съ промываніемъ я производилъ попутно на тѣхъ же трупахъ, на которыхъ изучалось распределеніе жидкости, и обыкновенно на одномъ трупѣ приходилось продѣлывать по 2 и по 3 промыванія. Чтобы избѣжать ошибокъ въ оцѣнкѣ опыта въ зависимости отъ повторенія, я дѣлалъ опыты промыванія по разнымъ способамъ, измѣняя ихъ послѣдовательность, и могу сказать, что повтореніе опыта на томъ же трупѣ не имѣло заметнаго вліянія на результаты. Пользуясь этимъ, я могъ сдѣлать достаточно число опытовъ, и здѣсь приведу ихъ общіе результаты.

Чтобы произвести опытъ промыванія въ одно отверстіе, я воспользовался трупомъ, гдѣ вливаніе произведено было въ области червеобразнаго отростка. Разрывъ параллельный правой Цуартовой связкѣ, какъ при аппендицитѣ, длиной стм. 15.

сь собою накопившейся экссудат или излившееся содержимое прободенного органа.

Отъ такого порядка дѣйствія можно ожидать и другую выгоду: жидкость идетъ къ мѣсту скопленія гноя и септическихъ продуктовъ, слѣдовательно еще относительно не загрязненные отдѣлы брюшной полости наполняются чистымъ солянымъ растворомъ, который по пути увлекаетъ и уноситъ наружу изъ брюшной полости гной и загрязняющія вещества. Напротивъ, если промываніе начать съ введенія жидкости въ мѣсто наибольшаго скопленія гноя, къ чему съ перваго взгляда является стремленіе и что нѣкоторыми (Barling) и рекомендуется, разжиженный гной и загрязняющія постороннія вещества должны унестиcь первыми же порціями жидкости и съ ней разлиться по всей полости брюшины, которую вливаемая жидкость естественно должна переполнить раньше, чѣмъ начнется истечение наружу и, слѣдовательно, самый процессъ вымыванія. Такимъ образомъ, если принять планъ дѣйствія, основанный на только что описанномъ принципѣ, можно надѣяться налить только чистымъ растворомъ болѣе глубокие и еще не загрязненные отдѣлы брюшной полости и въ значительной степени избѣжать того разнесенія инфекции, возможность котораго, до сего времени въ сущности бывшая не доказанною ни наблюденіемъ, ни опытомъ, заставляла многихъ операторовъ принципиально отказываться отъ промываній.

Чтобы на глазъ прослѣдить, какъ происходитъ процессъ вымыванія клейстера и осадка твердыхъ частицъ струей воды, пущенной не сильно и при небольшомъ (1—1½ арш. высоты столба жидкости) давленіи изъ стекляннаго наконечника, я посту- палъ такъ. При широко вскрытой полости живота тонкія кишки были извлечены наружу и помѣщены по лѣвую сторону трупа. При этомъ правое поддиафрагмальное пространство, *canalis lateralis* и входъ въ тазъ оказались свободными и на виду. Начавши промывать эту область, я скоро долженъ былъ убѣдиться, что дѣло идетъ очень плохо: пропустивъ 6 литровъ воды, нельзя было вымыть осадокъ, котораго все еще оставалось очень много; осадокъ взмучивался и, не увлекаемый медленно нереливающейся черезъ края разрѣза жидкостью, снова садился на дно. Благодаря этому обстоятельству, никакъ не удавалось вымыть осадокъ изъ подпеченочнаго пространства.

Дѣло пошло значительно лучше, когда подъ спину трупа была подложена деревянная планка въ ¼ арш. толщиной и такимъ образомъ приподнята верхняя часть туловища. Теперь поддиафраг-

мальная углубленія нѣсколько сгладились, легли на болѣе высокомъ уровнѣ, а вода, легче вытекающая, стала уносить и больше крошекъ. Много ихъ еще задерживалось у угла, образуемаго изгибомъ толстой кишки, и въ верхнемъ отдѣлѣ праваго бокового канала. Тогда здѣсь, подъ концомъ 12-го ребра, было сдѣлано отверстіе и въ него введенъ дренажъ въ палецъ толциною, черезъ который жидкость стала свободно вытекать. При такихъ условіяхъ 2 литрами воды легко удалось вымыть начисто всѣ крошки изъ *bursa hepatica* и *canalis lateralis dexter*. Совершенно то же самое повторилось и на лѣвой сторонѣ, когда кишки были перенесены направо.

Оставалось очистить малый тазъ, но и здѣсь встрѣтилось то же затрудненіе: гуща взмучивалась и снова опускалась на дно. Нѣсколькими литрами пропущенной воды нельзя было ничего сдѣлать и только когда мнѣ пришла мысль опустить на дно таза конецъ длиннаго и толстаго резинового дренажа пальца въ 1½ толциною, такъ чтобы другой конецъ, перегибаясь черезъ край раны, лежалъ на столѣ, и, дѣйствуя при переполненіи брюшной полости водой на подобіе сифона присасывалъ жидкость и съ нею и крошки со дна таза, 2 литрами воды оказалось легко вымыть начисто всю полость малаго таза. Впослѣдствіи оказалось полезнымъ для лучшаго дѣйствія сифона, чтобы конецъ его былъ срѣзанъ наискосокъ, а съ длиннаго конца у самаго края сдѣлано небольшое окошечко. Кромѣ того полезно въ конецъ, лежащій на столѣ, вставить стеклянную трубку, которая, нѣсколько суживая отверстие у выхода, немного замедляетъ токъ жидкости у входа въ сифонъ и тѣмъ мѣшаетъ присасыванію кишекъ и салника къ входнымъ отверстіямъ трубки. Такимъ образомъ вся полость живота оказалась быстро и очень хорошо очищена.

Въ слѣдующихъ же опытахъ было испробовано промываніе по тому же принципу безъ эвентраціи и при небольшихъ разрѣзахъ. Дѣлались 2 небольшихъ разрѣза по средней линіи выше и ниже пупка, и затѣмъ накладывались контрапертуры справа и сдѣла на днѣ боковыхъ каналовъ подъ концами 12-хъ реберъ, и въ нихъ вводились дренажи. Дѣлаются эти противоотверстія очень легко расчѣніемъ брюшной стѣнки на введенный черезъ срединный разрѣзъ корнцантъ, который проводится до мѣста по передней стѣнкѣ живота, при чемъ положительно нѣтъ никакой опасности поранить кишку или какой-либо изъ важныхъ органовъ. Выведеннымъ наружу корнцангомъ захватывается дренажъ за конецъ и протягивается въ рану, при чемъ надо обратить вниманіе, чтобы

дренаж не остался за отслоенной брюшиной, так как проводить его далеко нет никакой надобности. После наложения контрапертуры через дренаж сейчас же вытекает порядочное количество жидкости с гущей.

Теперь через нижний срединный разрез вводится дренаж-сифон, как указано раньше. Под спину трупа подкладывается подкладка в $\frac{1}{4}$ арш., при чем вытекает еще жидкость из противоотверстий, и иногда начинает действовать сифон, через который в этих случаях также вытекает жидкость и гуща, иногда же и при начале промывания жидкость из сифона не идет, и тогда надо трубку предварительно наполнить жидкостью, после чего сифон начнет действовать.

Наконец сифон, введенный в верхний срединный разрез, направляется струя воды так, чтобы обмылась вся область куполола диафрагмы. С первого же опыта стало ясно, что промывание так идет много успешнее. Жидкость сразу вытекает из заднебоковых отверстий и уже с 3-го литра становится обыкновенно светлой. После 5-го литра из всех дренажей идет уже светлая жидкость, выносящая уже немного плотных частиц. Промывание прекращалось после пропускания 10 литров, т.-е. половинного против предыдущих опытов количества жидкости.

Раскрывая теперь полость живота достаточно широко, можно было легко убедиться, что промывание удавалось очень хорошо, много совершеннее, чем при других способах. Правда, в самой глубине левого поддиафрагмального углубления обыкновенно находились кучки в несколько крупиннок цикория, минимальное количество которых задержалось и на дне малого таза, который даже жидкостью обыкновенно не был наполнен. Бовковые каналы всегда совсем чисты, среди петель тонких кишок ничего не оказывалось, bursa hepatica очищалась хорошо, и даже в пространстве между печенью и диафрагмой, до опыта умышленно загрязняемых, не оказывалось остатков гущи. Замечательно, что несколько отдельных крупиннок цикория иногда оказывались разбрызганными и прилипшими по всей внутренней поверхности передней стенки живота, в чем можно видеть доказательство, что во все время промывания полость живота не выполнялась совершенно водой, и, следовательно, давление жидкости внутри брюшины не повышалось, как это не редко бывает при промывании в одно отверстие, и следовательно обратный отток все время был совсем свободен.

Опыты такого промывания повторялись последовательно много раз на разных трупах и всегда с одинаковым результатом. На встретившихся мне женских трупах я каждый раз пытался повторно заменить сифон, введенный в малый таз, дренажем per vaginam. Я ожидал, что в этом случае было бы еще лучше, но, к удивлению, хотя вводил трубки разных калибров, ни разу не мог получить per vaginam такого хорошего оттока, как через сифон. При введении per vaginam конец дренажа очевидно лежит менее выгодно для свободного оттока жидкости, и его отверстия легче закрываются кишками, широкими связками и салынком. Замечательно, что на тех же трупах действие сифона удавалось превосходно. Таким образом для промывания, судя по моим опытам, и у женщины лучше пользоваться сифоном, чем дренажем per vaginam. Этим я конечно не хочу сказать, что и последовательный дренаж лучше через брюшную стенку, чем per vaginam, а только, что второй путь менее удобен для промывания, хотя для успеха нужно истечение сильной широкой струей, достигнуть чего per vaginam мне не удавалось. Как последовательный дренаж, дренаж per vaginam уже слишком хорошо зарекомендовал себя клинически, чтобы какие-либо опыты на трупах могли поколебать его значение. Указания литературные и опыты факультетской хирургической клиники говорят за него.

Сифон и контрапертуры при промывании действовали всегда хорошо, и только в одном случае при очень дряблых и слившихся тонких кишках два раза во время промывания пришлось переместить сифон, так как вытекание затруднялось облившимися концом его дряблыми кишечными петлями. Один труп был с очень сильно вздутыми кишками, как толстыми, так и тонкими, но промывание на нем удалось замечательно хорошо и легко, так что и получилось впечатление, что дело при вздутых кишках идет даже лучше. Чтобы убедиться, насколько описанным способом хорошо удаляются и растворенные вещества, я в один труп ввел перед клейстером еще раствор 5,0 иодистого натрия в 180,0 воды (см. оп. X).

При промывании по возможности аккуратно собрана была жидкость, стекавшая с анатомического стола, измерен ее объем, а взятая проба исследована количественно на содержание иода. Вычисление по формуле показало, что в промывной жидкости содержалось 3,75 гт. иодистого натрия, и, принимая во внимание то, что невозможно вполне точно собрать промывные воды и

что для опыта взять продажный йодистый натрь, всегда содержащий некоторую примесь влаги вследствие гигроскопичности. Надо заключить, что и с этой точки зрения достигнуты очень хорошие результаты.

Таким образом результаты моих опытов позволяют сказать, что промывание по описанному сейчас методу дает результаты более близкие к идеалу очищения полости брюшины, а принимая во внимание, что лучшие результаты достигаются вдвое меньшим количеством жидкости, и следовательно операция почти вдвое скорее оканчивается, и что предварительная техника очень несложна и может быть выполнена буквально в несколько минут, можно ожидать, что, примененный у постели больного, этот способ даст и лучшие результаты, чем практиковавшиеся до сего времени. То обстоятельство, что здесь во время промывания не нужны большие разрезы, тоже очень важно: этим уменьшается травматическое воздействие операции и почти исключается возможность такого неприятного осложнения как выпадение наружу кишечных петель, да кроме того операция, там где не потребуются большие разрезы для воздействия на первоначальный очаг болезни, может быть скорее окончена, ибо не придется возиться с зашиванием брюшной стенки, а в дальнейшем, в случае выздоровления, и вероятность образования последовательной грыжи будет меньше.

Теперь, чтобы покончить с вопросом о промывании, необходимо еще немного возвратиться к общим данным относительно применения промывания, так как мои опыты касаются и этой стороны вопроса. Противники применения промывания указывают обыкновенно три пункта, которые служат основанием избегать промывания: 1) промывание может способствовать более широкому разнесению инфекции по брюшной полости, 2) промывание усиливает всасывание из брюшной полости токсинов и тем самым ведет к еще более быстрому отравлению уже без того отравленного организма, и, наконец, 3) промывание сильно действует на общее состояние организма, быстро вызывая упадок сердечной деятельности. Мы уже указали выше, что этим заявлениям противников промываний, главным образом немецких хирургов, противопоставляется целый ряд хвалобных отзывов об этом методѣ больше всего французских, английских и американских врачей; здесь же я приведу результаты опытов на животных, предпринятых мною с целью выяснения некоторых сторон вопроса, а также результаты из которых опытов, сделанных другими авторами.

Мы уже не раз говорили о значении первого возражения, и мои опыты подтвердили, что для известных случаев оно имеет полное основание. Помимо того, что может быть разнесена инфекция, и перитонит сдѣлается еще более общим, такое осложнение несомненно увеличить и всасывание, приведа в соприкосновение с гноем еще здоровые участки брюшины, которые, как показали Tietze и др., всасывают несравненно лучше больных. Чтобы показать такое значение сообщения больного участка с здоровым, я сдѣлал следующую опыт. Двумя одинаковым по росту, собакам-самкам была сдѣлана с соблюдением строжайшей асептики лапаротомия и изолировано по карману в брюшине подшиванием рога матки к брюшной стенке. Рана брюшной стенки зашита. Через сутки рана открыта и в карман обильно собакам введено по комку стерилизованной ваты, смоченной в уксусном эфирѣ. Через сутки еще развился рѣзкій острый серозный перитонит с обильным выпотом. Тогда у обеих собак раны снова были расшиты и у одной проткнуто рукояткой инструмента отверстие в широкой связке и установлено сообщение мешка с общей брюшной полостью. Вслед за тем обильно собакам введено в общий и воспаленный мешок по 0,1 сухого *Strychnini nitrici* в видѣ мелких кристаллов. Результат таков: У собаки с изолированной воспаленной полостью, без сообщения со здоровой брюшной первые признаки отравления наступили через 20 мин., судороги через 30 мин., и смерть через 55 мин. У другой собаки, где было небольшое сообщение воспаленного участка с здоровой брюшной полостью, первые признаки отравления появились через 15 м., судороги через 25 м. и смерть через 40 м.

Как видно, небольшое сообщение воспалительного очага с здоровой брюшной полостью уже имеет огромное значение на скорость развития интоксикации. Наш опыт кроме того, показывает, насколько важно для целей клиники принципиально различать перитониты отграниченные от разлитых, независимо от величины поверхности брюшины, охваченной воспалительным процессом, и насколько опасным надо считать соприкосновение воспалительных продуктов с здоровой поверхностью брюшины. Этот факт впрочем уже и клинически достаточно подтвержден наблюдениями над чрезвычайной быстротой развития явленной интоксикации в случаях вскрытия гнойников в здоровую брюшную полость. Мои опыты на трупѣ показывают, что это осложнение при соответствующей технике может быть избегнуто, да иначе как же было бы объяснить многие хорошие результаты, полученные у постели больного при применении промываний.

7) Повторение предыдущего.

В крови ничтожные следы; в мочи также; в собранной воде — 2,8 иодистого натра.

8) Собак введено 5,0 иодист. натра в 250 к. с. воды. Промывание; собрано жидкости 8,200, она содержала 2,56 иодист. натра.

9) Собак, больной перфоративным перитонитом, введено 4,0 иодист. натра в 200 к. с. воды. Промывание; собрано 6200 жидкости, в ней 2,01 иодистого натра.

Во всех этих опытах относительно малое количество всосанного вещества и особенно выделенного мочой втроем зависить от того, что при опытах животные были в глубоком наркозе морфием и хлороформом. Я не старался избегать этого фактора потому, что и у больных операция обыкновенно производится под тем же наркозом, следовательно это влияние не могло мешать, а скорее, напротив, желательное в целях сопоставления результатов опытов с данными клиники и приложения выводов к целям ее, почему избегать в данном случае наркоза значило бы напрасно, без особой надобности и прямой цели, истязать животных.

Во всяком случае эти опыты позволяют сделать следующие важные выводы: 1) без очищения брюшной полости, даже при наличии ее воспаления, введенное в нее вещество всасывается больше за такой же срок времени, чем если предпринято очищение; 2) при сухом способе всасывается во всяком случае не меньше, а по результатам наших опытов даже больше, чем при равных условиях и при промывании. Наконец 3) на вопрос о том, какое количество введенного вещества может быть удалено обратно вымыванием, вопрос с практической точки зрения очень интересный, трудно дать на основании моих опытов положительный ответ. При промывании на собаках ни разу не удалось собрать больше 60% введенного количества иодистого натра, обыкновенно же даже много меньше. Это могло зависеть от двух причин: или не удавалось вымыть много иодистого натра, или он хотя и удался из брюшной полости, но растеривался вне ее при самом опыте. Что известное количество, втроем однако не при самом опыте. Что известное количество, втроем однако не при самом опыте. Что известное количество, втроем однако не при самом опыте. Что известное количество, втроем однако не при самом опыте. Что известное количество, втроем однако не при самом опыте.

что все вместе весьма затрудняет обратный отток жидкости, значительно больше, чем у человека. Осуществить что-либо в роде моего метода промывания, выработанного на трупе человека, у собаки совершенно невозможно: длинный широкий салник, appendices epiploicae, развиты у собаки по всей передней стенке парietальной брюшины и многие складки последней закрывают все дренажи и вообще затрудняют отток жидкости. Кроме того и полость живота собаки много глубже и уже, чем у человека при положении на спине.

Таким образом несомненно есть возможность, что часть иодистого натра не вымывалась, однако исследование крови, мочи и особенно последующие контрольные пробы мочи через несколько времени после операции доказывают, что оставалось в полости брюшины иодистого натра не много. Следовательно есть основание думать, что большая часть недостачи терялась при опыте вне тела собаки и к этому созданы благоприятные условия в шерсти собаки, которую сбрить всю почти невозможно. Если вспомнить даже компрессы, инструменты, руки операторов, то понятно, что многое могло уноситься и этим путем, хотя после конца опыта обыкновенно все обмывалось водой, которая присоединялась к общей массе промывных вод. Если сравнить результат у собак с результатом промывания на трупе человека¹⁾, где промывание удаётся более совершенно, где и условия собирания жидкости лучше (аморный стол, отсутствие волос, компрессы, полотенце), то станет возможно сказать, что промыванием довольно хорошо достигается удаление и растворимых веществ. Результаты исследования крови и мочи подтверждают это заключение.

То же самое подтверждается вышеуказанными опытами Delbet и Kinscherга, которым удавалось спасти промыванием, при искусственно уменьшенной всасывательной способности брюшины, таких собак, которым вводилась доза стрихнина, значительно превышавшая предельную смертельную дозу. В некоторых случаях им удавалось так хорошо вымыть, что даже не получалось признаков отравления. Все эти факты дают право сказать, что в лапаротомии с промыванием и последующим дренажем мы имеем такой способ, который позволяет: а) почти совершенно очистить полость брюшины от способных всасываться токсических веществ, б) с помощью дренажа отвести наружу те продукты, которые образуются и могут причинить вред.

¹⁾ См. описание опытов на трупе.

следовательно дает возможность в значительной степени пресечь дальнейшую интоксикацию всего организма.

Остается последний пункт, вопрос о появлении унадка сердечной деятельности в зависимости от промывания. Как указано раньше, по этому вопросу существует наибольшее разногласие авторов. Не распространяясь, скажу, что изучение многих историй болезни и отдельных сообщений производит то впечатление, что в общем на хорошее влияние промывания указывают те авторы, которые, по их собственному обозначению, применяли горячий соляной раствор и воду (Hof wather англичан) или прямо указывают температуру от 39° С. до 44° С. При растяжимом понятии: промывание теплым раствором или водой — вообще чаще получалось разочарование.

Это впечатление заставило меня обратить внимание на влияние температуры промывной жидкости, притом в тех узких пределах, в которых возможно применять жидкость для промываний у больных. Ясно, что никто не станет мыть полость живота у больного водой ниже 30—32° С. или температуры, близкой к температурѣ свертывания белков. При своих довольно многочисленных опытах на собаках, я брал воду в 45° С., 38° С. и 35° С.

В общем при первых двух температурах я всегда получал при промывании повышение кровяного давления и обыкновенно не получал ухудшения со стороны пульса, который чаще особенно в начале промывания, улучшался. Это особенно демонстративно можно видеть на кривой, полученной при промывании одной собаки, большой перитонитом. До операции пульс был почти не замѣтен на кривой: нитевидный, около 200. С началом промывания он скоро стал рѣже, полнѣе, элевации увеличились. После операции пульс был несколько лучше чем в начале. Собака эта перенесла операцию и поправилась. См. опыты № 9.

Вода в 38° С. — в общем меньше влияет на сердечную деятельность, но не оказывает и рѣзкого вредного воздействия; вода в 35° С., напротив, повидимому, имеет подавляющее действие на сердечную деятельность особенно у собак с воспаленной брюшиной. Кровяное давление иногда падало уже во время самого промывания, пульс учащался и делался неправильным, получались перебои, сердечная элевация уменьшалась. В одном случае у здоровой небольшой собаки вскоре после окончания промывания водой в 35° С. при зашивании раны получился коллапс, сразу

полная остановка сердца и падение кровяного давления до 0. Это — единственный случай за все мое опыты. Только самыми энергичными оживляющими мерами удалось привести животное к жизни, причем пульс постепенно появился и выровнялся. Точно так же только 1 раз промывание в 35° С. не оказало заметного влияния на пульс у большой здоровой и очень жирной собаки.

Следовательно, эти опыты подтверждают то впечатление, которое складывается из изучения клинического материала.

При промывании во время операции, если не пользоваться термометром, легко впасть в ошибку и взять слишком холодную жидкость для промывания. При 45° С. рукам оператора горячо, и от всего поля операции идет пар, вода в 38° С. еще кажется слишком горячей, при 35° С. руки ощущают приятную теплоту. Вот тут-то и возможна ошибка, и потому положительно необходимо при промывании пользоваться термометром и не употреблять воды вообще ниже 38° С. Последнее само собой очевидно уже из того, что температура у человека даже с неповышенной температурой тела для внутренних органов значительно выше 37° С., измеряемой обыкновенно под мышкой, для больных же перитонитом принято, что необходимо искусственное согревание тела и во всяком случае не охлаждение его. Из этого нельзя вывести заключения против местного прикладывания льда, так как последний действует на ограниченную поверхность, не охлаждает всего тела и не исключает естественного согревания всего тела, одновременно с местным воздействием холода.

Применение дренажа при лапаротомиях, предложенное Bardeleben'ом и в настоящее время уже оставленное во всех случаях чистых операций в брюшной полости, кажется однако, теперь прочно обосновано и получило право гражданства для тех случаев, где при операции найдены и вскрыты гнойные скопления в той или другой форме. Для тех случаев, где гнойные или септические очаги хотя и удалены совершенно, но при этом удалении в полость брюшины попали вещества, могущие содержать инфекционное начало, вопрос о дренаже еще должен считаться открытым. Так, Mikulicz указал, что дренаж для брюшины только излишен, но в некоторых случаях даже может быть и вреден, так как оставляет открытым путь для последовательной инфекции. Arthur Barker¹⁾,

О дренаже
брюшной
полости.

¹⁾ Lang. Arch. XXVI. II. I.

исследую вопрос о возможности ограничить применение дренажа брюшной полости, приводить 2 наблюдавшихся у него случая, где при несомненно инфекционном, не туберкулезном процессе в полости брюшины простого, тщательного удаления гнойного скопления при последовательном зашивании наглухо оказалось достаточным для быстрого выздоровления. Первый случай касался ребенка 7 лет, пациента д-ра Barlow, очевидно, страдавшего инфекционным перитонитом. Была сделана операция, удалено около пинты сливкообразного гноя, разлитого между кишечными петлями, сделано промывание горячей водой, и рана зашита наглухо. Последовало гладкое выздоровление. Автор уверяет, что в этом случае перитонит не зависел ни от туберкулезного процесса, ни от очень острого инфекционного заболевания, напр. аппендицита, а было разлитое нагноение на почве оставшегося темным источника инфекции. Другой подобный случай относится к ребенку 8 лет, у которого было найдено около 1½ пинты гноя.

„Подобные случаи, — пишет Barker, — наводят на размышление, хорошо ли поступали ранже, рутинно применяя дренаж во всех случаях нагноения в брюшной полости, хотя бы и в случаях нагноения септического характера. Несомненно, что брюшная полость, как огромная лимфатическая щель, может в известных случаях и без операции справиться с большим количеством септического материала: так, известно, что при аппендиците, в результате которого получилось нагноение, выздоровление путем рассасывания возможно при простом внутреннем лечении. Такие случаи вместе с подобными, приведенным выше убедили меня, что во многих случаях дренаж может оказаться излишним, что вообще он долгое время применялся только по рутинному шаблону и может быть оставлен в некоторых случаях без ущерба, если только не к большей выгоде больного, даже и в тех случаях, где нагноение было вызвано инфекцией“.

Такое же стремление ограничить применение дренажа брюшной полости можно отметить у Kelly³⁾. Этот автор, приведя целый ряд исследований европейских и американских врачей, целый ряд исследований, что брюшина имеет огромную всасывательную способность, распространяющуюся не только на жидкость, но и на плотные частицы, что кроме того, она способна обезвреживать

³⁾ Brit. Med. Journ. 1895. May. 25. 2

²⁾ Op. gynec. Vol. II 29.

во многих случаях проникающих в нее возбудителей инфекции, хочет на этих исследованиях основать положение о возможности применять дренаж реже, чем это обыкновенно делается. Для тех случаев, где инфекции пошла при операции, или где в силу того или иного обстоятельства можно опасаться развития септического процесса, Kelly с успехом замещает считавшийся в этих случаях показанным дренаж Mikulicz'a и закладывает полоску промываемым соляным раствором, количество которого в 500—1000 к. с. он умышленно оставляет в полости живота и придает больной положение с приподнятыми ногами и тазом, чтобы таким образом воспользоваться выгодою разжижения инфекции и быстрым всасыванием жидкости и плотных частиц брюшиной в области диафрагмы, на которое указал Muscatello. Этим быстрым всасыванием Kelly и хочет избежать развития перитонита, для которого, как показали исследования многих авторов, нужно не только попадание в полость брюшины достаточно большого количества инфекционного агента, но и известное нарушение нормальной функции и целостности брюшинного покрова.

Как на момент, противопоказующий применение дренажа, Kelly указывает на то, что удаление серозно-кровоянистого трансудата, который дает раневая поверхность, излишне и что присутствие дренажа обуславливает увеличение количества этого трансудата, удалить который хорошо дренаж не может; что рано или поздно дренаж дает путь для проникания инфекции извне; что удаление самого дренажа представляет трудность, и для марлевого сопровождается очень большой болезненностью, а в одном случае автора даже было причиной смертельного кровотечения, так как с дренажем была сорвана лигатура; что лечение с дренажем дает большую смертность; что при применении дренажа чаще бывает временная непроходимость, вздутие живота, наконец последовательные внутренние ущемления, завороты и грыжи в месте, где был введен дренаж.

Гораздо сочувственнее относится к применению дренажа вообще проф. Снегирев, который применял дренаж 545 раз на 1000 чревосечений¹⁾ и предпочитает дренаж из марлевых полосок.

Однако прежде всего следует отметить, что все возражения против применения дренажа и попытки его ограничить касаются исключительно случаев, где идет более острое инфекционное

¹⁾ Мат. кров., стр. 680.

¹⁾ Neuere Erfahr. über app. 1898. Mitt. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. III. II. 1.

Вапахъ?), указывается, что капиллярный дренажъ въ видѣ марлевыхъ тампоновъ, прекрасно всасывая жидкій экссудатъ, образующійся обыкновенно при прободеніи круглой язвы двѣнадцати-перстной кишки, такъ хорошо дѣйствуетъ въ смыслъ очищенія

⁷⁾ Больн. газ. Боткина 1898 г., стр. 183.

брюшной полости, что может замѣнить собой промываніе. Укажемъ, что наиболѣе опытные въ вопросѣ о перитонитѣ нѣмецкіе авторы, Koerte и Tietze, такъ же безусловно высказываются за примѣненіе дренажа при перитонитѣ. Особенно интересно указаніе Mikulicz.

Высказавшись противъ дренажа въ случаяхъ, гдѣ брюшина здорова, Mikulicz говоритъ¹⁾, что при воспаленіи отношенія радикально измѣняются, и все показанія, говорившія противъ дренажа, теряютъ всякое значеніе, а самый дренажъ въ этихъ случаяхъ становится неизбежнымъ. Къ этому убѣжденію Mikulicz пришелъ на основаніи двухъ своихъ случаевъ и случая Bardeleben'a, приводимыхъ имъ и описанныхъ въ указанной работѣ. Въ двухъ изъ этихъ случаевъ въ послѣдующемъ теченіи разошлась рана, и вытекло сразу большой массой накопившееся и, можетъ-быть, отграничившееся отдѣляемое. „Если бы я примѣнилъ дренажъ“, — пишетъ Mikulicz, — „то въ одномъ изъ этихъ случаевъ значительно бы ускорилось выздоровленіе такъ же, какъ и у Bardeleben'a²⁾, а во второмъ, весьма вѣроятно, больному могла бы быть сохранена жизнь, такъ какъ онъ, несмотря на теченіе, въ другихъ отношеніяхъ благоприятное, погибъ въ концѣ концовъ въ результатѣ рубцового процесса въ брюшной ранѣ“.

Приведу здѣсь еще случаи, гдѣ по собственнымъ указаніямъ авторовъ, ихъ описавшихъ, тотъ или другой исходъ можетъ быть поставленъ въ зависимость отъ примѣненія или непримѣненія дренажа при операціи. Randolph Winslow³⁾, чтобы показать значеніе дренажа изъ марли и тампоновъ, сопоставляетъ свой случай, приведенный подъ № 124 нашей таблицы I, съ слѣдующимъ своимъ же случаемъ. Негръ 25 лѣтъ доставленъ по поводу огнестрѣльнаго раненія живота на 4 дм. выше и кнутри отъ пупартовой связки, полученнаго 1 часъ назадъ. При операціи Пупартовой связки, полученнаго 1 часъ назадъ. При операціи найдены и зашиты раненія тонкой кишки въ 5 мѣстахъ и брызжейки — въ 3-хъ. Выхожденіе кишечнаго содержимаго не было, почему полость живота послѣ промыванія зашита наглухо. Первая 2 сутокъ шло хорошо, потомъ рвота и явленія со стороны брюшины. Примѣненіемъ слабительныхъ и клизмъ удалось вызвать послабленіе на низъ. На 5-й сутки, тѣмъ не менѣе, смерть при явленіяхъ перитонита. На вскрытіи найдены общій перитонитъ

и не зашитая при операціи рана сосѣи, въ которой найдена и пуля. „Въ виду хорошаго теченія до 3-го дня, быть можетъ, тампонада могла вызвать отграниченіе процесса“, думаетъ авторъ. Другой случай описанъ W. Zoega von Manteuffel'емъ⁴⁾. Н. W. 19 лѣтъ вдругъ заболѣлъ во время игры въ лаунъ-теннисъ. Авторъ увидѣлъ больного черезъ 2 сутокъ. Операція при діагностикѣ volvulus сосѣи или invagination. Найдены заворотъ и обширное омертвѣніе всей восходящей толстой кишки. Резекція восходящей толстой и части тонкой кишки, боковой энтероанастомозъ. Операція закончена обширной тампонадой изъ іодоформной марли, такъ какъ при разрѣзѣ вытекло много серозно-кровянистаго экссудата и могло быть подозрѣніе на начало перитонита, хотя брюшина и не была помутнѣвшей. Послѣдовало выздоровленіе. Произвольныя испраженія съ 5-го дня. Авторъ склоненъ приписать благоприятный исходъ этого случая и неразвитіе перитонита примѣненію тампонады.

Приведу еще случай изъ фак. хир. клиники, который мнѣ пришлось наблюдать и изслѣдовать бактериологически, — случай, еще не вошедшій въ отчеты. Въ февралѣ 1900 г. былъ оперированъ больной аппендицитомъ. При операціи найдены плотныя сращения у червеобразнаго отростка, во время раздѣленія которыхъ и выдѣленіи червеобразнаго отростка послѣдній былъ разорванъ, и изъ него вытекло нѣкоторое количество содержимаго на брюшину. Послѣ тщательнаго очищенія вытираніемъ смоченными въ соляномъ растворѣ салфетками, передъ самымъ зашиваніемъ стѣнки живота, я взялъ пробу для бактериологическаго изслѣдованія съ помощью маленькаго стерилизованнаго компресса. Къ культѣ поставлена полоска іодоформной марли и выведена наружу. Бактериологическое изслѣдованіе показало присутствіе *staphylococci albi et aurei* и *bact. coli communis*. Со второго дня у больного развились явленія раздраженія брюшины: тошнота и рвота, боли, вздутіе и отсутствіе отхожденія газовъ и испраженій. При перевязкѣ и удаленіи части полоски вытекло около 1—2 столовыхъ ложекъ серозно-кровянистаго экссудата, бактериологическое изслѣдованіе котораго показало присутствіе большаго количества тѣхъ же микроорганизмовъ. Повязка продолжала промокать отдѣляемымъ. Случай прошелъ благополучно, и съ 3-го дня исчезли всякія опасенія за перитонитъ.

Несомнѣнно, что здѣсь была инфицирована брюшная полость при самой операціи, и начиналось развитіе перитонита, который

¹⁾ Loco cit., 2333.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1885, № 25.

³⁾ Ann. of Surg. XXVIII. 1898, p. 487.

⁴⁾ Samml. kl. V. Neue F. Ser. 9, H. 20, № 260.

однако не распространился, а пошел на излечение. В этом случае, в виду выдвигавшего несомненно инфицированного экссудата, нельзя отрицать значение марлевого дренажа для благоприятного исхода.

Все сказанное выдвигает двойное значение дренажа и особенно капиллярного: профилактическое, как препятствия развитию перитонита при попадании инфекции, и лечебное, как могущественного средства при уже развивающемся воспалении. Это значение дренажа точно отмечает Kelly¹⁾, устанавливая правила и показывая к применению дренажа, который, по его мнению, должен применяться в 3 случаях.

1) При ограниченных абсцессах, 2) при широко распространенном гнойном перитоните, где больной слишком слаб, чтобы подвергнуться лечению по методу, предложенному Finney, 3) профилактически, если было произведено сшивание кишки и могло быть сомнение в том, что шов вполне хорошо налажен, или, если есть основание думать, что самая размыченная ткань не удержит швов. Почти к этим же выводам приходит на основании своего личного опыта проф. Снегирев²⁾.

Переходя к технической стороне вопроса, прежде всего интересно обсудить, какой дренаж лучше — из трубок всякого рода, или капиллярный из марли. Большинство авторов предпочитает комбинацию того и другого, и весьма вероятно кажется, что такая комбинация действительно представляет метод наилучший.

За применение только резиновых трубок, повидимому, стоят немногие хирурги, главным представителем которых оказывается Bode³⁾, но у него метод последовательного ухода совершенно особый. Промыв полость живота при операции и расположив дренажи, он испытывает их проходимость для соляного раствора и затем в первые 2—3 дня повторяет по несколько раз промывание относительно не очень большими (1—2 литра) количествами соляного раствора. Такие промывания, очевидно, должны уносить скопляющийся экссудат, который, быть может, не удался бы достаточно совершенно одними трубками, которые не удалось бы достаточно совершенно одними трубками, которые нужно раньше наполнить, чем из них начнется вытекание.

За дренаж только марлей стоят L. Reinprecht⁴⁾, Kelly, Miku-

licz и Tietze. Они находят, что марля всего совершеннее отсасывает образующийся экссудат, а при кистах Mikulicz'a вбирает в себя большое количество его. Закладывание салфеток и полосок эти авторы предпочитают потому, что, несмотря на образующийся кругом склейки и как бы вращение выделенного брюшинной поверхностью фибрина в марлю, последние, по словам Tietze, продолжают в течение долгого времени отсасывать жидкость, что доказывает промокание повязки. Дренажные трубки потому менее выгодны, что внутренние органы, плотно к ним прилегая, закупоривают конечное и боковые отверстия, предназначенные для притока, и что вокруг них образуются быстро сращения. Важным моментом, говорящим против применения трубок вообще, является, по Tietze и по Koerte, часто вызываемые ими пролежни на кишках и последовательный *anus praefectus naturalis*. По наблюдениям Koerte, однако, далеко не во всех случаях когда получается кишечный свищ, в появлении его можно обвинять дренаж. В некоторых случаях самый воспалительный и гнойный процесс может обусловить изъязвление кишечной стенки, что, по мнению Koerte, было причиной свища в его случае⁵⁾. Проф. Снегирев, отмечая возможность получения пролежней на кишках и каловых свищей от применения резиновых трубок, указывает, что это если и бывает, то всегда в более поздние сроки, не ранее 7-го дня, т.-е. когда дренажи оставались очень долго.

Противники трубок сами указывают и некоторые слабые стороны капиллярного дренажа: марля скоро вызывает обширные склейки и сращения, которые, правда, имеют то хорошее значение, что могут способствовать ограничению процесса и при целесообразном применении дают в руки хирургу могущественное средство в этом направлении. С другой стороны, марля может своим пребыванием вызвать временную непроходимость, и в некоторых случаях непроходимость, как следствие развившихся сращений. Правда, сращения, вызванные марлей, как показал Schnitzler в своих опытах на животных и как показывают клинические наблюдения в нескольких случаях повторных чревосечений, очень хорошо рассасываются впоследствии с восстановлением брюшинного покрова *ad integrum*, однако осложнение может наступить и до этого рассасывания. Конечно, все эти возможности и осложнения, как по сравнительной редкости, так

¹⁾ Loco cit., p. 37.

²⁾ Маточная кривот., 681.

³⁾ Loco cit.

⁴⁾ Beitr. z. kl. Chir. XXVI.

⁵⁾ Arch. f. kl. Chir., стр. 625.

и относительно меньшей опасности для жизни, отступают на задний план перед непосредственной опасностью для жизни при перитонитѣ.

За комбинацію дренажа изъ трубокъ съ тампонадой, при чемъ трубки во избѣжаніе пролежней обертываются марлей, высказывается большинство. Укажемъ имена I. Faure'a, Федорова, E. Forgue'a, P. Gould'a, Koerte, Schuchard'a, Ziegel'я, Зыкова и др.¹⁾ Намъ лично кажется, что комбинація марли и трубокъ, несомнѣнно, наилучшій методъ, такъ какъ трубка и марля дополняютъ другъ друга. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ скопление и образование экссудата идетъ быстро, марля можетъ оказаться недостаточной, такъ какъ всасывая, какъ фитиль, она дѣйствуетъ не такъ быстро. Последний приведенный изъ опыта факультетской хирургической клиники случай, гдѣ, по вытягиваніи полоски, вытекла скопившаяся за ней жидкость, доказываетъ это. Обратно, дренажъ будетъ дѣйствовать, только когда онъ, а слѣдовательно, и брюшная полость, или участокъ, куда онъ введенъ, наполняется такъ или иначе жидкостью. Ясно, что комбинація марли и трубки будетъ дѣйствовать во всякомъ случаѣ, и когда экссудата много, онъ пойдетъ по трубкѣ, а когда его мало, будетъ всосанъ марлей. Примѣненіе трубки, особенно толстой резиновой или толстой стеклянной, какъ у M. Burney, или металлической, какъ у Delangépière'a²⁾, можетъ только облегчить и усовершенствовать отсасываніе жидкости (въ первомъ случаѣ упругость резиновой трубки мѣшаетъ брюшной стѣнкѣ слишкомъ ущепить марлевый фитиль и тѣмъ прекратить по немъ токъ жидкости, а въ двухъ послѣднихъ тоже достигается введеніемъ фитиля сквозь каналъ трубки).

Съ точки зрѣнія физики можно указать еще преимущество такой комбинаціи. Поддерживая свободное сообщеніе съ вѣншимъ воздухомъ, открытая, точнѣе сказать прикрытая лишь пропускающимъ воздухъ слоємъ повязки, дренажная трубка измѣняетъ гидростатическія духъ слоевъ повязки, дренажная трубка измѣняетъ гидростатическія духъ слоевъ повязки, дренажная трубка измѣняетъ гидростатическія условия въ брюшной полости: теперь это не замкнутое пространство, по которому жидкость разливается равномерно, а открытый сосудъ, гдѣ она будетъ стекать ко дну полости, оставляя свободными кишечныя петли, и собираться въ глубокихъ отдѣлахъ, откуда можетъ быть удалена дренажемъ и полосками. Правда, условія въ брюшной полости не совсѣмъ таковы, какъ въ сосудѣ Мариотта, благодаря полативой стѣнкѣ и наполняемымъ воздухомъ кишкамъ, но однако, при свободномъ сообщеніи съ воздухомъ, жидкость легче будетъ

стекать на дно, поднимаясь только по закону капиллярности между петлями кишокъ, и будетъ соприкасаться съ меньшей поверхностью брюшины, отчего должно уменьшиться и всасываніе септическихъ веществъ.

Переходимъ къ самой существенной части вопроса, куда, т.-е. въ какіе отдѣлы брюшной полости, закладывать дренажи и турунды и какое количество ихъ вообще необходимо.

Относительно мѣста, куда вставлять дренажъ, образъ дѣйствія отдѣльныхъ хирурговъ чрезвычайно различенъ. Всѣ практиковавшіеся до сего времени методы примѣненія дренажа могутъ быть раздѣлены на случайные, гдѣ дренажи были расположены безъ особой системы и цѣли, и такіе, гдѣ, располагая дренажи, авторы старались руководиться или тѣмъ, что было найдено при операціи, только, или, кромѣ того, и знаніями анатомическими и патолого-анатомическими. Честь разработки вопроса съ послѣдней точки зрѣнія почти всецѣло принадлежитъ русскимъ врачамъ, и, если бы не работы Mc. Burney и Bode, то принадлежала бы всецѣло русской медицинѣ.

Количество и, если можно такъ выразиться, широта примѣненія также очень разнятся, начиная отъ немногихъ и неглубоко вставляемыхъ полосокъ, какъ у Sonnenburg'a, до введенія значительныхъ количествъ марли или многихъ трубокъ, какъ у Tietze, Mikulicz'a и Bode. Сравненіе результатовъ первого и двухъ послѣднихъ, во всякомъ случаѣ, говоритъ краснорѣчиво за то, что слишкомъ много дренажей лучше, чѣмъ недостаточный оттокъ, если ихъ мало и они не заведены достаточно глубоко.

Уже у тѣхъ лицъ, которые примѣняютъ дренажъ безъ особаго плана съ самаго начала, отмѣчено, что обязательно тампонада и дренажи должны заводиться къ мѣсту первоначальнаго очага болѣзни и въ малый тазъ, который, какъ самый глубокой отдѣлъ брюшной полости, является мѣстомъ первого скопленія воспалительнаго экссудата и кишечнаго содержимаго во всѣхъ случаяхъ болѣе обильнаго изліянія. На это указываютъ G. Barling, I. L. Faure, P. Gould, Koerte, Mikulicz, I. E. Platt, L. Reinprecht, Schulz, Tietze и др. E. Forgue предлагаетъ уже вводить нѣсколько трубокъ и полосокъ въ болѣе глубокие отдѣлы брюшной полости, наконецъ K. Schuchard, замѣтивъ, что довольно часто встрѣчается осложненіе поддиафрагмальнымъ нарывомъ, предлагаетъ кромѣ всего остальнаго непременно заводить полоски марли между печеню и диафрагмой, дренировать гуттаперчевыми трубками оба поддиафрагмальные пространства и bursam omentalem.

¹⁾ Loco cit.

²⁾ Arch. prov. de Chir. 1898, p. 300.

свободно. Чтобы избежать пролежней на кишкахъ, Мс. Bigneу вводитъ рядомъ со стеклинной трубкой нѣсколько полосокъ марли. Такъ дренируется главное мѣсто скопленія экссудата, малый тазъ. Другіе отдѣлы достаточно обезпечиваются, по Мс. Bigneу, оттокомъ путемъ введенія полосокъ марли, которыя онъ вводитъ по *cap. later. dex.* до почки или печени, если туда проникъ экссудатъ, и между кишечныхъ петель, кнутри, если эта область была наполнена экссудатомъ. Область культы *appendix'a* обильно тампонируется и рана остается открытой.

Kelly¹⁾ стоитъ за дренажъ марлевыми подосками, которыя при перитонитѣ должны быть заложены въ большомъ количествѣ. Прежде всего надо обезпечить малый тазъ, который дренируется черезъ срединный нижній разрывъ и *per vaginam*. Одного срединнаго разрыва недостаточно, и боковые отдѣлы Kelly дренируетъ черезъ боковые разрывы надъ мышцами, выпрямляющими позвоночникъ (повидимому, параллельно по краю *m. li recti, abd.?*), куда заводятся полоски въ направленіи боковыхъ каналовъ. Въ подтвержденіе хорошаго дѣйствія своего дренажа Kelly приводитъ очень тяжелый случай разлитого перитонита, который онъ съ успѣхомъ оперировалъ по указанному методу съ промываніемъ въ концѣ вторыхъ сутокъ болѣзни. Bode²⁾, возлагаетъ главную надежду на дренажъ изъ резиновой трубки, который проводитъ поперечно черезъ отверстіе въ корнѣ брыжейки и выводитъ въ боковые разрывы надъ *colon ascendens et descendens*. Кроме этого главнаго дѣйствія еще, смотря по надобности, дренажи дополнительные и рана зашивается. Какъ упоминалось выше, Bode производитъ въ послѣоперационномъ періодѣ повторныя промыванія черезъ свои дренажи.

С. П. Оedorовъ отмѣтилъ, что поперечный дренажъ Bode врядъ ли можетъ оказаться целесообразнымъ, потому что препятствіе перетеканію жидкости оказываетъ не столько продыравливаемый корень брыжейки, сколько выдающийся въ полость живота позвоночникъ. Прибавимъ къ этому, что выведенные надъ толстой кишкой черезъ переднебоковую стѣнку живота концы дренажа обусловятъ положеніе послѣдняго почти непосредственно подъ передней стѣнкой живота, и такимъ образомъ этотъ поперечный дренажъ не только не дастъ стока изъ всѣхъ глубокихъ отдѣловъ, хотя бы верхней части живота, но даже и *sinus mesenterici* не будетъ въ состоя-

ніи освободить отъ застаивающагося содержимаго, которое, какъ показали наши опыты наливанія труповъ, скопляется больше у мѣста прикрѣпленія толстой кишки къ задней стѣнкѣ. Въ отдѣлы, гдѣ главнымъ образомъ скопляется содержимое, останутся въ сферѣ дѣйствія этого дренажа, и отведеніе изъ нихъ экссудата выпадетъ на долю дополнительныхъ трубокъ, которыя, если будутъ удовлетворительно дѣйствовать, должны свести къ нулю дѣйствіе поперечной трубки. Успѣхъ дѣленія у Bode, надо думать, больше зависить отъ тщательнаго вымыванія при операціи и повторныхъ промываній въ послѣдующемъ теченіи, чѣмъ отъ целесообразно-задуманнаго плана дренажа.

Д-ръ Зыковъ¹⁾, разсматривая вопросъ о дренажѣ съ точки зрѣнія анатомическихъ данныхъ и своихъ топографическихъ изслѣдованій, которыя онъ сопоставляетъ съ наблюденіями въ клиникѣ, приходитъ къ заключенію, что для обезпеченія сколько-нибудь полнаго стока изъ полости живота нельзя довольствоваться однимъ разрывомъ, а необходимо накладывать контрапертуры, черезъ которыя и дренировать соответствующія области. Въ виду частоты осложненій поддиафрагмальными нарывами, д-ръ Зыковъ считаетъ необходимымъ обезпечить съ помощью дренажей и тампоновъ стоки изъ пространства между діафрагмой и печенью, а также изъ лѣваго поддиафрагмальнаго пространства и области селезенки, и указываетъ, что для этой цѣли должны быть весьма полезны противотверстія въ поясничной области. Далѣе весьма важнымъ представляется дренажъ полости таза, для чего д-ръ Зыковъ особенно рекомендуетъ дренажъ *per vaginam*.

Наиболѣе подробно съ технической стороны вопросъ разобранъ у С. П. Оedorова²⁾. Основывая свой методъ на клиническихъ наблюденіяхъ, данныя которыхъ въ общемъ сходятся съ тѣми результатами, которые получены и мною при изслѣдованіи на трупѣ и описаны выше, Оedorовъ считаетъ необходимымъ дренировать при разлитомъ перитонитѣ оба боковые канала, *sinus mesenterici* и полость таза. Цѣль эта достигается, какъ показываютъ случаи, оперированные въ факульт. хирург. клиникѣ проф. Боброва, тремя разрывами на передней стѣнкѣ живота: срединнымъ — ниже пупка и двумя симметричными — надъ Пупартовыми связками. Черезъ эти разрывы и заводятся достаточно длинныя дренажи, сообразуясь съ особенностями случая, вверхъ до почки, печени и селезенки

¹⁾ Loco cit.

²⁾ Mitt. aus d. Grenzge. d. Med. u. Chir. Bd. VI, 1, 2.

¹⁾ Дисс.

²⁾ Хир. 1901. Мартъ.

свободного оттока жидкости струей, тогда как в контрапертуры такой отток всегда свободно устанавливался. Вот почему нам кажется, что суть не в этом, а в том, что дренажи верхнего отдела становятся не нужны раньше, чем дренажи нижнего отдела и таза.

Как показали мои опыты и клинические наблюдения, сток в полости живота идет сверху вниз, следовательно и при очищении полости живота верхние отделы должны очиститься раньше нижних, а воспалительный процесс должен прекратиться, затихать в верхнем отделе раньше нижнего. Вскрытия также показывают, что гной всего дольше задерживается в малом тазу. Эти факты позволяют высказаться, что дренажи в поясничной области должны ранее выполнить свое назначение, и тогда конечно прекратить свою функцию выведения экссудата, который уже перестанет образовываться, а самые дренажи должны будут окружиться спайками ранее введенных в таз. Если эти предположения, являющиеся в своем основании научные факты, оказались бы верными, то это не умалило бы значения поясничных противоотверстий, за которыми остается хорошая сторона более скорого очищения верхнего отдела полости живота. Это показало бы, что эти дренажи только должны быть удалены ранее тазовых. Так как по указанию большинства авторов дренажи брюшной полости полезны и должны действовать от 36 час. до 3—5 дней максимум, то понятно, что срок пребывания и действия заложенных в поясничные противоотверстия дренажей и полосок будет еще короче.

Таким образом типическими местами для введения тампонов и дренажей будут срединные разрезы выше и ниже пупка, разрезы, по С. П. Оедорову, над Пупартовыми связками, контрапертуры под концами 12-х ребер и per vaginam через отверстие в заднем свод. Всем этим разрезами надо пользоваться, сообразуясь с особенностями каждого данного случая, применяя ту или другую комбинацию в зависимости от найденных при операции изменений. Мы уже указывали данные о сроке пребывания дренажа в ране: он должен быть удален возможно рано и максимальные сроки не превышают 5—6 дней, так как это ускоряет окончательное выздоровление. Конечно, неблагоприятно было бы сразу удалить очень длинный дренаж, так как в канале возможно было бы образование вторичного гнояника, и поступить в этих случаях так или иначе — зависит от опытности хирурга и особенности случая.

Остается сказать о том, какое положение выгоды придают больному после операции в целях лучшего действия дренажа. С. П. Оедоров указал, что для этого выгоды, вопреки указаниям д-ра Зыкова, положение с приподнятой верхней частью туловища, даже полусидячее. Наши опыты с промыванием заставляют вполне присоединиться к мнению С. П. Оедорова, так как придать больному положение с приподнятым тазом значило бы заставить законы тяжести противодействовать благоприятному действию дренажей. Это совсем не противоречит указанию Kelly, который придает больным положение с приподнятым тазом, но не тогда, когда применяются дренажи, а когда хочет использовать всасывательную способность брюшины, сосредоточенную в области диафрагмы (см. выше), а брюшную полость зашивает наглухо.

При перитоните, при гниении лапаротомии и дренаж, мы стараемся по возможности уменьшить всасывание из брюшной полости в целях ослабления интоксикации, а экссудат отвести наружу с помощью дренажа, следовательно задачи здесь диаметрально противоположны. Вот почему, раз применен дренаж, надо стараться, чтобы экссудат удался из возможно скоро из брюшной полости и по возможности отвлекался от энергичные всасывающих участков брюшины. Понятно, что с этой точки зрения положение с приподнятым тазом нерационально, а приподнятое верхнюю часть туловища полезно, как помогающее лучшему действию дренажей.

Чтобы покончить с вопросом о дренаже брюшной полости, остается рассмотреть клинический материал наших таблиц. Громадное преобладание случаев, леченных с применением дренажа вообще бросается в глаза прежде всего. На все 225 случаев дренаж применялся 192 раза, и только в 33 случаях рана живота зашита наглухо. На первые 192 случая приходится 107 выздоровлений, на вторые 33—19. Такое абсолютное преобладание опубликованных случаев лечения и излечения при применении дренажа независимо от всяких процентных отношений говорит за преимущество способа, и эта сборная статистика абсолютной величины цифр подтверждает результаты сравнения статистик отдельных авторов, работавших с дренажем и принципиально его не применявших.

Чтобы из клинического материала получить данные для суждения о преимуществе разных методов дренажа, я составил из случаев, вошедших в таблицы, I и II сводные таблички цифровых данных по роду болезни и результатам лечения.

Таблица I. (Случаи применения дренажей из трубок, марли и проч., заводимых только к месту первоначального источника воспаления.)

	Источник в верхнем этаже брюшной полости: прободение желудка, дивертикул или желчного пузыря.	Аппендицит.	Тиф.	Подкожные повреждения	Прочия причины.
Общее число {	16 {	27 {	5 {	2 {	5 {
Выздоровело	13	8	1	1	4
Умерло	3	19	4	1	1
Встречались последующия осложнения	0	1	0	0	0
Итого 55 {	27				
	28				
	1				

Таблица II. Случаи, где применялись те же дренажи с целью действовать более широко на брюшную полость.

Общее число {	28 {	55 {	5 {	7 {	25 {
Выздоровело	12	36	4	3	13
Умерло	16	19	1	4	12
Встречались последующия осложнения	5	1	0	1	0
Итого 120 {	68	и в 17 случаях таблицим способом дренажа не описан.			
	52				
	7				

Абсолютное число выздоровевших и относительное, чему и придаю по вышеуказанным причинам меньше значения, красноречиво говорит за преимущество применения более широко действующего на брюшную полость дренажа. Более широкому дренажу, кажется, можно предъявить упрек в более частом появлении последовательных осложнений, но цифра их очень не высока с одной стороны, с другой — не надо забывать, что,

быть может, именно благодаря дренажу, более успешно действующему, больные могли доживать до срока, когда развиваются осложнения.

Следующая таблица имеет целью показать значение материала, служившего для дренажа.

	Всего.	Выздоровело.	Умерло.	Осложнений.
Дренаж только из марли	72	34 (47,2%)	38	0
только из трубок	41	23 (56,1%)	18	0
из труб. и марли	62	38 (61,3%)	24	6.

Как видно, цифровые данные таблиц подтверждают все приведенные выше данные о применении дренажа. То обстоятельство, что при применении комбинированного дренажа из трубок и марли встречались осложнения в последующем течении, не должно смущать, потому что следует помнить, что более сложные дренажи применялись и применяются вообще в более трудных случаях с широко распространенной инфекцией брюшной полости.

Не подлежит сомнению, что опорожнение вздутого кишечника от содержащихся газов и разлагающихся, в большинстве случаев жидких, фекальных масс является весьма желательным в видах уменьшения внутрибрюшного давления, ауто-интоксикации путем всасывания из кишечника и уменьшения вероятности на заражение брюшной полости путем эмиграции микроорганизмов из кишечника. Кроме того после такого опорожнения скорее и легче восстанавливается двигательная функция, а с ней и проходимость парализованного кишечника. В виду этого многие хирурги: Lookwood, Mixter, Marsch, Spergel, Helfferich, Finné, Mc. Cosch, Schlange, Bergmann и друг., предлагали принимать меры к опорожнению кишечника уже при самой операции.

Мы считаем возможным не говорить здесь о приеме кишечника прокола через брюшную стенку иглой Праватца с целью выпуска газа, как о приеме, который в настоящее время должен считаться осужденным и оставленным. Если мы высказались, что неопозволительно делать пробные уколы с целью распознавания экссудата, так как есть опасность уколоть кишку, то, конечно, сознательно колоть кишку — будет более чем неопозволительно.

Для опорожнения при операции предложено было несколько приемов: пункция труакаром, выпускание через поперечный раз-

О микрорганизмах, имеющих целью опорожнить и очистить кишечник при самой операции.

рѣзъ кишки, наконецъ, наложеніе *anus praeternaturalis*, которое такъ защищаетъ д-ръ Зыковъ. Совсѣмъ особые приемы предложены Мс. Cosch'емъ и Zoegе von Mantoufel'омъ. Первый авторъ, съ цѣлью вызвать скорѣе послабленіе на низъ, предлагается вводить въ высочій отдѣлъ тонкой кишки растворы слабительныхъ солей, вприскивая ихъ съ помощью шприца и полой иглы въ петлю кишки и закрывая затѣмъ мѣсто укола швомъ серозной оболочки. Второй вводитъ длинную толстую резиновую трубку или желудочный зондъ *per rectum* и, помогая себѣ черезъ лапаротомную рану, въ то время, какъ помощникъ продвигаетъ зондъ въ прямую кишку, проводитъ его до *colon transversum*. Этотъ приемъ по З. в. М. прекрасно опорожняетъ толстую кишку отъ газовъ и испражнений, позволяя еще примѣнять промываніе, и совершенно исключаетъ возможность зараженія брюшной полости, — недостатковъ, отъ котораго первый рядъ приемовъ далеко не свободенъ.

Очень убѣжденнымъ сторонникомъ пункции кишки является Kocher¹⁾. „Удивительно какъ послѣ этой мѣры быстро проходитъ общій коллапсъ“, пишетъ онъ, объясняя это явленіе тѣмъ, что общій коллапсъ зависитъ прежде всего отъ отравленія всасывающимися изъ кишечника токсическими веществами. Въ доказательство своего положенія Kocherъ приводитъ свой случай общаго перитонита при аппендицитѣ, сообщенный Blutner'омъ. Случай этотъ былъ лѣченъ оперативнo, при чемъ полость живота очищена обильнымъ промываніемъ содово-солянымъ растворомъ и послѣдующимъ обтираніемъ кишекъ марлей, смоченной въ растворѣ лиола, послѣ предварительной резекціи червеобразнаго отростка. Больной сталъ было поправляться, но на 5-й сутки умеръ при явленіяхъ коллапса. Вскрытіе показало, что перитонитъ излѣченъ, въ полости живота все хорошо, и найдено лишь нѣсколько небольшихъ спаекъ. Кишечныя петли были наполнены жидкими желтыми испражнениями, всасыванію составныхъ частей которыхъ Kocherъ и приписываетъ смерть своего больного. „Тогда, — пишетъ Kocher, — я сыскалъ смерть своего больного. Тогда, — пишетъ Kocher, — я сыскалъ смерть своего больного. Тогда, — пишетъ Kocher, — я сыскалъ смерть своего больного. Тогда, — пишетъ Kocher, — я сыскалъ смерть своего больного.“

Однако далеко не всѣ держатся такого мнѣнія, какъ Kocher, и, несмотря на всю важность опорожненія кишечника, отказываются отъ пункции и надрѣзовъ главнымъ образомъ изъ-за опасености самаго предпріятія. Такъ Koerte²⁾ не советуетъ прибѣгать

къ этимъ приемамъ по слѣдующимъ соображеніямъ: 1) оперативное вмѣшательство неизбежно затягивается, 2) зашиваніе сдѣланныхъ отверстій далеко не вѣрно, такъ какъ приходится шить воспаленную ткань кишечной петли, наконецъ, 3) вмѣстѣ съ опорожненіемъ кишки, нерѣдко наступаетъ коллапсъ и смерть больного. Прибавимъ, что не указано главное — парализованный кишечникъ плохо опорожняется и дѣло не идетъ дальше ближайшихъ къ мѣсту укола или разрѣза кишечныхъ петель, такъ что главная цѣль всего вмѣшательства остается недостигнутой. Случай перитонита совсѣмъ не могутъ идти въ этомъ отношеніи въ параллель со случаями острой или хронической непроходимости, не сопровождающейся параличомъ вышеуказаннаго отрѣзка кишечника.

Zoegе von Mantoufel¹⁾, разбирая вопросъ, прежде все указываетъ на возможность инфекціи брюшной полости. На основаніи большого личнаго опыта онъ не согласенъ съ Kocher'омъ. При выходѣ газовъ и испражнений изъ отверстія труакара или изъ разрѣза брызжетъ кругомъ. „Отъ этого“, — говоритъ З. в. М. — „правда можно защититься, но это обстоятельство дѣлаетъ необходимымъ двоихъ лишнихъ помощниковъ, которые, выполнивъ пункцию, дальше становятся не годными для операціи, такъ какъ въ высшей степени загрязняютъ руки“. Слѣдовательно, этотъ приемъ можно безъ боязни и съ покойной совѣстью продѣлывать лишь при условіи большого персонала. Съ цѣлью лучше обезпечить постоянный выходъ кишечнаго содержимаго и газовъ, д-ръ Зыковъ выступаетъ съ предложеніемъ дѣлать *fistulam sternalem*, и не одну, а двѣ, три, вообще нѣсколько. Насколько можно судить по диссертации, авторъ не примѣнялъ своего предложенія у постели больного, и въ случаѣ излѣченія перитонита, который онъ сообщаетъ, дѣло обошлось безъ *anus praeternaturalis* и безъ пункции. Теоретически съ предложеніемъ д-ра Зыкова можно еще менѣе согласиться, чѣмъ съ предложеніемъ Kocher'a и др., которая отвергаетъ Koerte. Всѣ мотивы, которые служатъ послѣднему, очень опытому въ вопросѣ о перитонитѣ, автору основаніемъ, чтобы отказаться отъ пункции, получаютъ еще большій вѣсъ при обезужденіи вопроса о фистулѣ.

Чтобы хорошо, съ увѣренностью, что не попадетъ инфекция въ брюшную полость, шить кишку для образованія *anus praeternaturalis*, самому лучшему-технику хирургу нужно не менѣе 25—30 минутъ, — сколько же времени должна продолжаться операція, если

¹⁾ Ueber Neus. Mit. a. d. Gr. d. Med. u. Chir. 1898. B. IV. H. 2.

²⁾ Loco cit. 106.

ко времени, нужному для мѣропріятій противъ перитонита собственно, прибавить время, нужное для того, чтобы наложить 2—3 кишечныя фистулы? Это далеко зайдетъ за самые широкіе предѣлы, какіе можно допустить, оперируя ослабленнаго, готоваго къ коллапсу, больного. Далѣе, какъ совмѣстить ту грязь, которая неизбежна при существованіи *fistulae stercoralis* съ дренажемъ полости брюшины, необходимость котораго д-ръ Зыковъ не только не отрицаетъ, но считаетъ доказанной? Всѣмъ извѣстно, какъ быстро послѣ наложения кишечнаго свища, особенно на тонкія кишки, вся повязка промокаетъ жидкимъ кишечнымъ содержимымъ, которое разливается по всей поверхности живота, пачкаетъ постельное бѣлье и, несмотря ни на какой уходъ и частоту перевѣны повязокъ, распространяетъ такой запахъ, что этихъ больныхъ всегда приходится держать въ отдѣльныхъ палатахъ. Какъ совмѣстить все это съ незащищенной раной брюшной полости, которая и безъ *anus praeternaturalis* требуетъ самаго тщательнаго ухода, чтобы избѣгнуть вторичной инфекціи брюшины (см. выше)? Авторъ ни слова не говоритъ о всѣхъ этихъ затрудненіяхъ. Прибавимъ, что при парализованныхъ кишкахъ и *anus praeternaturalis* мало помогаетъ дѣлу опорожненія, такъ какъ опорожняются лишь небольшой, прилежащій къ мѣсту фистулы, отдѣлъ кишечника.

Чтобы не быть голословнымъ, приведу соответствующій случай изъ опыта фак. хирург. клиники (№ 1279 Отчета). Операция при діагностикѣ разлитого септического перитонита въ результатѣ внутренняго ущемленія на 4-я сутки отъ момента заболѣванія. По вскрытіи живота найдены тонкія кишки въ спавшемся состояніи, толстыя — сильно вздуты. Найти мѣсто ущемленія не удалось, почему, въ виду большой слабости больного, сдѣланъ *anus praeternaturalis* въ восходящей толстой кишкѣ. Изъ фистулы вышло не болѣе 2 стакановъ жидкихъ желтыхъ фекальныхъ массъ, очень вонючихъ, и это послѣ 5-дневнаго отсутствія стула. Смерть въ тотъ же день. На вскрытіи найдены свѣжіе острые обиды перитонитъ и обильныя старыя, плотныя сращенія по тракту поперечной ободочной кишки. Вѣроятно здѣсь и былъ перегибъ, послужившій источникомъ непроходимости и перитонита и развернутый или при операциі, или самопроизвольно. Другихъ причинъ перитонита не найдено.

Наконецъ нельзя оставлять безъ вниманія и тотъ фактъ, что кишечная фистула въ результатѣ явится тяжкимъ и мучительнымъ для больного и въ то же время, какъ указано ранѣе, трудно излѣчимымъ и не безопаснымъ осложненіемъ (Koerte). Всѣ эти данныя

позволяютъ высказаться, что если кишки такъ вздуты, что является вопросъ объ опорожненіи ихъ немедленно, лучше дѣлать пункцию, тѣмъ болѣе, что этотъ приемъ можетъ быть выполненъ довольно скоро и потому дѣйствительно профланъ на нѣсколькихъ отдѣлахъ кишечника. Замѣтимъ впрочемъ, что въ фак. хир. клиникѣ по возможности избѣгаются всякія вскрытія просвѣта кишки, которая при Бобровѣ считается всегда весьма нежелательнымъ осложненіемъ операциі.

Гораздо симпатичнѣе приемы *Mc. Cosch'a* и *Zoege v. Manteufel'a*. Такъ какъ употребленіе слабительныхъ теперь громаднымъ большинствомъ хирурговъ считается первымъ показаннымъ мѣропріятіемъ при перитонитѣ (этому предмету мы отведемъ по его важности побольше мѣста при описаніи послѣдовательнаго ухода), то приемъ *Mc. Cosch'a* является лишь шагомъ впередъ въ томъ же направленіи: рвота мѣшаетъ приему слабительнаго, и послѣднее не можетъ быть дано больному до ея прекращенія; введеніе средства прямо въ кишку допускаетъ эту возможность. Существуютъ указанія, что крѣпкіе растворы солей, рекомендуемые *Mc. Cosch'емъ*, раздражаютъ и очень вредно дѣйствуютъ на слизистую кишки, но ихъ можно не примѣнять: ничто не мѣшаетъ вливать тѣ же натуральныя слабительныя воды, *ol. ricini* и проч. Важенъ принципъ, который даетъ новый путь для полученія желаемаго благоприятнаго воздѣйствія. Приемъ *Z. v. M.* также очень интересенъ и даетъ возможность хорошо опорожнить толстую кишку, тѣмъ болѣе, что этому опорожненію, по указанію автора, можно помогать, слегка сжимая кишку непосредственно рукою. Въ одномъ изъ своихъ опытовъ на трупѣ, у котораго толстыя кишки были очень вздуты, я испыталъ этотъ приемъ. Трубку, толщиною больше пальца, мнѣ легко удалось провести чрезъ *flexura sigmoidea* и по *colon descendens* до угла *col. transv.*, при чемъ помощникъ проталкивалъ ее въ *rectum*, а же руками помогалъ ей прохожденію чрезъ *flexura sigmoidea*, надвигая послѣднюю на трубку. При разрывѣ отъ пупка до лобка это хорошо удается. Черезъ трубку газы отходили при легкомъ нажатіи на кишку и сами подвигались отъ соесисъ, которое замѣтно спадалось. Такъ какъ парализъ кишекъ на трупѣ уже безусловно полный, то, слѣдовательно, опорожненіе толстыхъ кишекъ до соесисъ отъ газовъ вполне возможно и у перитонитика съ парализованной кишечной мускулатурой. Весьма вѣроятно, что при этихъ условіяхъ промываніемъ можно достигнуть очищенія и отъ каловыхъ массъ. Этого я впрочемъ не пробовалъ на трупѣ за недостаткомъ подходящихъ приспособленій.

Въ фак. хир. клиникѣ уже давно и съ большимъ успѣхомъ пользуются введеніемъ трубокъ per rectum, для чего служатъ короткіе oesophagoscopes или, еще лучше, полутвердые конскіе катетры, у которыхъ только надо сдѣлать конецъ, такъ какъ черезъ мелкія боковыя отверстія плохо идетъ отдѣленіе и газы, и особенно экскременты. Основываясь на этомъ опытѣ клиники, я могъ бы сказать, что пріемъ Zoega v. Manteuffel'я долженъ давать тѣ прекрасные результаты, о которыхъ пишетъ его авторъ. Особенно цѣнно въ этомъ пріемѣ то, что все выдѣляющееся идетъ по трубкѣ подѣ операционный столъ, и нѣтъ никакой опасности инфицировать брюшину во время всѣхъ манипуляцій.

Просмотръ таблицъ съ этой точки зрѣнія вполне подтверждаетъ наши заключенія. Наложеніе свища было предпринято 4 раза: 1-й разъ при прободеніи язвы желудка, за невозможностью зашить прободеніе, оно было фиксировано въ рабѣ трубкой, дѣйствовавшей на подобіе пуговицы Murphy: эта больная выздоровѣла и свищъ закрылся произвольно въ 7 недѣль. Въ остальныхъ 3 случаяхъ былъ наложенъ кишечный свищъ.

1 разъ — на тонкую кишку при подкожномъ разрывѣ. Больной оправился отъ перитонита, но умеръ при повторной операціи, которая была предпринята для закрытія кишечнаго свища. Наконецъ, въ двухъ послѣднихъ случаяхъ былъ наложенъ свищъ на толстую кишку, разъ на col. transvers. и разъ на flexura sigm. по поводу прободенія язвы. Оба эти больные умерли (№№ таб. III. 19. I. 78. I 10, III 5).

Пункція кишки среди случаевъ нашихъ таблицъ примѣнялась 6 разъ (№№ I. 65, 66, 81, 110. П. 16, 33). Поводомъ къ примѣненію обыкновенно служила трудность обратнаго вправленія кишки. 5 больныхъ выздоровѣло, 1 умеръ, и въ его исторіи болѣзни находимъ примѣчаніе, что до пункціи съ кишками долго возились, стараясь ихъ вправить (№ 16), да кромѣ того случай этотъ представлялъ внутреннее ущемленіе, вообще дающее очень большую смертность. Случай № 110 касался прободенія желчнаго пузыря, въ остальныхъ 4 былъ прободной аппендицитъ. Какъ видно, и эти статистическія данныя во всякомъ случаѣ говорятъ не въ пользу кишечныхъ свищей.

Послѣ того, какъ заложенъ дренажъ и окончены всѣ, считающиеся необходимыми, оперативные пріемы, рана, если она была велика, частью зашивается. Здѣсь надо еще разъ упомянуть, что зашивать рану надо въ мѣру, чтобы не ущемить сильно тампонавъ и тѣмъ не затруднить оттока. Съ другой стороны, если ее

оставить слишкомъ свободной, то при кашлевыхъ и рвотныхъ движеніяхъ возможно послѣдовательное выпаденіе кишечныхъ петель. Эти два факта надо имѣть въ виду при окончаніи операціи, и мы уже говорили объ этомъ при обсужденіи вопроса о дренажѣ.

Далѣе слѣдуетъ накладываніе повязки. Опытъ фак. хир. клиники показалъ, что лучше въ этихъ случаяхъ положить на рану въ 1—2 слоя іодоформную марлю, затѣмъ стерилизованную повязку. Повязка должна быть непрѣменно велика, охватывать кругомъ тѣло, и простираться къверху до половины грудной клѣтки, прикрывая внизу лобокъ и верхъ бедеръ. Это необходимо въ виду тщательнаго охраненія раны отъ послѣдовательной инфекции. Повязка не должна быть наложена туго, такъ какъ будетъ мѣшать свободному дыханію, что можетъ дурно вліять на слабаго больного, но въ то же время не должна быть очень слаба и должна оказывать нѣкоторое давленіе на область раны, такъ какъ при незашитой брюшной полости это должно гарантировать отъ выпаденія дренажей и полосокъ, особенно въ первые часы, и отъ вторичнаго выпаденія кишечныхъ петель, что было бы особенно возможно при большихъ незащищаемыхъ разрывахъ, какъ у Mikulicz'a или Israël'я. Вместе съ тѣмъ повязка не должна быть чрезмерно толста. Опытъ факульт. хир. клиники показалъ, что это не мѣшаетъ ей также скоро промокать, но дѣлаетъ ее болѣе тяжелой и мѣшаетъ дѣйствию прикладываемого при послѣдующемъ лѣченіи наружно холода и тепла. Со стола больного переносятъ обязательно въ хорошо нагрѣтую предварительно кровать и принимаютъ всѣ мѣры къ согреванію тѣла его, обкладывая теплыми бутылками и мѣшками съ горячею водой и помѣщая въ положеніе на спинѣ, съ согнутыми ногами, для чего подъ колѣни подкладывается толстый мягкій валикъ, какъ вообще послѣ лапаротоміи.

ГЛАВА V.

Въ высшей степени важнымъ для результата является послѣдующій уходъ, особенно въ теченіе первыхъ сутокъ послѣ операціи. Перенесшій тяжелую операцію, слабый, наклонный къ развитію коллапса больной долженъ быть предметомъ самаго тщательнаго вниманія врача, главная забота котораго первое время должна быть направлена на поддержаніе общаго состоянія больного и прежде всего сердечной дѣятельности. Примѣненіе всего арсенала имѣющихся въ нашемъ распоряженіи возбуждающихъ средствъ здѣсь прежде всего показано. Подкожныя инъекціи возбуждающихъ: эофра,

Уходъ за
больнымъ
послѣ опе-
раціи.

Послѣдніе
моменты опе-
раціи: заши-
ваніе раны,
окончаніе
операціи,
повязка.

камфоры, кофенна рекомендуются всѣмъ, и особенно сочувственно большинство отзывается о дѣйствіи вина, которое дается, если возможно, маленькими глотками или *per rectum*. По Gr. Smith'у, алкоголь не только прекрасное возбуждающее для сердца, но имѣетъ еще значеніе болеутоляющаго и въ этомъ смыслѣ можетъ до извѣстной степени замѣнить морфій. Monod и Vanverts совѣтуютъ шампанское. Намъ кажется, что, несмотря на испытанное прекрасное дѣйствіе этого вина, какъ возбуждающаго сердечную дѣятельность и дѣятельность почекъ, перитонитъ представлять случаи, гдѣ примѣненіе его, въ виду большого содержанія газовъ и сахара, требуетъ особой осмотрительности изъ опасенія вызвать увеличеніе метеоризма.

Robert Abbé, Gr. Smith, Kelly и многіе другіе англійскіе и американскіе хирурги очень хвалятъ и постоянно назначаютъ подкожныя инъекціи стрихнина (0,001 на инъекцію) и рѣже другихъ тоническихъ средствъ — дигиталина, строфантина, атропина. Въ Европѣ средства эти мало примѣняются, какъ возбуждающія. Monod и Vanverts ихъ совѣтуютъ, но, сердечную дѣятельность. Monod и Vanverts ихъ совѣтуютъ, но, кажется, также больше со словъ англійскихъ авторовъ. Koerte говоритъ, что отъ подкожнаго введенія сердечныхъ средствъ (строфантина) онъ не видалъ особой пользы.

Опытъ факульт. хир. клиники показалъ, что наиболѣе заслуживаютъ вниманія кофеннъ, камфора и вино, дѣйствіе которыхъ всегда можно очень наглядно видѣть; опытовъ съ стрихниномъ и подкожными впрыскиваніями сердечныхъ средствъ мы не имѣли.

Очень хорошее возбуждающее средство представляютъ небольшие клизмы (въ $\frac{1}{2}$ до 1 стакана) изъ горячаго соляного раствора, а еще лучше, заимствованныя у проф. Kocher'a въ его пріѣзды въ Москву, клизмы изъ крѣпкаго чернаго кофе съ примѣсью небольшого количества, 1—2 чайныхъ ложекъ, коньяку или спирта. Эти клизмы съ примѣсью вина очень одобряются и большинствомъ европейскихъ хирурговъ, англчанъ и американцевъ, и у насъ уже показали свое хорошее дѣйствіе.

Особенно хорошую репутацію, какъ возбуждающее сердечную дѣятельность во время операціи и въ послѣоперационномъ періодѣ, получило въ послѣднее время подкожное вливаніе соляного раствора. Средство это введено, какъ возбуждающее и поддерживающее дѣятельность сердца во время операціи, впервые въ Россіи проф. Бобровымъ¹⁾ и получило въ послѣднее время широкое

распространеніе и твердо установленную репутацію, такъ что перечислять имена хирурговъ, давшихъ хорошіе отзывы объ этомъ средствѣ значило бы представить имена почти всѣхъ оперировавшихъ при перитонитѣ, послѣ каковой операціи примѣненіе подкожнаго или внутрѣ-веннаго вливанія соляного раствора составляетъ почти правило. Д-ръ Зыковъ посвятилъ цѣлую главу своей диссертациі собранію и оцѣнкѣ опубликованныхъ физиологическихъ изслѣдованій по вопросу о дѣйствіи и вліяніи на организмъ введенія въ кругъ кровообращенія физиологическихъ соляныхъ растворовъ. На основаніи приводимыхъ изслѣдованій можно заключить, что введеніе соляного раствора несомнѣнно ускоряетъ и усиливаетъ выдѣленіе и выведеніе изъ организма растворимыхъ веществъ. Особенно убѣдительно въ этомъ отношеніи опыты Shaeffer'a съ введеніемъ въ кровь *kalii ferro-cyanati*, выдѣленіе котораго мочою завершалось въ $\frac{3}{4}$ часа при вливаніи соляного раствора, и у тѣхъ же животныхъ требовало до 4 $\frac{1}{2}$ часовъ и болѣе, если соляной растворъ не вводился. Этого рода факты дали возможность Cohnheim'у, Aschard'у и друг. предложить методъ лѣченія при инфекціонныхъ болѣзняхъ и отравленіяхъ нѣкоторыми ядами, состоящій въ обильномъ введеніи соляного раствора, а Dastre и Loué пытались даже установить постоянный токъ жидкости черезъ организмъ, урегулировать притокъ соляного раствора такъ, чтобы онъ равнялся выдѣляемому всѣмъ выдѣлительными органами за то же время количеству воды. Всѣ эти способы такъ называемого „промыванія организма“ имѣли цѣлью ускорить выведеніе продуктовъ распада и токсиновъ изъ организма, а циркулирующіе въ крови разжижить и тѣмъ уменьшить ихъ вредъ для организма. Это же средство было предложено Michaux¹⁾ для лѣченія перитонита.

Что касается до количества могущей быть введенной жидкости, то для здоровыхъ животныхъ найдено, что 8% жидкости по вѣсу животнаго можетъ быть введено въ кругъ кровообращенія безъ серьезныхъ функціональных нарушеній. Въ вышеуказанныхъ опытахъ Dastre и Loué пропускали черезъ организмъ собаки въ нѣсколько часовъ количество жидкости до $\frac{1}{2}$ его вѣса.

Опасность очень большихъ количествъ жидкости заключается въ переутомленіи сердца и въ смерти отъ нарушенія функціи этого органа. При физиологическихъ опытахъ найдено, что такіа нарушенія начинались иногда при введеніи жидкости въ количествѣ

¹⁾ Лѣт. Р. Хир. 1891, № 3.

¹⁾ Soc. de Chir. de Paris. Janv. 1896.

38%, вѣса тѣла опытнаго животнаго. Что касается примѣненія введенія солянаго раствора въ клинѣкъ, то при немъ, конечно, никогда не восходили до такихъ огромныхъ количествъ жидкости. Такъ, по указанію Зыкова, максимальное количество вводилъ проф. Sachli, и оно равнялось 6 литрамъ pro die¹⁾. Самому автору также приходилось впрыскивать большія количества солянаго раствора, который онъ, впрочемъ, точнѣе не указываетъ. Такимъ образомъ опасность, которую могло бы представитъ вливаніе очень большихъ количествъ солянаго раствора, заключается въ переутомленіи и истощеніи сердечной мышцы, на работу которой, въ сущности, и возлагается выведеніе изъ организма введенной въ него жидкости. Уже старинныя клиническія наблюденія надъ страдающими сердечными расстройствами установили этотъ фактъ, изъ котораго и вытекло правило ограничивать употребленіе жидкости для лицъ, страдающихъ недостаточностью сердечной мышцы. Понятно поэтому, что благоприятное воздѣйствіе, въ смыслѣ удаленія изъ организма патологическихъ продуктовъ и отравляющихъ веществъ отъ промыванія организма очень большими количествами вводимаго солянаго раствора, можно будетъ ожидать только при условіи еще достаточно хорошей сердечной дѣятельности. Съ этимъ фактомъ надо непременно считаться у больного перитонитомъ, у котораго сердечная дѣятельность всегда подавлена, а потому перегружать его сердце очень большимъ количествомъ введенной въ организмъ жидкости не должно быть такъ безопасно, какъ это отмѣчено физиологіей для организмовъ здоровыхъ: здѣсь предѣлъ долженъ лежать гораздо ниже.

Всѣ эти соображенія могутъ касаться только лѣченія промываніемъ организма и совсѣмъ не относятся къ дѣйствію солянаго раствора, какъ средства возбуждающаго сердечную дѣятельность, такъ какъ для послѣдней цѣли, какъ показываетъ опытъ, достаточно относительно очень небольшого количества солянаго раствора.

Въ факультетской хирургической клиникѣ, согласно мнѣнію проф. А. А. Боброва, обыкновенно, не впрыскиваютъ болѣе 50—100—150 куб. с. за разъ, и этихъ количествъ всегда бываетъ достаточно для поднятія сердечной дѣятельности. За время всей операціи рѣдко вводятъ болѣе 300—400 куб. с., а за сутки никогда не шли выше 1000—1500. Кромѣ того, вливаніе всегда производится въ подкожную клетчатку бедра, стѣнки живота или груди и никогда не производится прямо въ сосуды, артерію или вену.

¹⁾ Диссертация, стр. 135.

Вливаніе въ послѣднюю могло бы быть оправдано, развѣ въ случаѣ очень остраго малокровія или такого крайняго паденія сердечной дѣятельности, когда уже нѣтъ никакого всасыванія изъ клетчатки, всасываніе изъ которой, обыкновенно, идетъ на глазахъ, и въ 5—10 минутъ совершенно исчезаетъ большой инфильтратъ, получающійся на мѣстѣ вливанія 50—75 куб. с. раствора.

Что касается до вліянія вливанія солянаго раствора на теченіе самого болѣзненнаго процесса, то мнѣ кажется, что нужно вполне присоединиться къ мнѣнію С. П. Оедорова, который не ждетъ особаго куративнаго дѣйствія въ смыслѣ вліянія на самый болѣзненный процессъ, какъ думаютъ предлагавшіе этотъ методъ авторы. Дѣйствительно, трудно представить себѣ, какъ могло бы поддѣйствовать введеніе раствора въ кругъ кровообращенія на мѣстный болѣзненный процессъ, зависящій отъ развитія инфекціи въ полости брюшины, при условіяхъ, если не предпринимается мѣстнаго хирургическаго лѣченія. При условіяхъ послѣдняго, напротивъ, мы можемъ ждать многого отъ вливанія солянаго раствора, такъ какъ опыты Kinscherf'a показали, что оно понижаетъ всасываніе изъ брюшной полости значительно и тѣ животныя, которымъ Kinscherf вводитъ въ полость брюшины стрихнинъ, безъ предварительнаго введенія въ кругъ кровообращенія солянаго раствора, умирали, несмотря на промываніе полости брюшины, напротивъ, тѣ, которыя предварительно получали такое введеніе, могли быть спасены промываніемъ. Фактъ этотъ показываетъ, что въ введеніи солянаго раствора подъ кожу или въ сосуды мы имѣемъ хорошее средство, чтобы послѣ операціи уменьшить всасываніе изъ брюшной полости.

Принимая же во вниманіе, что дренажъ будетъ послѣ операціи удалять токсины изъ полости живота, мы можемъ подкожнымъ вливаніемъ избавить организмъ отъ извѣстной порціи токсиновъ, которые безъ того были бы всосаны. Пользы отъ этого дѣйствія вливанія, конечно, нельзя ждать при отсутствіи хирургическаго вмѣшательства, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ септическіе продукты останутся въ брюшной полости и будутъ всосаны, когда пройдетъ дѣйствіе раствора. Быть можетъ, въ силу этихъ же соображеній, было бы полезно дѣлать подкожное вливаніе 200—300 куб. с. физиологическаго раствора и передъ самой операціей, не говоря о томъ, что такое вливаніе оказало бы услугу и въ смыслѣ поддержанія дѣятельности сердца.

Примѣненіемъ возбуждающихъ и искусственнымъ согрѣваніемъ тѣла больнаго стараются поднять его силы и улучшить его общее состояніе, что и является первой задачей послѣдовательнаго

ухода в послеоперационный период. Вторая задача — способствовать восстановлению функции желудочно-кишечного канала. Со стороны последнего, обыкновенно, еще остается много тяжелых симптомов. Рвота, которая, обыкновенно, не прекращается, а, напротив, еще поддерживается неизбывным, хотя и осторожным, наркозом, является очень тяжелым для больного и, по указанным выше причинам, неприятным для врача явлением. Ее стараются победить, применяя все известные для этого средства: глотание кусочков льда, в некоторых случаях маленькие глотки очень горячего чая или кофе оказывают хорошее действие. Если рвота обильная и желчными массами, большое облегчение может быть промывание желудка, рекомендуемое Koerte, которое может быть повторено, если рвота опять станет обильной; освобождая желудок от затекающего фидеа, разлагающегося кишечного содержимого и желчи, промывание приносит субъективное облегчение больному.

Вз. факульт. хирург. клиник применяются, как хорошее средство против тошноты и рвоты, небольшие внутренние приемы кокаина: обыкновенно дается от $\frac{1}{2}$ до 1 куб. с. 1%-ного раствора кокаина, что особенно при пустом желудке, когда тошнить и рвать одной слезью или желчью посты наркоза, дает хорошие результаты.

Предметом дальнейших работ должно быть восстановление кишечной проходимости. Мы уже указали выше, что опорожнение кишечника многими считалось столь важным, что являлось показателем к принятию специальных мер при самой операции. Действительно, послабление на низ и отхождение газов, с одной стороны, является чрезвычайно благоприятным и обнадеживающим признаком, с другой — развитие урчания, аутоинтоксикации из кишечника и изучение условий возникновения и развития перитонита выдвигают все более и более значения всасывания продуктов разложения кишечного содержимого и развития в последние микроорганизмов, которые при кишечной непроходимости становятся быстро вирулентными и патогенными и получают способность эмпиривировать из кишечника в подости брюшины (Noetzel, Nepveu, Garré, Reichel, Multanowsky, Kocher и др.).

Вопрос о назначении слабительных и описи много дебатировался и до сих пор еще остается окончательно не решенным, для случаев заболевания внутренних органов, грозящих перитонитом, и для случаев уже выраженного перитонита, в частности для аппендицита, где этот вопрос до сих пор продолжает

быть предметом самых оживленных дебатов в научных собраниях. В этой области, которую пнзцы называют «пограничной между хирургией и терапией», встречаются мнения терапевтов и хирургов: первые в общем стоят за опи́й, вторые, отвергая опи́й вообще, настаивают на том, что во многих случаях показаны и нужны слабительные.

Общая возражения, которые приходится постоянно высказывать против применения слабительных, сводятся къ тому, что они, вызывая усиленную перистальтику, могут способствовать прободению готовых прорваться внутренних органов; что они, вызывая перистальтические движения, мѣшают образованію сращеній и способствуютъ разнесению инфекции по брюшной полости. Для случаевъ перитонита, подвергшихся уже оперативному вмѣшательству, естественно, отпадаетъ первое возраженіе, считаемое главнымъ, хотя для насъ лично оно уже потому совершенно не убѣдительно, что въ то время какъ несомнѣнно доказано, что отъ употребленія опиума, благодаря прекращенію перистальтики, развивается общій и мѣстный метеоризмъ, далеко не ясно, что собственно болѣе можетъ способствовать прорыву истонченнаго мѣста — перистальтические движения или то колоссальное вздутіе, которое не рѣдко приходится наблюдать и благодаря которому стѣнки кишокъ растягиваются до чрезвычайности.

Во всяком случае, разбирая вопрос о применении слабительных, надо различать применение их при терапевтическом лечении и применение в послеродовом периоде, когда главные показания, то-есть очищение брюшной полости от загрязняющих веществ, выполнены, а первоначальный источник болезни обезврежен.

Теоретические наши сведения говорят больше за слабительные. Упомянутые выше исследования Nerveu, Garré, Reichel's, Mullanowsky и др.¹⁾ показали, что остановка кишечной перистальтики способствует прониканию микроорганизмов через стенку кишки и их эмиграции в брюшную полость. Mullanowsky²⁾ показал, что прекращении проходимости на 5—6 часов достаточно, чтобы вызвать такую эмиграцию. Особенно интересно исследование Noetzel's³⁾, который нашел при своих опытах введения инфекции в брюшную полость и заражении

1) См. раб. Zeidler'a, loco cit.

2) Диссертация, С.-Пб. 1895 г.

3) Ueber peritoneale Resorption u. Infection. Laug. Arch. 1898 r. Bd. 57. II. 2.

брюшины въ разныхъ условіяхъ, что приемы опія, данные предварительно опытному животному, способствовали развитію инфекціи и перитонита, такъ какъ, пишетъ Noetzel, „благодаря отсутствію перистальтики, введенные микроорганизмы, дѣйствуя массой на небольшую поверхность брюшины, не могли быть уничтожены природной способностью брюшины защищаться противъ вторгающейся инфекціи“.

Такимъ образомъ, прекращеніе перистальтики является причиной инфекціи брюшины съ одной стороны, съ другой, — для появившей уже инфекціи создаетъ благопріятныя для развитія ея условія. Въ работѣ Kocheva¹⁾ мы находимъ еще интересныя указанія относительно дѣйствія слабительныхъ въ смыслъ уменьшенія бактерійнаго населенія желудочно-кишечнаго канала: онъ приводитъ данныя Gilbert'a и Dominice'a²⁾, которые нашли, что послѣ приема слабительнаго содержаніе бактерій сначала быстро возрастаетъ, но затѣмъ очень скоро чрезвычайно уменьшается. Послѣ приема слабительнаго число бактерій возросло до 272.253 въ миллиграммѣ фекальныхъ массъ съ 67.000, но на слѣдующій день было лишь 1050. Слѣдовательно, приемъ слабительнаго есть прекрасное средство для очень быстрого удаленія массъ микроорганизмовъ изъ кишокъ. Всѣ эти данныя, казалось бы, безусловно говорятъ только за цѣлесообразность, при всѣхъ случаяхъ, слабительныхъ, но однако клиническія наблюденія заставляютъ многихъ авторитетныхъ врачей съ извѣстной осторожностью относиться къ ихъ назначенію. Такъ, даже Koerte³⁾ сторонникъ слабительныхъ, разбирая терапевтическое лѣченіе перитонита, говоритъ, что при этомъ лѣченіи въ началѣ заболѣванія лучше приемы опія, который онъ назначаетъ въ большихъ дозахъ, и въ случаяхъ, гдѣ какой-либо онъ назначаетъ опія авторъ считаетъ полезнымъ рвота, подкожно. Это назначеніе опія авторъ считаетъ полезнымъ только въ началѣ болѣзни, пока есть надежда на возможность ограниченія, а дальнѣйшее назначеніе опія, по его мнѣнію, теряетъ всякій смыслъ. Когда воспаленіе сдѣлается развитымъ, тогда онъ только увеличиваетъ параличъ кишокъ и не приноситъ уже никакой пользы. Отъ назначенія слабительныхъ въ началѣ болѣзни авторъ нерѣдко наблюдаетъ ухудшеніе.

Очень интересный критически-историческій обзоръ методовъ лѣченія перитонита помѣщенъ въ The Lancet⁴⁾ Gordon Scharp'омъ.

подъ заглавіемъ: „Законъ несовмѣстности въ лѣченіи“. Авторъ указываетъ, что до начала XIX столѣтія врачи смотрѣли на перитонитъ, какъ на заболѣваніе чисто воспалительное и, какъ такое, лѣчили его слабительными. „Но, хотя съ тѣхъ поръ“, — пишетъ онъ далѣе, — „ученіе по существу осталось то же, методъ лѣченія радикально измѣнился“. Опіи примѣнялся, безусловно, во всѣхъ случаяхъ, пока Lawson Tait, оставивъ въ сторонѣ всѣ детали, только вводившій въ заблужденіе, не объявилъ, что, примѣняя слабительное, можно съ наибольшей вѣроятностью предупредить развитіе перитонита, какого бы онъ ни былъ происхожденія.

Далѣе авторъ указываетъ нѣсколько случаевъ изъ собственной практики, когда онъ былъ ассистентомъ одного „старого практика“, которые его самого сдѣлали аденомъ слабительныхъ. Онъ рассказываетъ, какъ въ нѣсколькихъ тяжелыхъ случаяхъ по оперативному акушерству, гдѣ начинали развиваться признаки перитонита, его принципалъ, когда онъ ожидалъ широкаго примѣненія опія, назначалъ слабительныя „и, обыкновенно, съ хорошимъ результатомъ“. Въ заключеніе онъ говоритъ, что слабительное — дѣйствительно лѣчебное средство для этого рода случаевъ, ибо освобождаетъ организмъ отъ способныхъ всасываться отравляющихъ веществъ, опій же только успокоиваетъ нервную систему: всасываніе будетъ продолжаться своимъ чередомъ со всѣми послѣдствіями, а опій лишь маскируетъ явленія; поэтому опій не должно разсматривать, какъ средство лѣчебное, — онъ лишь успокоиваетъ боль, и здѣсь кончается его значеніе.

Интересное соображеніе высказываетъ Gr. Smith⁵⁾, который является крайнимъ противникомъ опія и наркотиковъ вообще при перитонитѣ и стоитъ за слабительныя во всѣхъ случаяхъ „pseudo-ileus“, совместно съ обильными клизмами. Онъ никогда не назначаетъ опія въ случаѣ перитонита, если этотъ случай не представляется „вполнѣ безнадежнымъ“. Исключеніе онъ допускаетъ лишь въ случаяхъ возбужденія и бреда въ виду другого важнаго симптома, допуская ради него примѣненіе средства, ухудшающаго, по его мнѣнію, основныя явленія. „Главное возбужденіе, почему даютъ опій, это — чтобы удержать кишки въ покоѣ. Но при перитонитѣ причина величайшей опасности есть именно этотъ полный покой. Секретъ выздоровленія лежитъ въ томъ, чтобы заставить кишки двигаться, держать ихъ въ состояніи сокращенія и перистальтики“. „Конечно, — пишетъ онъ, — покой

¹⁾ Ueber Ileus, loco cit.

²⁾ Sem. Med. 1895. Dec. Soc. de Biol.

³⁾ Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. II, H. 1, 2, 174.

⁴⁾ 1899. Sept. 23, p. 827.

⁵⁾ Abld. Surg., p. 1143.

хорошъ при воспаленіи для воспаленія собственно, но мы не можемъ всегда оставлять въ покоѣ воспаленный органъ. Мы можемъ оставить въ покоѣ воспаленный суставъ, потому что это не угрожаетъ жизни; но мы не можемъ оставить въ покоѣ воспаленное легкое — также и кишку. Для больного полезно отхаркивать при бронхитѣ, также ему полезно опорожнить кишечникъ при перитонитѣ⁴.

Приведенныя сейчасъ мнѣнія и соображенія показываютъ, что вопросъ не только не рѣшенъ, но даже и не приближается къ окончательному разрѣшенію, а потому понятно, что дать правило, какъ вообще дѣйствовать, невозможно. Одно надо считать установленнымъ: что восстановление функцій кишечника весьма желательно, и потому надо всѣми мѣрами содѣйствовать такому восстановленію. Следовательно, и слабительныя показуются тогда, когда нѣтъ на лицо какого-либо момента, фактически противояказующаго ихъ примѣненіе; укажемъ, напр., существованіе распознаннаго прободенія органа, омертвѣнія кишки, очень сильныя боли, наконецъ, нѣкоторые случаи упорной рвоты. Въ фак. хир. болѣе принято давать слабительныя *larga manu* особенно при аппендицитахъ, и эта мѣра, практикуемая проф. Бобровымъ очень широко въ клиникѣ и въ частной практикѣ, пока не дала случая расканваться въ ея примѣненіи. Какъ совѣтуетъ Smith, слачительныя, обыкновенно, соединяются съ повторными высокими клизмами, промываніемъ толстыхъ кишекъ большимъ количествомъ воды. Какъ указано, дурныхъ послѣдствій отъ такого образа дѣйствій мы не видали; случаетъ очень эффектныхъ было очень много.

Перейдемъ теперь къ разбору вопроса по отношенію специально къ постѣопераціонному уходу. Здѣсь мнѣнія хирурговъ вообще очень сходятся. Большинство совершенно отказывается отъ опія въ постѣопераціонномъ періодѣ, такъ какъ отъ примѣненія его въ постѣопераціонномъ періодѣ и метеоризмъ. Koerte, коувеличивается кишечный параличъ и метеоризмъ. Koerte, который въ своей первой работѣ о перитонитѣ заявляетъ, что онъ, какъ правило, назначалъ въ первые дни постѣ операціи опій, чтобы удержать въ покоѣ кишки, во второй статьѣ совершенно отказывается отъ его употребленія, говоря, что онъ уже давно совершенно оставилъ традиціонное назначеніе опія въ постѣопераціонномъ періодѣ какъ въ случаяхъ перитонита, такъ вообще при лапаротоміяхъ¹⁾. „Я вполне согласенъ, — говоритъ онъ, —

со взглядами Reichel'я, Roters'a и англичанъ. Опій не можетъ оказывать здѣсь никакой пользы и лишь увеличиваетъ параличъ кишечника, который мы прежде всего должны поборотъ. Если того требуютъ боли, я дѣлаю подкожную инъекцію морфія“.

Слабительныя въ постѣопераціонномъ періодѣ Koerte назначаетъ, только когда успокоится явленіе раздраженія брюшины, въ началѣ же очень рекомендуетъ клизмы, вызывающія нерѣдко отхожденія газовъ и послабленіе. Въ этомъ отношеніи мнѣніе Koerte сходитъ съ мнѣніемъ проф. Снегирева, который также не даетъ слабительныхъ до успокоенія явленій раздраженія, назначая препараты беладоны и клизмы. Mikulicz¹⁾ совѣтуетъ также обычное примѣненіе опія постѣ операціи, но эта работа старая и во времени появилась раньше 1-й статьи Koerte, въ послѣднее же время Tietze (1899 г.) заявляетъ, что въ клиникѣ его учителя опіатовъ постѣ операціи не примѣняютъ, по общепзвѣстнымъ соображеніямъ. Такимъ образомъ мы видимъ, что два наиболѣе авторитетныхъ въ вопросѣ нѣмецкихъ хирурга путемъ личнаго опыта пришли къ тому же заключенію. Остальные авторы положительно осуждаютъ примѣненіе опія. Такъ, von Beck²⁾ считаетъ не только опій, но и морфіи чрезвычайно вредными и, въ случаѣ болѣе, не выписываетъ послѣдняго, замѣняя его кодеиномъ. Zoeger von Manteufel считаетъ опій крайне вреднымъ постѣ операціи по указаннымъ выше причинамъ, но еще много вреднѣе, по его мнѣнію, опій при терапевтическомъ лѣченіи, гдѣ, какъ указано было нами въ главѣ о діагностикѣ перитонита, примѣненіе опія маскируетъ симптомы и ведетъ за собой опозданіе съ операціей, отчего наноситъ непоправимый вредъ больному. Того же мнѣнія держатся Reinprecht, Kocher, E. Forgue, Siegel³⁾.

B. Fladderus высказываетъ положеніе, что лѣчить опіемъ позволительно только безнадежныхъ, сходясь въ этомъ мнѣніи съ Gr. Smith'омъ и Mc. Cosch'емъ⁴⁾, которые говорятъ, что каждый введенный больному шприцъ морфія уменьшаетъ шансъ на его выздоровленіе. Какъ видно, несмотря на изученіе очень большой литературы, мы въ вопросѣ о перитонитѣ не нашли приверженца опія среди хирурговъ, и только наличность сильныхъ болѣе можетъ поставить въ необходимость примѣнять умеренно морфіи,

¹⁾ Arch. f. kl. Chir. XXIX. 756.

²⁾ Loco cit.

³⁾ Loco cit.

⁴⁾ Arch. f. kl. Chir. Bd. 54. H. 1.

¹⁾ Loc. cit., 162.

который многие стараются замѣнить коденномъ (Beck) или беладонной (Smith, Снегиревъ).

Напротивъ, всѣ соглашались, что необходимо стараться о возможно скоромъ восстановленіи проходимости кишекъ и послабленіи на низъ. Съ этой цѣлью всѣ широко примѣняютъ клизмы, которыя содѣлываютъ дѣлать возможно скоро послѣ операціи. Рекомендуются и раздражающія клизмы съ глицериномъ, крѣпкимъ виномъ, мыломъ, скипидаромъ. Съ назначеніемъ слабительныхъ послѣ операціи не всѣ поступаютъ одинаково, — одни даютъ ихъ тотчасъ и скоро послѣ операціи, другіе, какъ Mc. Burney, черезъ сутки, нѣкоторые — позже, напр. von Beck, который даетъ слабительныя на 3-и сутки, руководясь тѣмъ, что въ случаяхъ благопріятно протекающихъ послабленіе, обыкновенно, наступаетъ на 3-й день. Нѣкоторые и проф. Снегиревъ, содѣлываютъ тогда назначить слабительное, когда усердно принимаемымъ клизмами удастся вызвать отхожденіе газовъ или испражнений. Относительно того, какія слабительныя лучше, трудно высказаться опредѣленно. Beck считаетъ лучшимъ *ol. ricini*; большинство — горькія соли, многіе, Sonnenburg, Mc. Burney, W. Fladdeus и другіе — каломель, за которымъ, въ случаѣ не подѣйствуетъ, слѣдуетъ пріемъ касторового масла или горькихъ солей и клизмы.

Въ факультетской хирургической клиникѣ, преимущественно, пользуются, какъ слабительнымъ, средними солями (натуральная вода Hunyadi Janos и Arenta) и *ol. ricini*. Замѣчено, что въ случаяхъ раздраженія брюшины соли дѣйствуютъ лучше и энергичнѣе, чѣмъ *ol. ricini*, почему большіе аппендицитомъ, и вообще послѣ операціи въ брюшной полости и на кишкахъ, получаютъ, обыкновенно, горькія воды. Кромѣ того, эти воды не вызываютъ, повидимому, такой бурной перистальтики, какъ масло, и потому должны быть предпочтены другимъ слабительнымъ. Каломель вообще избѣгаютъ, несмотря на его установившуюся репутацию, какъ кишечнаго antisepticum. Въ интересующихъ насъ случаяхъ никогда нельзя быть вполне увереннымъ, давая слабительное, что оно подѣйствуетъ, а потому рисковать тѣмъ, что въ организмъ останется такая относительно большая доза ртутнаго препарата, какъ слабительная доза каломели, считается нежелательнымъ. Среднія соли въ этомъ отношеніи много лучше: если послабленіе не вызвано, — всасываніе ихъ не представитъ никакой опасности.

Здѣсь же слѣдуетъ сказать о тѣхъ лѣкарственныхъ препаратахъ, которые содѣлывались и примѣнялись, какъ кишечныя antiseptica. Нѣтъ сомнѣній, что значеніе и дѣйствительность этихъ

средствъ относительно не велики. Лучшее antisepticum здѣсь все же остается, какъ показали приведенныя выше данныя, слабительное, позволяющее освободить кишечникъ сразу отъ большихъ массъ, застаивающагося и разлагающагося содержимаго, вмѣстѣ съ которымъ выводится масса микроорганизмовъ. Тѣмъ не менѣе, отрицать значеніе всѣхъ средствъ этого рода значило бы идти противъ клиническихъ наблюденій и фактовъ. Такъ, Kocher считаетъ за лучшее antisepticum для кишечника камфору, присоединяясь къ мнѣнію Rovigi. Давѣ рекомендовались, главнымъ образомъ, разныя препараты висмута и высшихъ феноловъ. Въ факультетской хирургической клиникѣ, съ означенной цѣлью, пользуются исключительно висмутомъ, который иногда соединяютъ съ салициловымъ натромъ и салоломъ. Другихъ средствъ не употребляютъ, висмутъ же въ видѣ *bis. subnitricum* дается очень охотно, и наблюденіе показываетъ, что пріемы его улучшаютъ кишечное пищевареніе и рѣзко уменьшаютъ метеоризмъ.

Дальнѣйшій уходъ за раной не представляетъ ничего особеннаго. Въ главлѣ о дренажѣ мы уже говорили, сколько времени бываетъ нуженъ и полезенъ дренажъ и когда его удалять. По удаленіи его онъ замѣняется полосками марли, которыя все укорачиваются, при чемъ нужно внимательно слѣдить, чтобы не было задержки и послѣдовательнаго вторичнаго скопленія гноя.

Нѣкоторые авторы предлагали повторять промываніе черезъ дренажи въ теченіе первыхъ 2—3 дней и выполняли не безъ успѣха это предложеніе (Bode, Зыковъ, Федоровъ), но пока въ этомъ направленіи сдѣлано очень мало, и дальнѣйшими клиническими наблюденіями предстоитъ выяснитъ цѣлесообразность такого предложенія. Mc. Burney находитъ необходимымъ въ теченіе первыхъ сутокъ черезъ каждыя 3—5 часовъ осматривать стеклянную трубку, поставленную въ малый тазъ, и тупферомъ или маленькимъ шпирцемъ съ насаженнымъ на него катетеромъ высасывать изъ дренажа скопляющейся экссудатъ. Впрочемъ, впоследствии, онъ замѣнилъ этотъ пріемъ съ успѣхомъ постояннымъ отсасываніемъ съ помощью фитиля изъ марли, введеннаго до дна трубки, по которому скопляющаяся жидкость постепенно и всасывается въ повязку.

Удаленіе тампоновъ и полосокъ марли совершается значительно позже, чѣмъ дренажей, такъ какъ они прилипаютъ плотно къ брюшной поверхности, такъ сказать, прорастая фибриномъ, и удалить ихъ, не причиняя поврежденій и чрезвѣрныхъ страданій больному, бываетъ нельзя. Постепенно, по мѣрѣ образованія отдѣлающаго, эти полоски и склеивающій ихъ фибринъ разрыхляются, и въ срокъ

Уходъ
за раной.

отъ 5-го иногда, по указанію Mikulicz'a до 14-го дня могутъ быть болѣе или менѣе легко удалены изъ раны. Такое длительное пребываніе полосокъ марли, по указанію Mikulicz'a и Koerte, вполнѣ безвредно; напротивъ, преждевременнымъ форсированнымъ удаленіемъ ихъ можно нарушить образовавшіеся сращения, а иногда даже вызвать опасное кровотеченіе (Kelly). Обыкновенно, при каждой перевязкѣ полоску слегка терять пицетомъ, и, если она немного подалась, конецъ срѣзаютъ ножницами, не стараясь, во что бы то ни стало, извлечь ее наружу всю.

Такой образъ дѣйствія, какъ показали опытъ факульт. хирург. клиники, важенъ еще потому, что если удалить сколько-нибудь длинную полоску, то завести новую до того же мѣста въ громадномъ большинствѣ случаевъ не удается и приходится удовольствоваться болѣе короткой, что не всегда желательно. Къ сроку же, когда полоска сама легко отпадетъ, такой длинной полоски, какъ была поставлена, обыкновенно уже не бываетъ нужно.

Какъ часто мѣнять повязку? На это трудно дать определенный отвѣтъ: все зависитъ отъ многихъ обстоятельствъ и прежде всего отъ того, промокаетъ ли наложенная послѣ операціи повязка и насколько быстро. Въ случаяхъ, гдѣ примѣняется промываніе, промоканіе первой повязки обыкновенно наступаетъ скоро, благодаря остающейся въ нѣкоторомъ количествѣ въ полости живота промывной жидкости, которая и выдѣляется по дренажамъ и тампонамъ. Въ этихъ случаяхъ въ клиникѣ перевязки, обыкновенно, не дѣлаютъ, а лишь, подложивъ сверху новый слой перевязочнаго матеріала, подбинтовываютъ. Если и эта новая порція быстро промокаетъ, то она снимается, и снимаются также верхніе слои первой повязки, обыкновенно до марли, накладываемыхъ новые порціи ваты и бинтуются. Настоящая полная смѣна повязки производится въ этихъ болѣе тяжелыхъ, требующихъ особо тщательной асептики случаяхъ въ операціонной съ соблюденіемъ тѣхъ же предосторожностей, какъ и самая операція. Въ такомъ порядкѣ производится первый 2—3 перевязки, пока сращениями не будетъ вполнѣ отдѣлена брюшная полость отъ ранаевыхъ каналовъ, о чемъ можно судить по количеству отдѣляемого, ибо съ прекращеніемъ отдѣленія изъ полости живота количество отдѣляемого весьма сокращается. Это и есть тотъ моментъ, когда безъ опасности могутъ быть удалены дренажи и начато укорачиваніе полосокъ. Срокъ, чтобы достигнуть такихъ результатовъ, колеблется, обыкновенно, по разнымъ авторамъ отъ 48 часовъ до 6 сутокъ.

Поверхъ повязки накладывается пузырь со льдомъ. Въ факульт. хирург. клиникѣ ледъ примѣняется, обыкновенно, пока на лицо острые явленія, и замѣняется съ ихъ исчезновеніемъ горячей водой. При дѣйствіи послѣдней, по опыту клиники, инфилтраты скорѣе рассасываются, и мѣстные явленія скорѣе стихаютъ. Пока на лицо болѣе бурные, острые признаки перитонита, ледъ лучше, такъ какъ онъ, помимо прямого воздѣйствія на самый воспалительный процессъ, является прекраснымъ болеутоляющимъ и мѣстнымъ успокоивающимъ раздраженіе средствомъ. Чтобы пузырь со льдомъ не производилъ давленія на стѣнку живота, что часто совершенно не переносится больными, пузырь подвѣшивается на особой, приспособляемой къ кровати металлической дугѣ. Въ другихъ менѣе острыхъ случаяхъ, напротивъ, небольшое давленіе, оказываемое холоднымъ пузыремъ, бываетъ пріятно больному, и тогда пузырь можно положить прямо на повязку. Послѣ того какъ боли утихнутъ, рвота и другія острые явленія успокоятся, холодный пузырь замѣняется горячимъ, и эта замѣна бываетъ для больныхъ очень пріятна.

Переходя къ діетѣ, надо сказать, что регулировать ѣду обыкновенно бываетъ не трудно: первые дни больной и не думаетъ о пищѣ, и питаніе приходится вести по назначенію врача; другое дѣло питье, — его урегулировать очень трудно. Несмотря на рвоту больной томится жаждой, которая является послѣ каждой операціи подъ наркозомъ, здѣсь же бываетъ выражена много сильнѣе. Больной требуетъ питья, но это питье мало облегчаетъ жажду и только поддерживаетъ рвоту, почему необходимо возможно ограничивать питье, которое, все равно, не утоляетъ жажды. Питье замѣняется питательными клизмами и вливаніемъ соляного раствора подъ кожу. Глотаніе жидкости можно разрѣшить лишь въ минимальныхъ количествахъ, чайными ложками, и въ большіе промежутки времени. Иногда облегченіе жажды и хорошее вліаніе въ смыслѣ уменьшенія тошноты и рвоты оказываетъ глотаніе кусочковъ толченаго льда. Въ послѣднее время Koerte, проф. Снегиревъ и др. указываютъ, что болѣе цѣли лучше достигается глотаніемъ небольшихъ порцій очень горячихъ жидкостей — чая, кофе, вина. Очень большое облегченіе, по опыту клиники, приноситъ больнымъ полосканіе полости рта холодной шиншей сельтерской или содовой водой, что уменьшаетъ чувство сухости во рту, освѣжаетъ и даже облегчаетъ тошноту. Надо усердно предупреждать больныхъ не глотать эту воду, что поведетъ къ усиленію метеоризма и рвоты, и слѣдить за строгимъ выполненіемъ этого предписанія.

Діета.

Въ первые дни не дается никакой. Питаніе производится per rectum, и, если перитонитъ былъ вызванъ прободеніемъ какого-либо отдѣла желудочно-кишечнаго канала, то, обыкновенно, такая абсолютная діета признается большинствомъ необходимой 2—3 дня, какъ это можно видѣть изъ нашихъ таблицъ. Когда стихнуть явленія перитонита, прекратится рвота и возобновится кишечная проходимость, разрѣшаютъ жидкую, легкую пищу, и по мѣрѣ поправленія больного стараются соответственнымъ питаніемъ поднять его силы.

Къ питанію больныхъ въ факульт. хирург. клиникѣ проф. Бобровъ всегда относится очень смѣло, и, если у больного дѣйствуетъ исправно желудочно-кишечный каналъ, ему разрѣшаютъ всякую не слишкомъ тяжелую пищу, наблюдая лишь, чтобы ежедневно было достаточное послабленіе на низъ, которому помогаютъ въ случаѣ задержки клизмой или слабительнымъ. Такъ, напр., больному аппендицитомъ, послѣ того какъ подѣйствуетъ даваемое, обыкновенно, слабительное, уже съ 3—4 дня разрѣшается курная, мясная котлета, манная каша и т. п. легкой столъ. Вся забота при этомъ сводится къ тому, чтобы слѣдить за достаточнымъ отправленіемъ на низъ, и, если таковое есть, то нѣтъ никакой опасности отъ принятія пищи, и вредныхъ послѣдствій не бываетъ никакихъ.

Послѣ лапаротоміи вообще, обыкновенно, очень скоро и всегда къ концу первой недѣли, если все идетъ благополучно, переводятъ больныхъ на общій столъ. Это, конечно, нельзя дѣлать въ нѣкоторыхъ специальныхъ случаяхъ, какъ, напр., gastroenterostomi, резекціи кишки и т. д. Случаи перитонита надо также отнести къ требующимъ большей осторожности въ діетѣ, такъ какъ при нихъ довольно медленно восстанавливается правильная функция желудочно-кишечнаго канала, а всякія повторныя разстройства ея, могущія задержать окончательное выздоровленіе, особенно не желательны и даже могутъ быть опасны у этихъ, обыкновенно, очень слабыхъ больныхъ.

Что касается самаго дальнѣйшаго теченія послѣ операции, то, если послѣдняя оказала хорошее дѣйствіе и болѣзнь переходитъ на улучшеніе, общія явленія постепенно стихаютъ, рвота и боли прекращаются и съ отхожденіемъ газовъ и испражнений прекращается вздутіе живота. Къ сожалѣнію, въ собранномъ нами статистическомъ матеріалѣ продолжительность острыхъ явленій послѣ операций отмѣчалась очень рѣдко. Собравъ эти отмѣтки для случаевъ, лѣченныхъ съ промываніемъ и безъ него,

Послѣдующее
теченіе
болѣзни.

мы получили слѣдующее. При случаяхъ, лѣченныхъ промываніемъ, отмѣтка вообще встрѣчалась 23 раза, и распределялись случаи такъ: меньше сутокъ продолжительность острыхъ явленій отмѣчена 5 разъ, острые явленія продолжались 1 сутки — 4 раза, 2 сутокъ — 10 разъ, 3 сутокъ — 1 разъ, 4 сутокъ — 1 разъ и болѣе — 3 раза. При лѣченіи безъ промыванія болѣе точная отмѣтка встрѣчается только 6 разъ, меньше сутокъ — ни разу; 1 сутки — 1 разъ, 2 сутокъ — 2 раза, 3 сутокъ — 1 разъ и 4 сутокъ — 2 раза.

Цифры показываютъ, что при примѣненіи промыванія чаще всего острые явленія держатся около 2 сутокъ, и, можетъ-быть, этотъ срокъ вообще короче для лѣченія съ промываніемъ, чѣмъ безъ него, такъ какъ во второмъ случаѣ ни одного разу не отмѣчено, чтобы острые явленія держались меньше сутокъ. Сроки возобновленія функций кишечника колебались отъ 1 до 5 сутокъ, и время перваго послабленія отмѣчено такъ: для I и III таблицъ, случаевъ, гдѣ примѣнялось промываніе, время перваго послабленія отмѣчено 23 раза, 7 разъ оно наступило произвольно, и по 4 раза послѣ слабительныхъ и послѣ клизмъ, въ другихъ случаяхъ подобнаго не отмѣчено.

Въ первые сутки послѣ операции послабленіе отмѣчено 1 разъ, во 2-я сутки — 5 разъ, въ 3-я сутки — 11 разъ, въ 4-я сутки — 5 разъ, въ 5-я сутки — 1 разъ, и не встрѣчалось среди выздоровѣвшихъ случая возобновленія кишечной проходимости позже этого срока. Во второй группѣ, лѣченныхъ безъ промыванія, таблицы II и IV, время перваго послабленія на низъ отмѣчено 12 разъ, въ томъ числѣ произвольно 5 разъ и съ клизмой 3 раза. Въ первые сутки не отмѣчено случая возобновленія проходимости, во 2-я сутки — 2 раза, въ 3-я сутки — 5 разъ, въ 4-я сутки — 4 раза, въ 5-я сутки — 1 разъ, а отмѣтки позже также не встрѣчаются. При всей малочисленности отмѣтокъ слагается впечатлѣніе, что возобновленіе, повидимому, здѣсь наступаетъ нѣсколько позже, чѣмъ при примѣненіи промыванія.

Срокъ для удаленія дренажа колебался въ первомъ рядѣ случаевъ, преимущественно, между 4—6 сутками, въ 1-мъ случаѣ онъ удаленъ на 18-й день и 1 разъ на 22-й. Во второмъ рядѣ, табл. II и IV, дренажъ оставался отъ 5 до 15 дней и разъ былъ задержанъ до 56 дней (табл. II № 66).

Сроки окончательнаго выздоровленія отмѣчены также въ немногихъ относительно случаяхъ и распределяются такъ: въ таблицахъ I и III (случаи, лѣченные съ промываніемъ), выздоровленіе наступало въ 1 мѣс. и меньше — 11 разъ; въ 1—2 мѣс. — 16 разъ,

и въ срокъ болѣе 2 мѣс. — 11 разъ. Во второй группѣ (табл. I и IV) въ 1 мѣс. и менѣе выздоровленіе наступало 3 раза, въ 1—2 мѣс. — 4 раза, и 2—3 мѣс. — 7 разъ. Изъ этихъ цифръ за малымъ числомъ отъѣтокъ, конечно, нельзя дѣлать заключенія о преимуществѣ того или другого метода.

Далеко не всегда, разъ дѣло шло на поправленіе, выздоровленіе проходило гладко. Нередко теченіе болѣзни осложнялось разными вторичными страданіями, стоявшими въ связи съ основнымъ заболеваніемъ. Въ литературѣ описаны и встрѣчались въ ряду осложнений: кишечные свищи, отдѣльные вторичные гнойники среди кишечныхъ петель, плевриты и пневмоніи, поддиафрагмальные нарывы, вторичная, въ результатъ сращеній, непроходимость кишечника и ущемленія, послѣдовательныя грыжи и, наконецъ, внутреннія кровотеченія.

Кишечные свищи (anus praeternaturales) встрѣчаются, повидному, довольно часто. Мы уже говорили объ ихъ отношеніи къ дренажу брюшной полости и здѣсь не будемъ повторять этихъ данныхъ. Koerte не считаетъ это осложненіе очень серьезнымъ, если оно появляется въ послѣдующемъ теченіи произвольно, такъ какъ, въ большинствѣ случаевъ, такіе свищи закрываются сами собой. Koerte очень хвалитъ лѣченіе подобныхъ случаевъ въ водяной ваннѣ. Если свищъ не закрывается долго произвольно, то иногда требуются болѣе или менѣе серьезныя дополнителныя операціи, до резекціи кишки включительно. Эти случаи уже являются серьезными, такъ какъ самое внимательство, какъ мы показали выше, нередко ведетъ къ смерти.

Нередко встрѣчаются также разсѣянные отдѣльные гнойники, которые могутъ потребовать дополнителныхъ операцій вскрытія. Это иногда удается сдѣлать тупымъ путемъ изъ той же раны, а въ некоторыхъ случаяхъ требуютъ новыхъ повторныхъ разрѣзовъ. Gerulanos¹⁾ говоритъ, что такіе осложнения наблюдаются нередко, а самые абсцессы образуются въ глубокихъ отдѣлахъ полости живота, гдѣ скопляется вытекающее содержимое. Абсцессы эти особенно опасны, если образуются вскорѣ послѣ прободенія, но по счастью они чаще встрѣчаются на 2-й недѣль болѣзни или позже, на 6-й, когда больной уже выздоравливаетъ.

Въ близкомъ соотношеніи съ послѣднимъ осложненіемъ стоитъ осложненіе поддиафрагмальнымъ нарывомъ, плевритомъ²⁾ и вос-

¹⁾ Z. Kenntniss der nach Perforation des Magengeschwüres auftretenden abgekapselten Intrapertiton. Abscesse. D. Z. f. Chir. Bd. 49, S. 303.

²⁾ Bennet Lanc. 1898. Febr. 26. 565.

паленіемъ легкаго, включительно до образованія легочнаго абсцесса, хотя въ послѣднемъ случаѣ, абсцессъ можетъ быть и характера метастатическаго. По Schuchard'y¹⁾, поддиафрагмальный нарывъ является наиболѣе частымъ и въ то же время наиболѣе опаснымъ изъ осложнений, встрѣчающихся при перитонитѣ отъ прободенія желудка, что подтверждено и монографическимъ очеркомъ Annales of Surgery²⁾. Въ виду этого осложненія Furner³⁾ совѣтуетъ въ случаяхъ операціи при прободеніи язви желудка всегда вскрывать и дренировать bursa omentalem, а Ваннахъ⁴⁾, говоря о хирургическомъ лѣченіи прободенія язви двѣнадцатиперстной кишки, заявляетъ, что при этомъ страданіи возможна только хирургическая помощь. По его мнѣнію, даже отграниченія, на образованіе которыхъ можно еще надѣяться въ другихъ случаяхъ, здѣсь совершенно бесполезны для больного, который все равно погибнетъ отъ послѣдовательныхъ осложнений, первое мѣсто среди которыхъ принадлежитъ поддиафрагальному нарыву. Въ подтвержденіе такого мнѣнія авторъ ссылается на работы Maide⁵⁾ и Фипкельштейна⁶⁾. Въ этихъ работахъ приведено 9 случаевъ, 4 изъ которыхъ были оперированы по поводу абсцесса, но всѣ 9 умерли. Случай поддиафрагмального абсцесса послѣ прободенія желудка описанъ еще W. Rauson⁷⁾, и также кончился смертью. Такимъ образомъ, клиническія наблюденія показываютъ, что это осложненіе дѣйствительно очень опасно и наступленіе его обуславливаетъ самое плохое предсказаніе для больного.

Свершенно неожиданнымъ а priori оказывается фактъ, что осложненіе послѣдовательной непроходимостью кишечника, ущемленіемъ и заворотомъ принадлежитъ къ явленіямъ сравнительно рѣдкимъ. Mikulicz⁸⁾ упоминаетъ о двухъ такихъ случаяхъ, изъ которыхъ одинъ кончился смертью, другой выздоровленіемъ при примѣненіи только терапевтическихъ мѣръ. Dr. Lange⁹⁾, описавъ случай volvulus'a, послѣ аппендицита, который былъ имъ благополучно оперированъ, и кромѣ того сообщить, что онъ имѣлъ еще 6 подобныхъ случаевъ, изъ которыхъ 3 выздоровѣли. Въ сообщеніи, впрочемъ,

¹⁾ A. f. kl. Chir. 1895. Bd. L.

²⁾ Editorial Articles. Nov. 1896, p. 640.

³⁾ Lanc. 1898, p. 1761.

⁴⁾ „Болыничная Газета“ Боткина, 1898 г., IX ст. 183.

⁵⁾ Ueber subphrenische Abscesse. Wien 1894.

⁶⁾ Петерб. диссерт.

⁷⁾ Lanc. 1899. Vol. II, p. 1285.

⁸⁾ A. f. kl. Chir. XXXIX, p. 756.

⁹⁾ Ann. of Surg. 1896, Sept.

не вполне ясно, во всех ли случаях был первоначально разлитой перитонит. Во время этих операций Lange еще раз констатировал факт, что сращения, развивающиеся при перитонитѣ, со временемъ исчезаютъ. Что осложнение непроходимости можетъ наступить и въ сроки болѣе отдаленные отъ первоначальнаго заболѣванія, показываетъ случай Pilliet et Gesland'a¹⁾, гдѣ непроходимость со смертельнымъ исходомъ развилась у мужчины 50 лѣтъ, перенесшаго перитонитъ за 3 года до того.

Казалось бы, что обильное образование сращений, какъ въ результатѣ самого воспалительнаго страданія брюшины, такъ и въ результатѣ примѣняемыхъ при лѣченіи дренажей и тампонады, должно было какъ нельзя болѣе располагать къ развитію непроходимости и можно было бы ожидать теоретически, что съ ней придется считаться какъ съ наиболее частымъ осложненіемъ. Однако, клиническіе какъ съ наиболее частымъ осложненіемъ. Однако, клиническій опытъ показываетъ противное: — очевидно природная приспособляемость желудочно-кишечнаго канала весьма велика.

Очень убѣдительнымъ и демонстративнымъ въ разбираемомъ отношеніи является случай, оперированный въ факульт. хирург. клиникѣ, № 1336 отчета. Масса сращений, найденная при операциі по поводу дермоидной кисты, между послѣдней и кишками и кишечныхъ петель между собой, заставили отказаться отъ экстирпациі кисты. При вторичной лапаротоміи по поводу перитонита эти сращения представляли большое затрудненіе для промыванія и дренажа и конечно въ результатѣ перитонита чрезвычайно умножились. Несмотря на то, ни въ послѣоперационномъ теченіи, жились. Несмотря на то, ни въ послѣоперационномъ теченіи, ни въ слѣдующій годъ, по истеченіи котораго больная являлась въ клинику, не было даже легкихъ признаковъ затрудненія кишечной проходимости.

Осложненія послѣдовательными грыжами также не принадлежать къ числу очень частыхъ, и относительно ихъ надо вполне согласиться съ Siegel'em, который считаетъ, что такое осложненіе не заслуживаетъ особаго большого вниманія, сравнительно съ важностью и опасностью первоначальной болѣзни, особенно въ виду того, что въ послѣдствіи безъ большого риска для больного легко исправляется добавочной операцией. Прочія осложненія, какъ паротиты, флегбиты, кровотеченія и т. д., принадлежать къ еще болѣе рѣдкимъ.

Нашъ сборный статистическій матеріалъ представляетъ нѣкоторые интересные данныя и по вопросу о вслѣдующихъ ослож-

неніяхъ. Разбивъ случаи опять на 2 группы: лѣченныхъ съ промываніемъ и безъ него, получимъ для первой группы таблицъ № I и III слѣдующее: осложненія вообще встрѣтились въ послѣдующемъ теченіи въ 33¹⁾ (32) случаяхъ на 149, составляющихъ матеріалъ таблицъ, изъ которыхъ въ 93 наступило выздоровленіе отъ перитонита. Въ 9¹⁾ (8) случаяхъ, составляющихъ 8,6% всѣхъ, излѣченныхъ отъ перитонита, это осложненіе было причиною смерти.

При лѣченіи безъ промыванія, (табл. II и IV) на 76 всего лѣченныхъ случаевъ, съ 39 выздоровленіями отъ перитонита, осложненія въ послѣдовательномъ теченіи встрѣтились 14 разъ. Изъ нихъ 4 (10,3%) погибли въслѣдствіе отъ осложненій.

Встрѣчавшіяся вообще осложненія сведены въ слѣдующую таблицку:

	Съ промываніемъ.	Безъ промыванія.
	Таб. I. III 149 случ. 93 выздор.	Таб. II и IV 76 сл. 39 вызд.
<i>Anus praeternaturalis</i> . .	9 разъ (2 раза свищъ желудка и 7 кишинъ, 2 требовали операциі, 7 зажили произвольно).	1 разъ (II 25)
Вторичные гнойники . .	10 разъ.	1 разъ (II 21).
Поддиафрагм. абсцесъ .	1 разъ (№ 70 таб. I)	4 раза (II 29, 33, 52, III 3).
Плевритъ и пневмонія .	5 разъ (т. I 2, 3, 7, 68, 83)	3 раза (II 2, 34, III 11).
Абсцесъ легкаго . . .	—	1 разъ (II 57).
Непроходимость . . .	3 раза (2 опериров., 1 выздор.) таб. I 76, 95, и III 2.	—
Кровотеченія	3 раза (2 раза кишечное т. I 67, 69; 1 разъ легочное, туберкулезъ I, 6).	—
Флегбитъ	2 раза.	—
Гнойный паротитъ . .	1 разъ.	—
Гнойный нефритъ . .	—	1 (IV 2).
Послѣдоват. грыжа . .	—	1 (II 35).
Долго не зажив. свищъ .	—	1 (II 63).
Параличъ сердца . .	—	1 (II 3).

Если на основаніи этихъ данныхъ попытаться судить о преимуществѣхъ способа съ промываніемъ и безъ него, то во всякомъ случаѣ придется точнѣе убѣдиться, что обвиненіе способа съ промываніемъ въ томъ, что при немъ, благодаря разному инфицированію, осложненія чаще, — несправедливо. Напротивъ, на 149 случаевъ самое страшное осложненіе — поддиафрагмальный

¹⁾ Слѣдуетъ считать однимъ меньше, такъ какъ одинъ случай смертельнаго легочнаго кровотеченія отъ существовавшего одновременно туберкулеза легкаго долженъ быть выключенъ № 6 табл. I.

¹⁾ Bull. de la Soc. Anat. de Paris. 1896, № 7.

нарывъ — встрѣтилось лишь 1 разъ, тогда какъ на вдвое меньшее число случаевъ (75) безъ промыванія это осложненіе встрѣтилось 4 раза; наши цифры показываютъ, что безъ промываній поддиафрагмальный нарывъ встрѣтился въ 8 разъ чаще, а не наоборотъ, какъ стремились доказать противники этого метода.

Выражая въ процентахъ частоту осложнений вообще, будетъ справедливо вычислять этотъ процентъ относительно выздорѣвшихъ отъ перитонита собственно, при чемъ изъ первой графы надо выключить 3 случая осложнений внутреннимъ кровотеченіемъ, такъ какъ это осложненіе зависитъ не отъ перитонита, а отъ основной болѣзни. Такимъ образомъ мы получимъ на 93 излѣченныхъ съ промываніемъ 30 случаевъ осложнившихся, т.-е. 32,2% (если не включать 3 случая, то 34,4%), а на 39 излѣченныхъ отъ перитонита безъ промыванія 14 осложнившихся случаевъ — 35,7%, число хоть и близкое къ первому, но все же не говорящее за изгнание промываній.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда операція пользы не приносила и наступала смерть больного, наблюдалось одно изъ слѣдующихъ трехъ явленій въ теченіи болѣзни. 1) Операція ускоряла смерть и больной погибалъ во время нея или вскорѣ послѣ нея, не оправившись отъ шока, вызваннаго операціей (въ эту группу мы отнесли всѣ случаи, такъ трактуемые авторами, или, если не было соотвѣтствующаго указанія, умершихъ въ первые 12 часовъ послѣ операціи). 2) Операція не приносила желаемой пользы, и болѣзнъ или прогрессировала обычнымъ порядкомъ, или послѣ кратковременнаго облегченія снова усиливались признаки перитонита и наступала смерть. 3) Наконецъ наблюдались случаи, гдѣ удавалось воздѣйствовать на воспаленіе брюшины, но больной погибалъ внослѣдствіи отъ осложнений.

Согласно этому причины смерти наглядно представлены въ табличкѣ.

Случаи, излѣченные съ промываніемъ, таб. I и III, 149 случ.	Случаи, излѣченные безъ промыванія, таб. II и I, всего 76 случаевъ.
Всего умерло 65 (43,6%, общ. числа).	40 (53,3%, общ. числа).
Вскорѣ послѣ операціи, не оправившись отъ шока. Отъ продолженія и дальнѣйшаго развитія перитонита 25 (38,4%, умершихъ).	12 (30%, всѣхъ умерш.).
Отъ послѣдующихъ осложнений 31 (47,7%, умершихъ).	24 (60%, всѣхъ умерш.).
т. I. 3. 6. 39. 67. 70. 76. 78. 83. III. 3.	4 (10%, умершихъ). II. 3. 33. IV. 3. 10.

Разбираясь въ этихъ данныхъ, я не придаю большого значенія % смертности вообще, такъ какъ, конечно, процентъ выздорѣвленія далеко не достигаетъ цифръ, получаемыхъ изъ нашихъ таблицъ, и это вполнѣ объясняется тѣмъ, что публикуютъ обыкновенно удачные случаи, считая случаи, окончившіеся смертью, не интересными для сообщенія, такъ какъ это, такъ сказать, обычный исходъ перитонита. Съ этой точки зрѣнія для сборныхъ статистикъ гораздо важнѣе сообщенное абсолютное число излѣченныхъ случаевъ по тому или другому способу.

Напротивъ, цифры, въ которыхъ выражены причины смерти, очень интересны. Нѣсколько болѣе высокая цифра умершихъ отъ шока при примѣненіи промыванія могла и ожидаться. Внимательство съ промываніемъ во всякомъ случаѣ серіознѣе, сложнѣе и продолжительнѣе, поэтому понятнѣе, что оно и сильнѣе дѣйствуетъ въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ на общее состояніе. Однако это превышеніе на 8,4% меньше того превышенія въ 12,3%, которымъ выражается меньшая куративная дѣятельность способа безъ промыванія, что видно изъ третьей строки таблицъ: гораздо болѣе % умершихъ погибаетъ при лѣченіи безъ промыванія отъ неустѣйности операціи.

Что касается умершихъ отъ осложнений, то ихъ, собственно, не совсѣмъ правильно относить въ эту таблицу, такъ какъ они умерли не отъ перитонита собственно и сопоставлять число ихъ правильнѣе относительно числа излѣченныхъ отъ перитонита, убывъ котораго они составляютъ.

ГЛАВА VI.

Переходя къ результатамъ лѣченія перитонита, можно считать установленнымъ фактомъ полную безнадѣжность терапевтическаго и выжидательнаго лѣченія острыхъ разлитыхъ воспаленій брюшины. Разбросанные въ литературѣ нѣсколько единичныхъ случаевъ, которые опубликованы, какъ случаи излѣченія разлитого перитонита, принадлежать къ величайшимъ рѣдкостямъ и, какъ такое рѣдкое исключеніе, не свободны отъ подозрѣнія въ ошибочности діагностики, что, какъ и было нами показано выше, легко возможно, несмотря на такую клиническую опытность, особенно пока случаи не приняты еще очень тяжелаго характернаго теченія. Между тѣмъ излѣченій такихъ случаевъ съ тяжелымъ теченіемъ, насколько намъ извѣстно, не было. Д-ръ Зыковъ въ

О результатахъ лѣченія острыхъ перитонитовъ вообще.

своей работѣ указываетъ статистику Brinton'a, считающую на 100 случаевъ терапевтическаго лѣченія 5 выздоровленій, при чемъ не указано болѣе подробно, какіе это были случаи.

Robert Abbé¹⁾ допускаетъ возможность произвольнаго излѣченія и приводитъ одинъ случай излѣченія отъ тифознаго прободенія путемъ вскрытія мѣстнаго гнойника черезъ промежность²⁾, по былъ ли тамъ рѣзко выраженный разлитой перитонитъ — не сообщается. Такъ какъ не было предпринято операціи, то представляется далеко не безусловно вѣрнымъ, что было прободеніе, притомъ въ свободную брюшную полость. Если сопоставить случай этотъ съ приведеннымъ раньше случаемъ Harrington'a и Bowlby, гдѣ диагностика тифознаго прободенія была сдѣлана и предпринята операція, во время которой установлено отсутствіе перитонита и прободенія, а найденъ сильный конпростазъ, то возможность ошибки въ диагностикѣ и опредѣленіе перитонита тамъ, гдѣ его не было, не представитъ ничего нефройтнаго. А вѣдь только что приведенный случай, не будь онъ оперированъ, кончился бы вѣроятно также благополучно, и тогда цитировался бы съ полнымъ правомъ, какъ случай излѣченія безъ операціи, терапевтическими мѣрами.

Чаще всего допускается возможность терапевтическаго лѣченія и излѣченія при прободеніи желудка, происшедшемъ при особо благоприятныхъ условіяхъ, при пустомъ и не вздутomъ газами органѣ. Такіе случаи сообщали въ засѣданіи Ноттингамскаго Медико-Хирургическаго Общества³⁾ Davis Price, Hunter и Giddings. Whitby описываетъ⁴⁾ случай прободенія язвы желудка, сопровождавшійся тяжелыми кровотеченіями и явленіями перитонита и также окончившійся выздоровленіемъ безъ операціи. Наконецъ одинъ такой случай, описанный Gerulanos'омъ, приведенъ выше. Не имѣя, конечно, никакихъ данныхъ, чтобы оспаривать, что въ этихъ случаяхъ было дѣйствительно прободеніе, къ нимъ все же надо относиться съ извѣстной осторожностью, памятуя о возможныхъ ошибкахъ диагностики во-первыхъ, а главное о томъ, что вокругъ язвы желудка нерѣдко образуются спайки и сращения брюшины, и прободенія иногда могутъ произойти въ заранѣе ограниченное пространство⁵⁾.

¹⁾ New York. Med. Rec. 1895. Jan. 5.

²⁾ Newton. Chicago Med. Rec. 1893. Vol. V, p. 409.

³⁾ Lancet 1899. Apr. 1. V. I p. 902.

⁴⁾ Lancet 1899. June 24 Vol. I, p. 1713.

⁵⁾ Carl Schwarz, 1. c.

Какъ бы то ни было, но если эти очень рѣдкіе случаи и дѣйствительно были случаями излѣченія разлитого перитонита, то они принадлежать къ въ высшей степени рѣдкимъ исключеніямъ. Какъ правило за зараженіемъ полости брюшины слѣдуетъ смертельное заболѣваніе. Наиболѣе интересныя данныя находимъ у Koerte¹⁾. Этотъ авторъ имѣлъ 28 случаевъ разлитого перитонита, которые дѣлилъ выжидательно, терапевтическими мѣрами. Эти случаи дѣлятся на 2 группы. Одну группу составляютъ тяжелые случаи, гдѣ авторъ рѣшилъ не оперировать по безнадежности (старикъ, очень плохое общее состояніе и т. п.) и другой рядъ болѣе легкихъ случаевъ, гдѣ, хотя и былъ опредѣленъ разлитой перитонитъ, не было констатировано присутствіе экссудата и потому не дѣлалось операціи. Первые все умерли, изъ вторыхъ выздоровѣло 6, при чемъ 4 изъ нихъ имѣли, какъ основную болѣзнь, аппендицитъ, одна больная заболѣваніе женскихъ половыхъ органовъ (а въ этихъ случаяхъ именно всего чаще бываютъ химическіе перитониты и такъ наз. раздраженія брюшины) и одинъ перитонитъ — неизвѣстнаго происхожденія. Такимъ образомъ, излѣченные случаи и здѣсь относятся къ болѣе легкимъ, и остается неопредѣленнымъ, была ли инфицирована полость брюшины, и, если была, то чѣмъ и въ какой степени — неизвѣстно.

Koerte самъ предупреждаетъ отъ сравненія его результатовъ оперативнаго и терапевтическаго лѣченія, такъ какъ, говоритъ онъ, обѣ статистики несравнимы по неравноцѣнности составляющихъ ихъ случаевъ.

Обращаясь къ результатамъ оперативнаго лѣченія разлитыхъ острыхъ воспаленій брюшины, мы считаемъ себя въ правѣ сказать, основываясь на томъ, что въ литературѣ почти исключительно за 6 лѣтъ, отъ 1894 до 1900 г., намъ удалось собрать 127 случаевъ излѣченія операціей несомнѣнно разлитого остраго перитонита, что это лѣченіе даетъ, скажемъ скромно, нѣкоторые результаты. 127 спасенныхъ отъ неминуемой смерти больныхъ представляютъ настолько внушительную цифру, что она заставляетъ безусловно продолжать попытки въ этомъ направленіи и дѣлаетъ хирургическое вмѣшательство не только законнымъ и показуемымъ, но прямо обязательнымъ, такъ какъ никакой другой методъ лѣченія еще не далъ до сихъ поръ результатовъ, могущихъ идти въ сравненіе съ результатами операціи. Конечно, результаты далеко не такъ хороши на самомъ дѣлѣ, какъ это показываютъ наши таблицы

Результаты хирургическаго лѣченія разлитыхъ острыхъ перитонитовъ.

(среднее выздоровление 54,2%), и мечтать о таком проценте успеха не приходится.

Понятно, что такой результат получается потому, что удачные случаи всё или почти всё публикуются, как явление из сих поръ считаеое рѣдкимъ, случаи же безуспѣшныхъ операций приводятся, по большей части, только при болѣе крупныхъ сообщеніяхъ ряда случаевъ и, какъ менѣе интересные, часто не публикуются. Но допуская, что эти результаты хоть въ 3, хоть въ 5, хоть въ болѣе разъ хуже, надо присоедиинить къ мнѣнію В. О. Боброва, который говоритъ, что разъ доказана возможность спасти больного, который безъ операціи обязательно умретъ, хирургъ долженъ оперировать, какъ бы мала ни была вѣроятность спасенія.

Однако для перитонита эта вѣроятность не такъ уже мала, и въ послѣдніе годы хирургія сдѣлала большой шагъ впередъ въ разбираеомъ здѣсь вопросѣ. Mikulicz въ своей работѣ о хирургіи круглой язвы желудка дѣлаетъ слѣдующее въ высшей степени интересное сопоставленіе опубликованныхъ операцій при прободеніи круглой язвы. Съ 1885 по 1893 г. включительно опубликовано 35 случаевъ операціи при прободеніи язвы съ 1 удачнымъ исходомъ (смертность 97,15%), а съ 1894 до 1896 г. включительно — 68 случаевъ съ 32 излѣченіями (смертность 52,94%)¹⁾ — огромная разниа, свидѣтельствующая о колоссальномъ успѣхѣ хирургическаго вмѣшательства. Эти же случаи составляли матеріалъ работы С. Parisier'a²⁾. Bouveret³⁾, потомъ Mintz⁴⁾ собрали до 1893 года 15 случаевъ съ 1 излѣченіемъ. Rosenheim, изучивъ эти случаи и 25 случаевъ, собранныхъ Morse всего съ 1 излѣченіемъ, считаетъ еще, что операція можетъ быть лишь ultimum refugium. Самъ Parisier собралъ до 1894 г. уже 43 случая операціи, и изъ нихъ за послѣдній годъ сообщено 18 съ 11 излѣченіями — фактъ, еще рѣзче свидѣтельствующій объ успѣхахъ хирургіи.

Гораздо хуже результаты при тифозныхъ прободеніяхъ.

По этому вопросу опубликованъ рядъ основательныхъ работъ. Monod и Vanverts собрали статистику въ 27 случаевъ съ 5 выздоровленіями, что составляетъ 81,5% смертности. Гесселевичъ и Ванахъ собрали 56 случаевъ, и присоедиинивъ къ нимъ еще 15 упоминаемыхъ въ литературѣ, получили 71 оперативнo излеченный слу-

чай съ 17 выздоровленіями: уже 76,0% смертности; наконецъ, самая обширная статистика принадлежитъ I. E. Platt'y¹⁾ и обнимаетъ 103 случая съ 21 выздоровленіемъ (79,6% смертности). Относительно плохіе результаты при тифѣ понятны, если принять во вниманіе истощеніе, обусловленное тифознымъ процессомъ у больныхъ, которыхъ приходится оперировать, и если даже въ этихъ трудныхъ случаяхъ процентъ излѣченій доходитъ до 20 съ лишнимъ, то исчисленіе его отъ 30 до 40 у больныхъ другого рода, вѣроятно, будетъ близко къ истинѣ.

Чтобы судить объ этомъ болѣе справедливо, лучше всего разсмотрѣть полныя личныя статистики отдѣльныхъ авторовъ, которыхъ теперь накопилось достаточно.

Sonnenburg²⁾ считаетъ, что у него 64 случая общаго перитонита съ 27 выздоровленіями, т.-е. 42%. Съ этими данными нельзя согласиться, такъ какъ сюда включены случаи, гдѣ были отграниченія, и всѣ случаи progredient-eitrige Peritonitis. Разбирая его работы, мы, основываясь на описаніи найденнаго при операціи, внесли въ наши таблицы всего 15 изъ его случаевъ, такъ какъ остальные были отграниченные перитониты. Изъ этихъ 15 умерло 14. Mc. Cosch излѣчилъ по своему способу 6 случаевъ, и всѣ 6 выздоровѣли. Jaboulay³⁾ имѣлъ 13 случаевъ разлитого перитонита отъ прободенія съ 3 выздоровленіями. Lennander⁴⁾ на 7 случаевъ разлитого перитонита имѣлъ 3 излѣченія. Herhold (Bardeleben)⁵⁾ имѣлъ 25 случаевъ съ 5 излѣченіями. Rother⁶⁾ на 26 случаевъ разлитого перитонита при аппендицитѣ сообщилъ объ 11 выздоровленіяхъ, Mc. Burney на 24 — 14 выздоровленій, Reckhardson (по Koerte) на 32 случая — 9 выздоровленій. Въ личную статистику Koerte вошли 71 случай операціи при перитонитѣ. Въ его работѣ не дано болѣе подробныхъ исторій болѣзни, а лишь очень короткій рефератъ въ табличной формѣ для группы выздоровѣвшихъ. Это лишило насъ возможности приобщить его цѣнный матеріалъ къ нашимъ таблицамъ, но для оцѣнки результатовъ операціи онъ сохраняетъ всю важность. Изъ 71 случая выздоровѣли 25, изъ которыхъ 23 имѣли разлитую форму, а 2 progredient-eitrige peri-

¹⁾ Lancet. 1899. Febr. 25. 505.

²⁾ Neuere Erfahrungen über Appendicitis (Mitt. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1898. Bd. III. H. 1).

³⁾ La Prov. Med. 1896. № 18.

⁴⁾ Beitr. z. kl. Med. u. Chir. H. 9, 1895.

⁵⁾ Deutsche Med. Wochenschr. Sept. 27. 1894.

⁶⁾ Festschrift. Berlin 1896. mit. no Koerte.

¹⁾ Mitt. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Bd. II. H. 12. 211.

²⁾ Deutsche Med. Wochenschr. 1895. № 28, 29.

³⁾ Traité des maladies de l'estomac.

⁴⁾ Zeitschrift f. kl. Med. XXV.

tonitis. Умерло 46, из которых 43 съ разлитымъ, 3 — progre-dient-
eitrige перитонитомъ. Такимъ образомъ получимъ 66 случаевъ раз-
литого перитонита съ 23 выздоровлениями. Изъ 25 подробныхъ
исторій болѣзни, приложенныхъ къ работѣ Tietze, основываясь на
описаніи найденнаго при операціи, мы выдѣлили въ наши таблицы
15 случаевъ разлитого перитонита, оперированныхъ авторомъ и
Mikulicz'емъ. Изъ нихъ выздоровѣло 6. Наконецъ, въ факультетской
хирургической клиникѣ проф. Боброва наблюдалось 10 случаевъ
съ двумя выздоровлениями. Такимъ образомъ всего 239 случаевъ
съ 83 счастливыми исходами, что и составитъ 35,1% выздоровле-
нія въ среднемъ. Это число надо считать уже близкимъ къ истинѣ,
такъ какъ оно представляетъ результатъ болѣе полныхъ личныхъ
статистикъ всѣхъ случаевъ отдѣльныхъ авторовъ, принадлежащихъ
къ числу наиболѣе выдающихся хирурговъ.

Число это само по себѣ такъ велико, что можетъ только поощ-
рять къ дальнѣйшей разработкѣ вопроса, путемъ которой, можно
надѣяться, оно будетъ еще увеличено, и хирургія одержитъ еще
одну новую побѣду въ области борьбы съ септическими заболѣ-
ваніями. Итакъ, заключенія предлагаемой работы даютъ право
установить, что хирургическое лѣченіе разлитыхъ острыхъ воспа-
леній брюшины заслуживаетъ полного довѣрія врачей. Значи-
тельное абсолютное число окончившихся выздоровленіемъ операцій,
которое удалось собрать въ этой работѣ, и процентное отношеніе,
вычисленное изъ статистикъ отдѣльныхъ хирурговъ, представляютъ
результаты, конечно, въ десятки разъ превосходящіе то, что дости-
гнуто было при выжидательномъ и терапевтическомъ лѣченіи. Все
это число излѣченныхъ больныхъ почти цѣликомъ должно быть
причислено къ спасеннымъ успѣхами хирургіи отъ неминуемой
смерти. Разъ твердо установлена возможность спасенія, хотя бы и
относительно малаго числа умирающихъ больныхъ, будутъ чаще
оперировать въ случаяхъ перитонита. Этимъ путемъ увеличится
число сохраненныхъ къ жизни, а съ болѣе частотой операціи
еще болѣе разработается и научная сторона вопроса, и успѣхи опе-
рацій, несомнѣнно, значительно превзойдутъ тѣ, которые получаютъ
въ настоящее время, такъ же какъ теперешніе результаты превос-
ходятъ достигавшіеся еще такъ недавно, всего 3—5 лѣтъ назадъ.

ПРИЛОЖЕНІЕ I.

Случаи, наблюдавшіеся въ факультетской хирургической клиникѣ Императорскаго Московскаго университета проф. А. А. Боброва.

Опытъ факультетской хирургической клиники профессора
А. А. Боброва за послѣдніе 8 лѣтъ охватываетъ всего 10 случаевъ
операціи при разлитомъ остромъ воспаленіи брюшины съ двумя
счастливыми исходами. Въ это число включены только тѣ случаи,
гдѣ при чревосѣченіи, показаніемъ къ которому служилъ или
самъ по себѣ перитонитъ, или прободеніе, непроходимость и другія
страданія органовъ пищеварительной трубки, было найдено острое
разлитое воспаленіе брюшины, и, кромѣ удаленія или обезврежи-
ванія первоначальнаго источника инфекціи, принимались хирур-
гическія мѣры противъ самаго воспаленія брюшины, въ видѣ
промыванія или очищенія салфетками и дренажа брюшной по-
лости. Тѣ случаи, гдѣ хотя и опредѣлялся при операціи начи-
нающийся перитонитъ, но оперативное вмешательство ограничива-
лось удаленіемъ первоначальной причины, какъ-то освобожденіемъ
ущемленной кишки, резекціей омертвѣвшаго отдѣла, освобожде-
ніемъ заворота и т. д., мѣры же направленныхъ специально про-
тивъ перитонита по какимъ-либо соображеніямъ не принималось,
и полость живота вслѣдъ за удаленіемъ первоначальной причины
зашивалась наглухо, въ надеждѣ, что дальнѣйшее сдѣлаютъ цѣли-
тельная силы организма, эти случаи не входятъ въ наше число.
По причинамъ, вызвавшимъ развитіе остраго разлитого перитонита,
случаи эти раздѣляются такъ:

- 1) Колото-рѣзанная рана живота: 1 случай, съ смертельнымъ
исходомъ.
- 2) Ущемленная грыжа: 4 случая, изъ которыхъ въ трехъ
было сдѣлано грыжесѣченіе съ 1 выздоровленіемъ, и въ одномъ —
вправленіе грыжи (смерть).

3) Внутреннее ущемление: один случай, съ смертельнымъ исходомъ.

4) Послеоперационный перитонитъ: одинъ случай, выздоровление.

5) Прободеіе толстой кишки въ результатъ злокачественнаго новообразования: три случая, съ смертельнымъ исходомъ.

Привожу эти случаи въ хронологическомъ порядкѣ.

Случай № 1 (249 отчета). Н. Я., крестьянка 36 лѣтъ, поступила 27/х 94 г., умерла 18/х 94 г.

Грыжа появилась 5 лѣтъ назадъ. За 6 дней до поступления, сильная болѣзненность въ мѣстѣ грыжи, затѣмъ схваткообразная боль во всемъ животѣ, вздутіе его, рвота и всѣ явленія полной непроходимости кишекъ.

Въ лѣвой паховой области, тотчасъ ниже Пупартовой связки и соответственно ей средней трети, находится опухоль, величиной съ гусиное яйцо, правильной эллипсоидной формы, длиннымъ діаметромъ расположенная по направленію Пупартовой связки. Цвѣтъ кожныхъ покрововъ не измѣненъ.

При ощупываніи опухоль оказывается плотно упругой консистенціи, съ слегка бугристой поверхностью, болѣзненная при давленіи; отъ верхняго ея конца подъ Пупартову связку идетъ плотный тяжъ. При перкуссіи тупой звукъ съ неяснымъ тимпаническимъ оттънкомъ; t^0 нормальна.

Осторожныя попытки выправить грыжу не удалась и немедленно приступили къ операциіи грыжесѣченія. Разрѣзъ длиной въ 8 см. По вскрытіи грыжевого мѣшка вытекло около чайной ложки сукровичной жидкости. Содержимымъ грыжи оказалась петля тонкой кишки, см. 8 въ длину, и часть сальника. Ущемленная кишечная петля темно-багрового цвѣта, но съ блестящей поверхностью серозной оболочки; стѣнки кишки эластичны, безъ всякихъ признаковъ омертвѣнія. Сращеній нѣтъ. После того какъ были вынуты и осмотрѣны приводящій и отводящій концы, оказавшіеся совершенно нормальными, подрѣзано грыжевое кольцо по направленію вверхъ и внутри, и кишечная петля выправлена. Выпавшій кусокъ сальника резецированъ, и грыжесѣченіе закончено какъ при радикальной операциіи. Кожная рана зашита наглухо.

Черезъ 6 часовъ послѣ операциіи больную прослабило жидко и затѣмъ слабило въ теченіе ночи еще нѣсколько разъ. Въ теченіе первыхъ 5 дней все шло хорошо; болей въ животѣ не было; вздутости ни малѣйшей, газы отходили свободно. Черезъ 5 дней появились боли въ животѣ, легкій метеоризмъ, задержаніе газовъ.

Черезъ 12 часовъ послѣ этого (2^0 /х) дано $1\frac{1}{2}$ стакана горькой воды Гунияди Янось, послѣ чего прослабило, и вышли газы; стало лучше, но уже къ вечеру опять сдѣлалось хуже. Поставили высокую клизму, но вышла только слегка окрашенная вода; t^0 вечеромъ $38,6^0$. Въ ранѣ полная prima intentio, и въ глубинѣ не прощупывается нигдѣ инфильтратовъ. Съ этихъ поръ общее состояніе больной постепенно ухудшалось: t^0 $38-39^0$, знобы, поты. Несмотря на то, что при помощи слабительныхъ и высокихъ клизмъ удавалось получать испраженія и отхожденія газовъ, метеоризмъ развивался все больше и больше; 5^0 /х перестала ощущать схватки въ животѣ и перистальтическія движенія кишекъ. 7^0 /х въ боковыхъ частяхъ живота при перкуссіи обнаруженъ притупленный звукъ.

8^0 /х чревосѣченіе. По вскрытіи брюшной стѣнки — книзу отъ пупка — вышла масса воночичъ газовъ, бывшихъ въ брюшной полости, вылилось до 1 литра жидкаго воночичагноя; стѣнки брюшной полости, съ одной стороны, и всѣ брюшныя внутренности en masse, съ другой стороны, залиты сплошнымъ фибринознымъ гноемъ. Очевидно, произошло прободеіе бывшей ущемленной петли кишки, но найти самое мѣсто перфорациі не удалось. Считая, что въ данномъ случаѣ разрывать кишечныя спайки не позволительно, полость брюшины промыли большимъ количествомъ физиологическаго раствора соли; заложили нѣсколько широкихъ пластинокъ іодоформной марли, концы которой вывели наружу, и рана была оставлена не зашитой. После этой операциіи больная прожила 10 дней, въ теченіе которыхъ дѣлалось ежедневно промываніе брюшиннаго гноиника солянымъ растворомъ, и смѣнялась сильно промокшая повязка. 12^0 /х изъ брюшной полости съ лѣвой стороны вышѣ съ гноемъ показались жидкія каловыя массы; больная постепенно теряла силы, пульсъ падалъ, и черезъ 3 недѣли послѣ операциіи она умерла.

При вскрытіи найдено, что справа, а не слѣва, гдѣ была грыжа, къ передней брюшной стѣнкѣ пришаяна петля тонкой кишки, на которой видно мѣсто перфорациі, имѣющее форму щели въ $1\frac{1}{2}$ см. длиной. Мѣсто перфорациі находится на 30 см. отъ впаденія ilei въ соесисъ.

Какъ видно, въ данномъ случаѣ операциа принесла, несомнѣнно, пользу больной, и на теченіе болѣзненнаго процесса вѣдѣтельное, очевидно, имѣло хорошее вліяніе. Болѣзненный процессъ былъ задержанъ, и процессъ общаго разлитого перитонита, собственно надо считать, былъ остановленъ операцией. Смерть въ этомъ

случае, надо думать, зависела от истощения пострадавшим гнойным, септическим процессом, и случай этот должен быть поставлен на границе между погибшими от продолжения болезни и от последовательных осложнений соответственно тому раздельно, которое мы приняли при разборе окончившихся летально случаев.

Случай № 2 (665 отчета). П. А., башмачник, 22 лет, поступил $\frac{6}{x}$ 96 г., умер $\frac{7}{x}$ 96 года.

Больной был доставлен в клинику из приемного покоя при полицейском участке в 8 часов вечера.

В 6-м часу вечера больной получил удар сапожным пожом в живот, после чего потерял сознание. В приемный покой больной был доставлен с выпавшими из раны живота внутренностями (кишечная петля и салыник), прикртыми шубой. Участковым врачом выпавшие внутренности были обмыты и вправлены в полость живота, рана закрыта повязкой.

Больной хорошего сложения, худощав. Кожные покровы и слизистая оболочки очень бледны. Сознание сильно затемнено. Пульс нитевидный. Живот перетянут полотенцем; под ним повязка, на левой половине живота. Рана находится в левом подреберье, рваная, с ровными краями, длиной около 15 см. Направление разреза косвенное — сверху и снаружи, книзу и кнаружи. Верхне-внутренний угол раны под хрящом 7-го ребра; ружь. Верхне-внутренний угол раны под хрящом 8-го, 9-й и 10-й реберные хрящи разрублены; в нижнем углу раны, под выступающим концом 12-го ребра, многопустоты крови. Рана широко зияет; в просвете ее выдаются салыник и ободочная кишка.

6-го же октября дежурный врач немедленно приступил к операции под эфирным наркозом. Кожная рана увеличена разрезом вверх на 6 см.; от нижнего угла брюшной раны проведен книзу отрубленным реберным краем поперечно к средней линии живота разрез, длиной около 8 см. Образованный мышечно-хрящевой лоскут был отвернут кнутри. Салыник найден захваченным, в складках его — кусок сапожной кожи, см. в 3 длины и 1 см. ширины, куски мочалы и человеческие волосы. Кишки умеренно вздуты, гиперемированы. Желудок не поранен. С наружной стороны нисходящей ободочной кишки в клетчатке напухлость газа и кровоизлияние, которое распространяется и на петлю кишки. В этой области найден разрыв серозной оболочки кишки и линейная кровоточащая ранка в ее мышечном слое, длиной около 1 см., идущая поперек кишки; ранка была

запята 3 шелковыми швами. Салыник и прилежащая к ране петля кишки обмыты теплым стерилизованным физиологическим раствором поваренной соли; салфетками, смоченными в том же растворе, выбрана кровь из полости живота. Брюшина запята непрерывным шелковым швом. Отделенный мышечно-хрящевой лоскут пришить швами наложенными на надхрящницу и межреберные мышцы. Наружный широким мышца живота сшита непрерывным швом, кожные покровы — узловатым. Йодоформная повязка. По причине упадка деятельности сердца произведено подкожное вливание 40 к. с. физиологического солевого раствора, и больной перенесен в теплую постель.

Ночь больной провел в забытии и просил пить. Была рвота 4 раза. На другой день температура утром $37,6^{\circ}$. Пульс 120—130, слаб. Жалуется на схваткообразные боли в животе. Пьет маленькими глотками воду с вином и вино. Поставлена клизма из стакана теплой воды с вином. Моча выпущена катетером в количестве 150 к. с., — насыщена. В 2 часа дня мочился сам (200 к. с.). В 3 часа, в виду сильного упадка деятельности сердца, — кофеин под кожу, клизма с вином. Сильная одышка, кашель с слизистой мокротой. Живот вздут, весьма болезнен при давлении.

Температура вечером $38,8^{\circ}$. Деятельность сердца быстро пала, несмотря на энергичное применение возбуждающих, и в 9 часов 15 мин. вечера больной умер при явлениях паралича сердца.

При вскрытии не найдено было других повреждений кишечника и грязи в полости живота, кроме найденных при операции. Причина смерти peritonitis acutissima.

Так как вскрытие показало, что операция была выполнена хорошо в смысле очищения полости живота, и обнаружило полное отсутствие воспалительного экссудата, то случай этот, по данным вскрытия в связи с чрезвычайно быстрым, роковым течением болезни, должен быть отнесен к числу тех случаев, которые составляют группу так называемой peritoneale sepsis Mikulicz'a и дают самое дурное предсказание в смысле исхода операции и лечения вообще.

Очевидно, что при самом поранении извит была внесена в высшей степени вирулентная инфекция, что и доказывается отсутствием сквозного ранения полых органов и излияний их содержимого. В виду недавности поранения и отсутствия при операции признаков воспаления брюшины, не было предпринято более обширного

промывания и рана была защита наглухо. Полное право на это давало отсутствие ранения желудка или кишки. Последующее быстрое течение и скоро наступивший роковой исход дают право сказать, что неприменение промывания и дренажа в данном случае не могло иметь влияния на течение и исход болезни. Случай этот должен быть кончиться смертью при всяком способе операции.

Случай № 3 (759 Отчета). Н. Я., нянька, 63 лет, поступила 28/II 1897 г. по поводу ущемленной паховой грыжи. Умерла 1/III 1897 г.

Восемь дней, как не отходят испражнения и газы; три дня, как продолжается рвота. Большая слабость, боли в животе и небольшого роста. Кожа суха и желтушно окрашена. *Facies Hippocratica*. Язык сух и обложен. Живот умеренно вздут и повсюду несколько болезнен при дотрогивании. В правой паховой области небольшая, с яичко, опухоль, мягко-упругой консистенции, несколько болезненная при ощупывании, покрытая нормальной кожей и дающая тимпанический звук. Сильная жажда. Пульс 130, слаб.

28 февраля операция. По вскрытии грыжевого мешка найдена ущемленной петля тонкой кишки. Кишка оказалась значительно истонченной и плотно приросшей у наружного отверстия пахового канала, так что при попытке выдвинуть ее у отверстия произошел разрыв и вышли жидкие экскременты. Тогда паховой канал разсечен сверху и резецирована омертвевшая часть кишки в границах здоровых тканей, всего кусок около 6 см. длиной. Промывание не применено в виду того, что инфекция, если и была, то местная, и ее опасались разнести шире по брюшной полости, почему ограничили местным очищением салфетками ближайших к месту ущемления отделов и введением тампонады. У места наложения кишечного шва кишка обернута полосой йодоформной марли и оставлена у внутреннего отверстия брюшной раны. Концы полоски выведены наружу. Рана оставлена открытой. Тампонада. Повязка.

На другой день больная скончалась при явлениях упадка деятельности сердца.

На вскрытии найден начинающийся разлитой перитонит.

Этот случай, так же как предыдущий, должен быть отнесен к классу *peritoneale sepsis*. Принимая во внимание возраст больной, тяжелое состояние, позднее, по независимости от клиники причинам, время вмешательства, предсказание могло быть только самое печальное. Уже когда приступали к операции, отказались

от которой нельзя было в виду жизненного показания, обусловленного ущемлением, надежды на счастливый исход почти не было.

Случай № 4 (1279 Отчета). Д. Т., крестьянин, 51 года, швейцар при гостинице, поступил 13/II 99 г., умер 12/III 99 г.

Больной был доставлен в клинику в 10 часов утра, с жалобой на полное отсутствие испражнений в течение 4 суток. Собранный анамнез дал следующее: склонность к запорам, развивавшаяся за последние 8 лет, вследствие чего часто должен был прибегать к слабительным. Год тому назад внезапно поднялись очень сильные боли по всему животу, и в течение двух дней, несмотря на принятые внутрь слабительные средства, ни экскременты, ни газы не отходили; на третий день кишечник после клизмы опорожнился, боли стихли, и больной быстро поправился, лишь склонность к запорам оставалась попрежнему. 8/III 99 года, без видимой причины, поднялись очень сильные боли по всему животу. Весь живот сдвинулся очень болезненно к правому боку; в течение первых двух суток, по словам больного, температура оставалась нормальной, рвоты не было, а была лишь по временам отрыжка. Приглашенный врач дал больному слабительное — горькую воду и какие-то порошки; так как данное слабительное не действовало, то на следующий день ему дано было касторовое масло и поставлена клизма. К 11/III боли в животе начали стихать, но ни экскременты, ни газы не отходили. Тогда 12/III ему были поставлены клизмы с глицерином, мылом, солью и простая высокая, но все — без результатов. Мочи последние дни было мало — до 1 1/2 стакана в сутки.

Больной очень крепкого сложения мужчина; лицо слегка осунувшееся, цианотичное, пульс 120, довольно слабого наполнения, без перебоев, дыхание 28, температура 36,7°, тоны сердца чисты, в легких ничего ненормального не отмечается. При осмотре живота отмечается равномерная его вздутость, почти полная безболезненность к ощупыванию и отсутствие перистальтических движений в кишках; ничего ненормального прощупать не удается. При перкуссии — везде ясный тимпанический звук, лишь в области слепой кишки небольшое притупление. Исследование *per rectum* ничего не открывает. Поставленная тотчас по прибытии больного в клинику высокая клизма из 12 стаканов воды вышла назад, лишь замученная, не вызвавши отхождения ни экскрементов, ни газов. Мочится больной самостоятельно. Через введенный желудочный зонд выделилось из желудка стакана 3 почти

Больной доставленъ въ клинику въ 9 часовъ вечера, по поводу ущемленія правой паховой грыжи. Грыжа существуетъ 10 л., ущемилась 2 часа тому назадъ.

Больной хорошаго сложенія и питанія, всѣ внутреннѣе органы въ порядкѣ. Правая половина мошонки, величиною въ 2 кулака взрослого человѣка, сильно напряжена и болѣзненна, при перкуссии даетъ кишечный тонъ. Животъ вздутъ, газы не отходятъ, постоянная икота. На мошонку былъ положенъ пузырь со льдомъ, и безъ наркоза сдѣлана попытка къ вправленію, которая не удалась.

3-го марта, черезъ 15 часовъ послѣ ущемленія, подъ наркозомъ грыжа была вправлена. Къ вечеру у больного появились признаки рѣзко выраженного перитонита: животъ сильно вздутъ, напряженъ, газы не отходятъ, постоянная икота и рвота, пульсъ 140 слабого наполненія, коллапсъ.

3-го марта, въ 10 часовъ вечера лапаротомія: разрѣзъ по средней линіи живота, отъ пупка до symph. ossium pubis. По вскрытіи полости брюшины вылилось нѣсколько стакановъ ѣдкой жидкости, и загѣмъ скоро удалось найти петли (всего около 3 метровъ) тонкой кишки темно-багрового цвѣта, которыя и были извлечены наружу. Въ это время пульсъ больного сразу упалъ и, несмотря на всевозможныя возбуждающія (камфора, кофеинъ и соляной растворъ), больной умеръ отъ паралича сердца.

При вскрытіи оказались на брюшинѣ признаки ясно выраженного перитонита, въ полости живота до 2 стакановъ серозно-кровоянистой жидкости съ дурнымъ запахомъ. Тонкая кишка на разстояніи аршина отъ впаденія въ толстую, на протяженіи 2 1/2—3 метровъ, представляется темно-багрового цвѣта съ признаками начинающагося омертвѣнія; прободенія нигдѣ не найдено.

Случай этотъ собственно, по указанію Koerte, не долженъ быть причисленъ къ статистикѣ лѣченія перитонитовъ, такъ какъ осложненіе такимъ колоссальнымъ омертвѣніемъ кишки, которое было въ данномъ случаѣ, является гораздо болѣе угрожающимъ жизни, чѣмъ самый перитонитъ. Случай приводится здѣсь лишь для полноты, такъ какъ показаніемъ къ операциі служилъ перитонитъ собственно. Онъ поучителенъ какъ доказательство того, насколько опасно извлекать кишки изъ полости живота у столь слабыхъ больныхъ. Эвентраціи омертвѣвшей кишки, которую необходимо было резецировать и потому нельзя было обойтись безъ извлеченія ея наружу, было достаточно, чтобы вызвать моментальный коллапсъ у больного, несмотря на то, что со времени ущемленія еще не прошло 24 часовъ.

Случай № 6. Е. Ш., крестьянка 22 лѣтъ, была оперирована¹⁾ по поводу нагноившейся дермоидной кисты яичника, которая еще до операциі имѣла на мѣстѣ пупка свищъ, отдѣлявшій густой, съ запахомъ гноя. 8 марта 1898 г. сдѣлана была попытка удалить опухоль чрезъ разрѣзъ, сдѣланный въ лѣвой прямой мышцѣ, пальца на 4 отступя отъ средней линіи живота; однако, вълѣдствіе обширныхъ сращеній, отъ удаленія опухоли отказались, а вскрыли ее вторымъ разрѣзомъ по средней линіи живота и выпустили около двухъ стакановъ гноя съ примѣсью кашцеобразныхъ массъ. Полость кисты затѣмъ высосали ложкой, при чемъ изъ стѣнки кисты удалили 3 зуба и кусочекъ кости. Дренажъ черезъ брюшную рану.

На другой день самочувствіе больной хорошее; температура нормальная. На вторые сутки появились небольшія боли въ животѣ; температура поднялась до 37,8°. На третьи сутки къ вечеру рвота, сильныя боли во всемъ животѣ; газы не отходятъ. Пульсъ до 120 въ минуту.

Въ виду явленій перитонита, вечеромъ 11 марта, черезъ сутки послѣ начала явленій, подъ хлороформомъ операциа: раскрыта рана брюшной полости, сдѣланная слѣва при первой операциі. По вскрытіи здѣсь полости брюшины, вылилось около двухъ столовыхъ ложекъ серозно-гноевой, съ примѣсью бѣлыхъ казеозныхъ массъ, жидкости, находившейся между петлями тонкихъ кишокъ и flexura sigmoidea. Тогда разрѣзъ былъ увеличенъ книзу почти до Пупартовой связки, и при осмотрѣ черезъ этотъ разрѣзъ оказалось невозможнымъ пройти въ полость малаго таза, такъ какъ дно матки и ея придатки были плотно сращены какъ съ пристѣною брюшной, такъ и съ петлями кишокъ. Въ виду этого былъ сдѣланъ еще разрѣзъ съ правой стороны, начиная отъ передней верхней ости вдоль Пупартовой связки, длиною около 10 сант. По вскрытіи этимъ разрѣзомъ полости живота, изъ нея вылилась та же жидкость съ примѣсью казеозныхъ хлопьевъ въ гораздо большемъ количествѣ. При изслѣдованіи пальцемъ со стороны полости брюшины черезъ разрѣзъ и расширенный свищъ на средней линіи живота можно было убѣдиться, что лѣвая стѣнка кисты перфорирована, а отверстіе свободно пропускаетъ указательный палецъ. Чрезъ это-то отверстіе во время первой операциі попало въ брюшную полость гнойное содержимое кисты и заразило потомъ всю полость брюшины. Пройти въ полость малаго таза изъ праваго разрѣза оказалось также невозможнымъ, благодаря массѣ сраще-

¹⁾ № Отчета 1336.

ний. Черезъ сдѣланные разрѣзы были вставлены дренажи: черезъ лѣвый — одинъ дренажъ, шедшій вдоль нисходящей ободочной кишки и доходившій до селезенки; другіе 2 дренажа были вставлены черезъ разрѣзъ на правой сторонѣ, при чемъ одинъ изъ этихъ дренажей шелъ вдоль восходящей ободочной кишки подъ печень, а другой немного наискось къ средней линіи до большой кривизны желудка. Черезъ эти дренажи полость живота промыли нѣсколькими литрами теплаго соляного раствора (пока изъ дренажей и мимо ихъ, черезъ разрѣзы брюшныхъ стѣнокъ, не стала выдѣляться совершенно чистая жидкость). Вдоль дренажей всюду заложены полоски іодоформной марли (въ canales laterales); въ полость кисты черезъ среднюю рану также введенъ дренажъ и іодоформная полоска. Асептическая повязка. Во время операции пульсъ не падалъ, былъ довольно хорошаго наполненія (около 120 въ минуту). Больная была перенесена въ постель, обложена теплыми пузырями и помѣщена нѣсколько въ полусидячемъ положеніи. Всю ночь послѣ операціи срыгиванія и частыя рвоты, боли во всемъ животѣ въ той же степені; пульсъ слабый (до 140 въ минуту). Назначены подкожныя впрыскиванія кофеина и соляного раствора. Въ такомъ состояніи (рвота, срыгиванія, боли въ животѣ и частый, слабый пульсъ) больная находилась еще 2 дня.

Далѣе рвота и срыгиванія прекратились, и боли въ животѣ стали меньше. Каждая сутки мѣнялась повязка, которая сильно промокала гнойнымъ отдѣляемымъ изъ полости брюшины. На другой день послѣ 2-й операціи полость живота была еще разъ промыта физиологическимъ растворомъ поваренной соли. На четвертые сутки всѣ явленія перитонита уже исчезли; на 5-я сутки у больной появились небольшой аппетитъ, и была дана жидкая пища (бульонъ, чай и вино). На 8-я сутки вмѣстѣ съ испраженіями вышло около столовой ложки густого зеленовато-желтаго гноя. Истеченіе такого же отдѣляемаго было обнаружено изъ прямой кишки и влагалища, и при помощи введенныхъ туда зеркалъ можно было видѣть небольшое отверстіе на глубинѣ приблизительно 9 см. въ переднемъ влагалищномъ сводѣ. Больной были назначены клизмы висмутомъ, а въ полость прямой кишки и влагалища заложены полоски іодоформной марли. Кромѣ того влагалище ежедневно промывали растворомъ сулемы (1:1000) и мѣняли іодоформныя полоски. Отдѣляемое изъ ранъ съ каждымъ днемъ становилось все меньше и меньше, такъ что довольно быстро приходилось укорачивать дренажъ и полоски марли; такъ же быстро укорачивали и дренажъ, введенный въ полость кисты. Отдѣляемое изъ полости

брюшины носило сначала гнойный характеръ, затѣмъ перешло въ слизистый и, наконецъ, въ серозный; отдѣляемаго за сутки было около 2 столовыхъ ложекъ. На 8-я сутки послѣ 2-й операціи температура больной была нормальная, а черезъ 2 недѣли совершенно прекратилось выдѣленіе гноя черезъ влагалище и прямую кишку. Ко дню выписки больной изъ клиники лапаротомная рана почти совершенно зажила, представляя изъ себя небольшой грануляціонный поверхностный свищъ, ведущій въ полость кисты, шелъ однако на глубину 8 сант. и изъ него выдѣлялось до 2 столовыхъ ложекъ гнойной густой жидкости. Больная была переведена, по случаю закрытія клиннки передъ лѣтними вакаціями, въ Басманную больницу, откуда, по полученнымъ свѣдѣніямъ, выписалась съ вполне зажившей раной. Осенью 1898 года больная явилась въ клинику. Чувствуетъ себя совершенно здоровой; на мѣстѣ сдѣланныхъ разрѣзовъ — плотные рубцы; отравленія кишечника нормальны, на мѣстѣ бывшей опухоли прощупывается незначительное затвердѣніе (при двойномъ изслѣдованіи).

Описанный сейчасъ случай представляетъ высокій интересъ прежде всего потому, что здѣсь мы имѣли дѣло съ несомнѣннымъ разлитымъ острымъ воспаленіемъ брюшины, возникшимъ на почвѣ изліянія въ брюшную полость черезъ прободное отверстіе въ кистѣ септического содержимаго послѣдней. При обсужденіи этого случая прежде всего возникаетъ вопросъ, не зависѣло ли благополучное теченіе и исходъ отъ того, что полость таза была отдѣлена сращениями? На этотъ вопросъ легко отвѣтить отрицательно, и вотъ почему. Клинической опытъ и наблюденіе давно установили, что нагноеніе въ маломъ тазу менѣе опасно и чаще кончается благополучно, чѣмъ нагноеніе въ болѣе высокихъ отдѣлахъ полости живота, а послѣдніе въ данномъ случаѣ были несомнѣнно инфицированы очень сильно и на обширномъ пространствѣ содержимымъ нагноившейся дермоидной кисты, которое, излившись въ правую половину живота, проникло и въ лѣвую сторону его. Кромѣ того и полость малого таза, очевидно, отдѣлена была сращениями не вполне, такъ какъ и туда проникла инфекция, что доказывается образованіемъ въ послѣдующемъ теченіи гнойника, вскрываемаго *per rectum* и *per vaginam*. Этотъ случай былъ оперированъ въ первые сутки отъ начала развитія процесса, и въ удачномъ окончаніи и дренированіи гнойной полости вмѣстѣ съ тѣмъ обстоятельствомъ, что хирургическая помощь подоспѣла во-время, пока организмъ еще не былъ отравленъ въ концѣ всасываніемъ септическихъ продуктовъ, надо искать прежде

всего объяснение счастливого исхода. Постоперационное течение также прошло очень типично. 2 дня острые явления, затем в 2 суток полное исчезновение признаков перитонита так, как это наблюдалось в большинстве случаев наших таблиц, наконец последующее течение без всяких осложнений и полное выздоровление. Интересно, что через год больная являлась вполне здоровой и очень поправившейся. Несмотря на многие сращения, существовавшие до перитонита, и на то, что после 2-й операции и излечения от перитонита они должны были весьма увеличиться в количестве, ни в постоперационном течении, ни за следующую год не было ни разу признаков затруднения кишечной проходимости — факт весьма важный, так как этих осложнений, казалось бы, всего больше надо опасаться в последующем течении после излечения от перитонита, и показывающий еще раз, как велика приспособляемость организма в случаях развития таких обильных сращений.

Случай № 7. О. Печ., фабричный, 48 лет, поступил в фак. хир. клинику 7 октября 1899 года по поводу ущемленной паховой грыжи.

В тот же день сделана операция, во время которой оказалось, что одна из вынавшихся петель тонкой кишки омертвела и потому была резецирована. В рану брюшной стенки заложена иодоф. турунда. Первые 2 дня после операции больной чувствовал себя удовлетворительно. На 3-й день темп. повысился до $38,2^{\circ}$, появились боли в животе и тошнота. При давлении живота всюду болезнен и несколько вздут. На 4-й день после операции вынута турунда, заложенная в операционную рану. К вечеру того же дня быстро прогрессирующие явления перитонита: черту того же дня быстро прогрессирующие явления перитонита: *facies Hippocratica*, сонно, холодный пот, слабый и частый пульс, почти постоянная рвота, утробные боли в животе. В 2 часа ночи 12 октября, чрезосечение под хлороформом: брюшная полость вскрыта тремя разрезами. Первый разрез сделан между пупком и лобком по средней линии, и тотчас же показалась серозно-гнойная жидкость. Затем раскрыта и увеличена вверх операционная рана в левой паховой области, а потом брюшная полость вскрыта еще в правой подвздошной области, параллельно Пупартовой связке. Через все 3 разреза стала вытекать серозно-гнойная, с небольшою примесью фибринозных хлопьев, фкая (пциало кожу рук) жидкость; серозная кишка, и паритальная брюшина покрыты фибринозно-гнойными отложениями. Через разрез по средней линии живота виден клу-

бок спаявшихся между собой петель тонкой кишки, преграждающий доступ к малому тазу. Осторожно разделяя сращения между петлями кишок, подошли к полости малого таза, из которой вышло больше стакана вонючей ихорозной жидкости.

Через сделанные 3 разреза брюшной полости вставлены были затем дренажи в следующих направлениях: первый дренаж из среднего разреза в полость гнояника в малом тазу; второй — к печени, вдоль *canalis lateralis dextr.*, из прав. разреза; третий — к дну желудка и селезенки, вдоль *canalis lateralis sin.*, из бокового разреза слева; четвертый — к поперечной ободочной кишке через средний разрез; пятый — к корню брыжейки справа (*sinus mesentericus dexter*); шестой и седьмой — к корню брыжейки слева (*sinus mesentericus sin.*) и в левую подвздошную впадину. После того полость брюшины промывалась до тех пор теплой водой (достаточного количества 0,7% раствора NaCl не оказалось), пока из всех дренажей не стала вытекать наружу вполне прозрачная жидкость. В конце операции вдоль заложенных уже дренажей были проведены полосы марли. Асептическая повязка. Всю ночь и утро продолжалась рвота. На другой день полость брюшины промыта через те же дренажи 1000 куб. сант. теплого солевого раствора. На 10-й день 3 из дренажей вынуты и заменены полосками иodoформной марли. Гнойное отделяемое из всех дренажей было первое время очень обильно. Затем мало-по-малу дренажи укорачивались или заменялись иodoформными полосками. Выписан через 3 месяца после операции, чувствуя себя здоровым. Аппетит хорош, болей в животе нет, на низ правильно. Ко дню выписки больного оставались еще 3 свищевых хода: один из правого разреза, по направлению вверх, в 12 сант. длиной; другой из левого разреза, тоже вверх, в 8 сант., и 3-й из среднего разреза по направлению вглубь, в 3 сант.

В конце апреля 1900 года этот больной приходил в клинику с жалобой на грыжевое выпячивание рубца в правой подвздошной области. В остальном чувствует себя хорошо; свищи зажили; работает. Больному был приобретен поддерживающий живот пояс. С тех пор дальнейших сведений не имеется.

Случай этот должен быть трактован также скорее, как случай перитонита постоперационного, чем стоящего в связи с ущемленной и омертвевшей грыжей. За это говорить то обстоятельство, что при операции признаков перитонита не най-

дено, и первые 2 дня течение было гладкое. Условия для инфекции брюшины при самой операции, конечно, были очень благоприятны, если принять во внимание то, что была предпринята резекция кишки при неподготовленном предварительно к операции кишечнике и что умертвила уже до операции выпавшая кишечная петля. Следовательно содержимое грыжевого мешка было также весьма вброшено уже инфицировано, а при операции часть грыжевых вод легко могла попасть в брюшинную полость. Начало развития перитонита на 3-и сутки после грыжесечения говорит именно за такое толкование, а потому этот случай не подходит вполне под категорию тех, которые Koerte исключает из статистики лечения перитонитов — умертвивший ущемленные грыжи, осложненные перитонитами, куда надо безусловно отнести случай № 5. Перитонит в этом случае был также несомненно разлитой и даже может быть назван общим в виду широкого распространения и большого количества воспалительного экссудата и несомненно уже достиг довольно высокой степени развития, тем более, что операция предпринята в срок более суток от момента начала общих явлений.

На этом случае можно проследить прекрасное воздействие обильного промывания на ход воспалительного процесса, так как продолжительность острых явлений была даже меньше среднего, двух суток, после операции. Также демонстративен и убедителен этот случай, как доказательство того, что дренаж брюшной полости, хорошо расположенный, действует очень хорошо, выполняя свое назначение, и что образование сращений далеко не так скоро, как обыкновенно думают, прекращает его функцию, во всяком случае могущую продолжиться столько, сколько нужно для излечения больного от основного страдания.

Последующее течение без осложнений говорит за то, что описанный план дренажа хорош, и расположенный хорошо опорожняющий полость живота от отделяемого, так как, кажется, этот случай с обильным экссудатом представил бы наиболее подходящие условия для развития последовательных местных гнойников, как путем инкапсуляции, так и заражения лимфатических путей и желез.

Последние три случая, описание которых будет изложено ниже, также согласно принципам Koerte, не должны быть воиены в статистику. Все эти случаи представляют осложнение перитонитом последующего течения после операции по поводу злокачественного новообразования толстых кишок.

Здесь перитонит поражать организмы, уже истощенные первоначальной болезнью, и, или как результат прободения, только случайно совпадая с временем операции, предпринятой ради удаления опухоли (случай № 8), или являлся осложнением послеоперационного течения после удаления опухоли. Эти три случая все окончились смертью.

Случай № 8. В. К.—ву, 39 лет, поступившему в фак. хир. клинику, было сделано 20 ноября 1899 года пробное чревосечение: найдена была раковая опухоль, сидевшая в углу между нисходящей и поперечной ободочной кишкой. Опухоль эта вследствие большой своей величины и сращений признана неудаляемой, и была наложена *anus praeternaturalis*. На 4-е сутки после этой операции появились симптомы быстро развивающегося перитонита, и потому в тот же день (24-го ноября) к вечеру сделано чревосечение. Начата была операция с разреза по средней линии живота между пупком и лобком. По вскрытии полости брюшины, оттуда вытекло большое количество серозно-гнойной жидкости с хлопьями. Петли тонких кишок были склеены между собою. Для того чтобы разобраться относительно причины перитонита, д-р Оедоров, делавший операцию, не стал делать сейчас же боковых разрезов, а пораздвинув кой-где склейки между воздушными петлями кишок, вывел несколько петель наружу, ввел затем в полость брюшины дренаж и начал промывать теплым соляным раствором; почти тут же наступил коллапс и смерть больного.

На вскрытии найден разлитой гнойный перитонит, вследствие изъязвления новообразования и прободения толстой кишки в полость брюшины.

Этот случай также представляет поучительный пример опасности эвентрации, хотя бы и немногих кишечных петель. Тем не менее, главная причина печального исхода операции, которая была предпринята в достаточно ранний срок, и быстрота развития перитонита здесь должны быть отнесены на чрезвычайную ослабленность и истощение организма раковым процессом.

Случай № 9. Больная А. З., 31 года, ранее лежала в фак. хир. клиники, где ей, в сентябрь 1899 года, была удалена саркома из мягких тканей бедра. 15-го октября больная вышла из клиники, а 23-го октября почувствовала боли в правой почке, которую врачи находили еще раньше подвижной, и заметила, что почка эта сразу очень увеличилась. С тех пор опухоль постепенно увеличивается. 15 января 1900 года больная вторично

поступила в клинику, где при исследовании найдена опухоль, спускающаяся из правого подреберья, мягко упругая, весьма подвижная и по очертаниям своим вполне напоминающая раз в 2 увеличенную почку. В моче $\frac{1}{2}$ % бѣлка, лейкоциты и эпителий; цилиндров и кровяных шариков нѣтъ.

При распознавании саркомы правой почки 20 января 1900 года чрезвычайное: опухоль оказалась метастазом саркомы, имѣла форму боба и сидѣла на мѣстѣ перехода восходящей ободочной кишки в поперечную; была величиною кулака в 2. Обѣ почки на ощупь нормальны. Опухоль (саркома) изсѣчена из стѣнки толстой кишки, при чем полость послѣдней не была вскрыта. На другой день послѣ операций $t^{\circ} 38-38,6^{\circ}$; боли в ранѣ и под ложечкой. 22-го января икота, газы не отходят, чувствуется распирание живота; послѣдній боленъ и нѣсколько вздут; $t^{\circ} 37,8-39,1^{\circ}$. 23-го января рвота, боли в животѣ, частый и слабый пульс, лицо сильно осунулось. В 2 часа дня, в виду усиливавшихся явлений перитонита, под хлороформомъ операция. Сначала раскрыта операціонная рана по краю правой прямой мышцы. Через нее из полости живота вытекло около 3 стаканов серозно-гнойной жидкости. Брюшная стѣнка на мѣстѣ разрѣза была пропитана гноем, и отсюда, от брюшной раны, начался, по видимому, перитонитъ, такъ какъ в томъ мѣстѣ на толстой кишкѣ, откуда изсѣчена опухоль, воспалительныхъ явлений не было. Затѣмъ полость живота вскрыта еще двумя разрѣзами: однимъ между пупкомъ и лобкомъ по средней линіи и другимъ вдоль лѣвой Пупартовой связки. Разрѣза вдоль правой Пупартовой связки не сдѣлано в виду того, что разрѣзъ, сдѣланный при первой операціи по наружному краю правой прямой мышцы и раскрытый теперь, доходилъ до правой подвздошной области. Через эти 3 отверстия в передней брюшной стѣнкѣ введены в полость живота дренажи: 2 — в оба canales laterales къ печени и дуго желудка и 2 — в оба sinus mesenterici; затѣмъ полость брюшины желудка и 2 — в оба sinus mesenterici; затѣмъ полость брюшины промыта через эти дренажи теплымъ солянымъ растворомъ. Когда из дренажей стала вытекать уже почти прозрачная жидкость, изъ дренажей еще одинъ дренажъ черезъ средній разрѣзъ в заднее Дугласово пространство и выпущено отсюда около стакана густого гноя. Тогда заднее Дугласово пространство, а потомъ и вся полость брюшины были еще разъ промыты солянымъ растворомъ; рядомъ съ дренажами заложены полоски марли и сверху асептическая повязка.

Послѣ промыванія полости живота больная чувствовала себя

остальную половину дня гораздо лучше; боли в животѣ стали много меньше. В 6 часовъ вечера появились однако опять боли в животѣ, рвота и быстрый упадокъ дѣятельности сердца. В 8 часовъ вечера наступила смерть. На вскрытіи найдено скопленіе гноя в порядочномъ количествѣ только в заднемъ Дугласовомъ пространствѣ. В остальныхъ мѣстахъ брюшина всюду тускла и покрыта кой-гдѣ фибринозно-гнойными отложеніями. Скопленій гноя нигдѣ больше не было. Дренажи и турунды оказались на тѣхъ мѣстахъ, куда были заложены.

Этотъ случай, относящійся къ тому же разряду, какъ и предыдущій, является еще доказательствомъ, что цѣлесообразно расположенный дренажъ достигаетъ своего назначенія, о чемъ и свидѣлствуютъ данныя вскрытія. По послѣдующему теченію его надо отнести къ тому разряду случаевъ, гдѣ операція, принесла нѣкоторое облегченіе, не достигла окончательной цѣли, болѣзнь прогрессировала и несмотря на внимательство повела къ печальному концу. Истощеніе организма (метастазъ ранѣ удаленной опухоли, саркомы), конечно, не могло и здѣсь не оказать своего вліянія на ходъ болѣзни.

Случай № 10. Э. Цв., 49 лѣтъ, служащій на фабрикѣ, поступилъ по поводу хронической непроходимости кишечника. 6 декабря 1900 года, опредѣлена раковая опухоль, по ходу толстой кишки, и 15-го декабря сдѣлано чрезвычайное: сначала разрѣзъ выше пупка черезъ правую прямую мышцу; изъ этого разрѣза убѣдился, что раковое суженіе лежитъ в лѣвомъ углу у перегиба толстой кишки. Поэтому, закрывши этотъ разрѣзъ салфетками, провели другой, косой, параллельно лѣвому реберному краю. Черезъ этотъ второй разрѣзъ изсѣкли опухоль кишки и швами соединили отрѣзки послѣдней.

Первая рана зашита затѣмъ наглухо, во вторую — заведена йодоформная турунда до линіи кишечныхъ швовъ, а оставшая часть раны также зашита. Къ вечеру температура $35,6^{\circ}$, съ 1 часа почти икота. 16-го декабря мочи 400 куб. с., животъ немного вздутъ, газы не отходятъ; съ 6 часовъ вечера — икота почти каждыя 5 минутъ; съ 10 часовъ вечера повторная рвота. Температура $36,9^{\circ}$.

17-го декабря, в 3 часа утра перевязка; раскрыты кожные швы в обѣихъ ранахъ, и оттуда вытекло немного мутной кровянистой жидкости; заложены турунды изъ марли.

Къ 9 часамъ утра газы отошли; животъ опять. Икота продолжается. Температура $36,9-37,7^{\circ}$, пульсъ 86. 18-го декабря газы

отходить, животъ не вздуть, при давлении безболѣзненъ. Рвоты нѣтъ. Икота продолжается; температура 36,6°. Пульсъ 120.

Въ 3 часа дня сняты глубокіе швы съ лѣвой брюшной раны: изъ глубины стала вытекать мутная, кровянисто-гнойная жидкость. Вставлены вглубь йодоформная турунды и 2 толстыхъ дренажа. Въ 6 часовъ вечера рвота съ примѣсью крови; температура 37,4°, пульсъ 120, слабаго напряжения; лицо нѣсколько осунулось, рвота почти каждые полчаса.

Въ виду усиливающихся явленій перитонита въ 10 1/2 часовъ вечера подъ кокаиномъ операція: по срединѣ между лобкомъ и пупкомъ вскрыта брюшная полость. Серозная толстой кишки (Sigmoidum), здѣсь предлежащей, и петель тонкой кишки оказалась сильно гиперэмвированной; мѣстами на ней точечныя кровоизліянія. Между петлями кишокъ небольшой скопленія мутной серозно-кровянистой жидкости. Черезъ этотъ разрѣзъ между петлями кишокъ въ полость малаго таза заведенъ длинный дренажъ. Затѣмъ сдѣланъ второй разрѣзъ брюшной стѣнки слѣва, вдоль Пупартовой связки: вытекло немного такой же мутной кровянистой жидкости, и показались гиперэмвированныя петли кишокъ. Между этими петлями и нисходящей толстой кишкой заведенъ вверхъ стм. на 16 дренажъ, и черезъ него начато промываніе брюшной полости теплымъ (40—42° С.) физиологическимъ растворомъ поваренной соли (0,7%).

При промываніи сначала выдѣлялась мутная кровянистая жидкость съ примѣсью довольно значительнаго количества кровяныхъ сгустковъ, а потомъ чистая вода. Затѣмъ направились къ ланаротомной ранѣ въ правой прямой мышцѣ и сняли глубокие швы, начиная съ верхняго угла раны, откуда сейчасъ же показался густой желтый, нѣсколько слизистый гной, въ количествѣ около 2 столовыхъ ложекъ.

По удаленіи гноя можно было убѣдиться, что полость этого гнойника помѣщалась между передней стѣнкой желудка и подреберьемъ (грудобрюшной преградой). Въ нижнемъ отдѣлѣ раны салыникъ и, вѣроятно, толстая поперечная кишка были спаяны между собою и съ паріетальной брюшиной и мѣшали гною спуститься дальше внизъ въ полость брюшины. Поэтому этотъ гнойникъ былъ дренированъ отдѣльно.

Слѣдующій разрѣзъ былъ сдѣланъ вдоль правой Пупартовой связки, и черезъ него введенъ дренажъ въ правый sinus mesentericus. Черезъ введенные 3 дренажа полость брюшины промывалась до тѣхъ поръ, пока изъ всѣхъ дренажей не стала выдѣляться совершенно прозрачная жидкость.

Должно отмѣтить здѣсь, что больной жаловался только на умѣренные боли при разрѣзахъ брюшной стѣнки и при введеніи дренажей въ полость живота; само промываніе брюшной полости было, по заявленію больного, безболѣзненно, и онъ просилъ только время отъ времени приостанавливать промываніе, когда ощущалъ распирание живота отъ избытка вливаемой жидкости. Между тѣмъ при раскрытіи обѣихъ старыхъ операціонныхъ ранъ ощущалась значительная болѣзненность.

Наконецъ, былъ раскрытъ верхній отдѣлъ въ лѣвомъ подреберьи: скопленія тамъ не найдено, но стѣнка желудка сильно инфильтрована и покрыта кой-гдѣ фибринознымъ налетомъ; заложены полосы марли вдоль всѣхъ вставленныхъ въ полость живота дренажей. Асептическая повязка. Послѣ промыванія брюшной полости больной почувствовалъ себя лучше; спалъ 2 часа. Въ 6 часовъ утра полость брюшины вторично промыта черезъ дренажи. Первые порціи промывной жидкости были мутноваты. Кровавая рвота однако не прекращается. Въ 9 часовъ утра температура 37,7°, пульсъ 134, слабый, habitus septicus; даютъ шампанское, кофеинъ, камфору. Въ 12 часовъ дня перебинены турунды; пульсъ почти нѣтъ. Въ 5 часовъ 15 минутъ вечера смерть при упадкѣ сердечной дѣятельности. Вскрытія не было.

Этотъ случай такъ же долженъ быть отмѣченъ, какъ случай операціи въ весьма неблагоприятныхъ условіяхъ, благодаря предварительному истощенію больного его страданіемъ, и долженъ быть разсматриваемъ какъ и предыдущій, то-есть что здѣсь хотя и было благоприятное воздѣйствіе внимательства, но болѣзнь не остановилась, а продолжала прогрессировать. Слабость организма, благодаря которой послѣдній не могъ противостоять въ достаточной степени, несмотря на хорошее воздѣйствіе внимательства дальнѣйшему развитію процесса, и здѣсь имѣла важное значеніе для исхода. Кроме того, этотъ случай интересенъ, какъ устанавливающая возможность, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, дѣлать операцію, вводить дренажи и даже предпринимать обильныя промыванія, не прибѣгая къ общему наркозу, при мѣстной только анестезіи кокаиномъ. Чрезвычайно жаль, что въ этомъ случаѣ не было вскрытія, благодаря чему осталось невыясненнымъ отношеніе найденнаго мѣстнаго гнойника къ общему разлитому перитониту, равно и другія болѣе мелкія подробности результатовъ, достигнутыхъ операціей.

Итакъ, если разсматривать наши 10 случаевъ въ общемъ, то окажется, что они дали всего 20% выздоровленія; но если, съ дру-

гой стороны, обсудить их детально, то окажется справедливыми для оценки результатов операции вообще исключить некоторые из них при этой оценке. Таков случай № 2-й (проникающая рана), где при операции еще не было признаков перитонита, почему не применены были дренаж, промывание и вообще специальные меры, направленные против этого страдания. Вследствие очищения области раны и зашиванием ее развился чрезвычайно быстро текущий и злокачественный перитонит, против которого бессильны почти все, в том числе и хирургические меры. Вот почему случай этот должен быть по справедливости исключен из статистики. Эту же участь должны разделить случаи №№ 4-й и 5-й, так как перитонит здесь был только осложнением непроходимости и обширного омертвления кишок, — страдания гораздо более опасных для жизни. Такие случаи не вводить в свою статистику и Koerte, следуя положениям которого, нужно было бы исключить и случаи №№ 8-й, 9-й и 10-й. Здесь операция была предпринята у субъектов, уже ослабленных и истощенных предварительно и помимо заболывания перитонитом, существовавшим у них до того злокачественным новообразованием. Это положение можно со справедливостью применить к случаям 8-му и 10-му. Случай № 9-й, хотя и касался больной, страдавшей саркомой и уже рецидивом, не может быть исключен без известной натяжки, так как больная не была очень истощена и не страдала затруднением кишечной проходимости. Если принять во внимание все эти факты и при исчислении успеха, по примеру Koerte, не считать приведенные 5 случаев операции в особо неблагоприятных условиях, то получится число в 5 случаев с 2 счастливыми исходами, — результат близкий к результату Koerte. 3 неудачных случая распределяются так: 1) № 1 — смерть от продолжения процесса и, впрочем, от последующего осложнения кишечным свищом и общим сепсисом и 2) № 3 и № 9 — продолжение развития болызненного процесса и после операции, поведшее к роковому исходу.

ПРИЛОЖЕНИЕ II.

Исследования на трупах.

Работы последнего времени, посвященные вопросу о хирургическом лечении перитонита, все более и более выдвигают на первый план важность изучения законов распространения инфекции по полости брюшины при излияниях тех инфицирующих масс, которые попадают в полость брюшины после прободения полых органов или вскрытия первоначально отграниченных гнойников, а также и законов распределения экссудата, образующегося при воспалении брюшины. Я считал весьма важным для дальнейшего развития вопроса более подробное и точное изучение этих законов. Помочь такому изучению могут, с одной стороны, клинические наблюдения у постели больного и на операционном столе, с другой, как во всех вопросах хирургии, исследования в анатомическом театре, через который, по сдѣланному классическим выражению Пирогова, „лежит путь в хирургическую клинику“. Для получения первого ряда данных мне послужил собранный статистический материал, описание более 230 случаев операций, собранных мною возможно подробно, а ради выполнения второго требования и получения данных, основанных на результате анатомического изучения, мною предпринят был ряд исследований на трупах, более подробное описание которых сейчас и будет изложено.

Благодаря любезности д-ра П. Н. Федорова, которому считаю себя обязанным высказать здесь глубокую признательность, я получил возможность воспользоваться помещением и материалом анатомического кабинета Басманной больницы, а главное достаточным количеством не вскрытых и еще мало разложившихся трупов, что для результата исследования было особенно

важно. Одновременно при исследованиях о расположении жидкости в брюшной полости предполагалось выяснить и наиболее целесообразный способ очищения загрязненной искусственно полости брюшины вымыванием или иным способом и, наконец, по возможности наиболее рациональную систему введения дренажей и тампонаж с целью наилучшего обеспечения дальнейшего стока из брюшной полости.

Чтобы иметь жидкость, по физическим свойствам наиболее похожую на серозно-гнойный экссудат, чаще всего встречающийся на практике, я взял жидкий крахмальный клейстер, в котором и взвесьил разваренный, молотый, продажный цикорий: последний представил собою те крупинки и остатки пищевых или каловых масс, которые находятся у больных, страдающих пробождением пищеварительных органов и должны быть тщательно удалены при операции. Крахмальный клейстер не так скоро растворяется в воде, образует комочки и в этом отношении напоминает гнойный экссудат. Разваренный цикорий медленно тонет в жидкости совершенно как взболтанные каловые и пищевые массы. Благодаря таким физическим свойствам взятого материала, очень удобно оказалось изучать не только топографическое распределение плотных масс, но и распределение твердых частичек. Все это в наших опытах ближе подходит к натуре, чем в опытах, где применялись тяжелые порошки в роду киновари, равно как вычищение брюшной полости также лучше изучается при данных, ближе подходящих к тому, что встречается у больных. Чтобы осуществить условия излияния из того или другого прободенного органа, я поступал так. Через маленький разрез брюшной стенки доставался нужный орган, к нему швом прихватывался конец резиновой трубки, и орган опускался на свое место. Брюшная рана тщательно зашивалась, из полости живота шприцем вытягивался по возможности весь вошедший воздух и, затем, производилось медленное вливание вышеуказанной жидкости.

В первом опыте были воспроизведены условия наиболее часто встречающегося случая прободения желудка: именно его передней стенки. Через средней разрез в подложечной области, длиной см. 4, вытнут желудок и на передней стенке у *pylorus'a*, у края печени прихвачена швом за конец резиновой трубки, опущена вместе с желудком на место, рана аккуратно зашита, а так как при вскрытии живота вошел воздух, и печень и все органы тотчас же, на глаз, отошли от передней

стенки, то воздух, вошедший до начала опыта, по возможности был высосан обратно большой спринцовкой, пока подложечная область снова не приняла втянутой вид, как до разреза. Тогда через трубку медленно было влито в полость живота около 2½ литров вышеуказанной жидкости. По окончании вливания часть жидкости (100—150 куб. см.) вытекла обратно через трубку, остальная удержалась в брюшной полости. После этого полость живота была широко вскрыта, как обыкновенно на трупе, крестообразным разрезом, и оказалось следующее. Труп очень истощенного мужчины. Сальник очень мал и не прикрывает петель сильно вздутых тонких кишек даже до уровня пупка. Толстые кишки совсем пусты и сокращены так, что *colon transversum* много тоньше петель тонких кишек. Также спавшимися оказались и прочие отдели толстой кишки. Что касается распределения жидкости, то отмечено следующее. Жидкость равномерно наполняет всю полость живота и все кишки одинаково плавают в окрашенной в кофейный цвет жидкости (от цикория).

Тогда обращено было внимание на распределение крупинкок кофейной гущи. Оказалось, что перед глазами на поверхности их сравнительно не много. Когда осторожно была удалена часть жидкости, я стал исследовать область петель тонких кишек и корня брыжейки. Оказалось, что, несмотря на то, что окрашенной жидкости здесь было очень много, крупинкок цикория почти не было. У корня брыжейки в *sinus mesentericus dext. et sinist.* зерновка их было всего несколько штук (введено же было ¼ ф. разваренного молотого цикория, взвешенного в 2½ литра жидкого клейстера). Следовательно, несмотря на то, что отделение верхнего этажа брюшной полости от нижнего на данном трупе, благодаря спадению толстых кишек, было очень совершенно, что отсутствовал застилающий петли тонких кишек фартук большого сальника, в область тонких кишек, попало, очень мало взвешенных плотных частиц.

Далее, увеличивая несколько разрез сверху, я обратил внимание на область желудка, куда выливалась первоначально жидкость. Здесь было скопление жидкости и осадка кофейной гущи, но не очень большое. Обращал внимание здесь скопление плотных частиц на атрофированном сальнике, немного (пальца 3—4) спускавшемся ниже поперечной ободочной кишки, и на *ligam. gastro-colicum*. Повидимому, здесь осела почти вся масса плотных частиц из жидкости, которая переливалась в нижний

этажъ брюшной полости черезъ *colon transversum*. Чтобы изслѣдовать далѣе оба боковые канала и, затѣмъ, области углубленій подъ правымъ и лѣвымъ куполами діафрагмы, пришлось вылить жидкость, которая еще стояла здѣсь, осторожнымъ переворачиваніемъ трупа на бокъ. При этомъ можно было отмѣтить, что плотныя частицы передвигались сравнительно очень мало. Оказалось, что наибольшее и послѣднее оставшееся въ животѣ количество жидкости удержалось подъ куполомъ діафрагмы и въ лѣвой сторонѣ больше, чѣмъ въ правой, гдѣ печень мѣшаетъ скопляться жидкости, занимая заднюю и самую глубокую часть впадины, а вѣчная связка мѣшаетъ до извѣстной степени жидкости скопляться за печенью. Твердыя, взвѣшенные частицы располагались здѣсь такъ, что подъ печенью, на задней стѣнкѣ живота, ихъ скопилось порядочное количество, особенно около угла, образуемаго изгибомъ восходящей толстой кишки при переходѣ въ поперечную. Находящаяся здѣсь складка паріетальной брюшины *ligam. phrenico-colicum dextr.* представляетъ барьеръ, у котораго задерживается значительное количество твердыхъ частицъ, такъ же какъ и складка, именуемая *ligam. hepato-renal*. Верхній этажъ *bursae hepaticae* проф. Зернова (который, къ слову сказать, такъ отдѣленъ отъ остальной полости живота поддерживающей и вѣпечной связками печени, что могъ бы быть выдѣленъ въ самостоятельную *bursa*), лежащій надъ правой долей печени, былъ совсѣмъ свободенъ отъ твердыхъ частицъ, надъ лѣвой же долей, между печенью и діафрагмой, ихъ было очень небольшое количество.

Область подъ лѣвымъ сводомъ діафрагмы, отдѣлъ верхняго этажа брюшной полости, гдѣ повидимому застываетъ и наибольшее количество жидкости при горизонтальномъ положеніи трупа, содержала также значительное количество осѣвшихъ взвѣшенныхъ частицъ. Максимумъ ихъ сосредоточился между лѣвой наружной стѣнкой живота, задней его стѣнкой, селезенкой, желудкомъ и діафрагмой. *Ligam. phrenico-colicum sin.*, сильнѣе выраженное чѣмъ *dextrum*, задержало порядочную кучку кофейной гущи.

Теперь, чтобы покончить съ изслѣдованіемъ верхняго этажа, осталось только осмотрѣть *bursam omentalem*. *Foramen Winslowi* оказалось проходимымъ. *Bursa omentalis* была раскрыта черезъ *ligam. gastro-colicum*, и оказалось, что жидкости туда или не проникло вовсе, или если и попало, то очень немного. Твердыхъ частицъ здѣсь не было совсѣмъ.

Оба *canales laterales dexter et sinister* были наполнены жидкостью, и въ нихъ осѣло достаточное количество кофейной гущи.

Въ правомъ боковомъ каналѣ количество осадка было значительно больше, чѣмъ въ лѣвомъ. Интересно, что въ лѣвомъ количество осадка книзу скорѣе убывало, въ правомъ, напротивъ, въ правой подвздошной области его было очень много. Здѣсь особенно задержались осадки складками брюшины у слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, а также на перегибѣ, образуемомъ *linea arcuata interna* подвздошной кости, т.-е. у мѣста перехода изъ большого таза въ малый. Въ лѣвомъ *canalis lateralis* также встрѣчались крошки, но онѣ не образовали характерныхъ скопленій.

Малый тазъ, представляющій самый глубокій отдѣлъ брюшной полости при горизонтальномъ положеніи трупа, былъ еще наполненъ жидкостью. Осмотръ его былъ начать съ лѣвой половины, и, удаливъ жидкость, я къ удивленію нашелъ сравнительно очень мало твердыхъ крупинокъ на днѣ полости малаго таза съ лѣвой стороны прямой кишки. Въ области S-образной кривизны ихъ также было не много. Дѣло разъяснилось однако, когда я обратилъ вниманіе на правую сторону прямой кишки. Здѣсь оказалось самое большое во всей брюшной полости скопленіе гущи: она спускалась по правой стѣнкѣ малаго таза и собиралась около прямой кишки, мало распространяясь за нее.

Такимъ образомъ, на основаніи найденной картины, можно установить такой процессъ наполненія брюшной полости и распространенія по ней жидкости со взвѣшенными не очень тяжелыми частицами, при условіи воспроизведенія пробѣденія желудка въ переднюю стѣнку. Жидкость наполняетъ нижній отдѣлъ *bursae hepaticae et bursam praegastricam* и спускается внизъ по обоимъ *canales laterales*, при чемъ большая масса протекаетъ по *canalis later. dexter*. Небольшое количество жидкости переливается, очевидно, черезъ поперечную ободочную кишку, о чемъ свидѣтельствуютъ осадокъ частицъ на салыникѣ. Теченіе жидкости здѣсь должно быть медленно и количество ея не велико, такъ какъ всѣ твердыя частицы осѣдаютъ на салыникѣ и не доходятъ до тонкихъ кишечекъ. Главная масса жидкости стекаетъ до малаго таза по *canalis lateralis dexter* и течетъ очень быстро, о чемъ свидѣтельствуетъ большое количество осадка въ низу бокового канала и въ правой половинѣ малаго таза.

Вѣроятно, отсюда уже жидкость переливается въ *sinus mesenterici dext. et sinist.*, такъ какъ иначе трудно объяснить чрезвычайно малое количество крошекъ, запесенныхъ сюда и въ промежутки между петлями тонкихъ кишечекъ.

Данныя эти могутъ служить руководящей нитью, для того чтобы

изучить условия вымывания брюшной полости и выработать лучшую технику и известный планш, который бы позволял всего скорее и наиболее верно очистить брюшную полость от эксудата и посторонних загрязняющих веществ.

Очевидно, что часто практикуемое вытирание, вымывание и складывание салфеток и полосок среди петель тонких кишок — не главное. Здесь скопляются и задерживаются лишь меньшие количества веществ, подлежащих удалению. Наши данные позволяют так расположить отфлы полости брюшины по степени загрязнения и скопления эксудата при общем разливе перитонит от прободения желудка: малый таз и его правая половина особенно, правая подвздошная впадина, область под левым сводом диафрагмы, правый *canalis lateralis*, *bursa hepatica*, *canalis later. sinister*, *bursa praegastrica*, *sinus mesenterici dext. et sinist.* и петли тонких кишок и наконец области между правой долей печени и диафрагмой и *bursa omentalis*.

Желая убедиться, насколько легко и совершенно будет вымывать жидкость и осадок струй, пущенная из ирригатора при не очень большом напоре, я поступил для первого опыта следующим образом. Чтобы освободиться от той помехи к вымыванию, которую несомненно должны представлять кишечные петли, я извлек тонкие кишки наружу и перекинул их на левую сторону трупа. При этом оказался свободным правый *canalis lateralis*, поддиафрагмальное пространство и вход в таз. Начавши промывать эту область из маточного накопника с одним отверстием, я скоро убедился, что вымывание идет очень плохо: пропустив 6 литровых кружек воды, нельзя было вымыть осадок, которого все оставалось много: он взмучивался, но, не увлекаемый медленно вытекающей через края раны жидкостью, садился опять в те же глубокие места, откуда и поднимался. Из подпеченочного пространства нельзя было никак вымыть осадка настолько, что вода здесь стояла в углублении, и вводя накопник, удавалось только взмучивать, но не вымывать крошки цикория. Это пошло много лучше, когда под спину трупа была подложена деревянная плашка в $\frac{1}{4}$ арш. толщиной: теперь поддиафрагмальное пространство изгибались, стали выше, и вода стала лучше вытекать, увлекая и больше крошек. Много однако продолжало задерживаться в *canalis lateralis dext.*, особенно у верхнего угла, образуемого изгибом *colon*. Тогда здесь, приблизительно у конца 12-го ребра, под ним было сделано отверстие в брюшной стенке и введен толстый дренаж. Теперь 2 литрами воды уда-

лось легко вымыть все крошки дочиства. Совершенно подобия же соотношения повторились в левой половине, когда кишки были перекинуты на правую сторону трупа, только здесь еще труднее было очистить поддиафрагмальное пространство, незанятое как в правой стороне печенью и потому представляющее более глубокую и обширную впадину. Подкладка под спину и особенно дренаж под концом 12-го ребра чрезвычайно упростили дело и здесь. Оставалось очистить малый таз. Здесь однако повторилось то же, что и раньше — крошки взмучивались и снова садились на дно.

3—4 литры жидкости не могли вымыть осадка, и только, когда в глубину малого таза был опущен конец длинного резинового дренажа, другой конец которого выведен наружу и перегнут книзу, так, что образовалось нечто в роде сифона, 2 литрами воды легко удалось вымыть весь осадок начисто. Полость брюшины была теперь совершенно очищена от всего, ее загрязнявшего.

На другом трупе было повторено то же самое исследование. Такой же клейстер, окрашенный разваренным в нем молотым цикорием, был влит с соблюдением тех же предосторожностей в полость живота через резиновую трубку, конец которой был пришит к передней поверхности пилорической части желудка. По окончании вливания полость живота вскрыта срединным разрезом достаточной длины, чтобы можно было осмотреть ее. Расположение жидкости оказалось то же, как и в первом случае, но так как количество ее было взято меньшее (1 литр), то не было такого переполнения всей брюшной полости, как в первом случае.

Сальник у этого трупа был лучше развит и спускался почти до уровня *spinae ossis ilei a. s.* Приподнявши его, после того как избыток жидкости, стоявший над поверхностью сальника, был осторожно всосан в положенную большую губку, можно было убедиться, что под сальник в *sinus mesenterici dext. et sin.*, а также в петли тонких кишок, им прикрытые, не проникло ни одной крупинки кофейной гущи. На передней поверхности сальника их было очень не много, значительно меньше, чем в опыте № 1.

Скопление гущи опять было отмечено в боковых каналах и в малом тазу и меньше под печенью в области желудка и на передней поверхности последнего. Интересно, что область между печенью и диафрагмой опять осталась совсем чистой, и над правой долей печени положительно не было найдено ни одной

крупинки гущи. Таким образом вполне подтвердилась та закономерность распределения жидкости и загрязняющих твердых частиц, которая была подмечена в первом опыте.

Из этого расположения загрязняющего брюшинную полость материала и тех данных, которые получились в предыдущем опыте при промываниях широко вскрытой брюшной полости, освобожденной от кишечных петель, можно усмотреть рациональный план для вымывания и ту последовательность в которой следует обращаться к тому и другому отделу полости брюшины при вымывании. Казалось бы, что должно и ток вымывающей жидкости направлять согласно естественному пути, так как и посторонние вещества лучше могут уноситься в наблюдающемся при произвольном их перемещении направлении. Иными словами, ток жидкости должен пустить от верхнего отдела к низу и отсюда заставить жидкость вытекать наружу, унося с собой и септические массы. При таком порядке действия можно ожидать и другую выгоду: жидкость идет к месту скопления гноя и септических продуктов, и, следовательно, еще относительно не загрязненные отделы полости брюшины будут наливаться чистым соляным раствором, который по пути захватит и унесет наружу накопившиеся инфекционные материалы. Напротив, если начать промывание введением жидкости в место наибольшего скопления гноя, к чему является стремление с первого взгляда, разжиженный гной и вообще загрязняющие вещества унесутся с первыми же струями воды и вместе с ней разольются всюду по полости брюшины, куда притечет вливаемая жидкость, которая прежде всего должна заполнить полость живота. Следовательно, приняв первый план действия, можно глубокие отделы наполнить соляным раствором и избежать в значительной степени того „разнесения инфекции в еще относительно здоровые участки“, возможность которого противники промываний приводят как главный аргумент против такого способа очищения брюшной полости.

На этом же трупе была испытана методика промывания, описанная С. П. Федоровым. Средина рана была зашита так, что остались лишь 2 небольших, см. 3—4, отверстия выше и ниже пупка над symphysis pubis. Теперь было наложено 2 отверстия с обеих сторон над Пупартовыми связками и в них введены 2, в палец толщины, резиновых дренажа с боковыми отверстиями в направлении боковых каналов. Такой же дренаж введен в нижнюю срединную рану к малому тазу и

затем начато промывание теплой водой из эсмарховой кружки (емкостью в 1 литр), помещенной на уровень около 1½ арш. выше стола и снабженной слегка изогнутым стеклянным маточным наконечником с одним отверстием.

Вливание воды обратно началось, только когда было введено около 1½ кружек жидкости. Пошла окрашенная в кофейный цвет жидкость со взвешенными частицами. Промывание производилось так, что наконечник вводился в срединную рану и отсюда, проводя его по передней стенке живота, легко удавалось заводить его во все отделы, где отмечалось скопление твердых частиц. Для промывания малого таза наконечник вводился в нижний разрез. Вода шла все время сильно окрашенной и уносила твердые частицы. С 12-го литра она стала светлеть, а с 15-го светлелась совсем светлою и вытекала такой из всех отверстий. Твердые частицы, уменьшаясь видимо по количеству, уносились однако почти до последнего момента. Всего пропущено 20 литров жидкости, после чего срединный разрез был опять расшит для осмотра полости живота и оценки результата промывания. Оказалось, что вымывание удалось сделать достаточно совершенно: окрашенной жидкости нигде не было; твердых частичек осталось очень немного и главные их массы были сосредоточены именно в тех же местах, где отмечено их наибольшее скопление при наливании брюшной полости.

Наибольшее количество крошек осталось на дне малого таза, но и здесь, если бы собрать их и поместить в градуированный сосуд, их не оказалось бы больше 2, может быть 3 кубических сантиметров общей массы. Следующее по задержанному количеству твердых частиц место должно быть отдаленной области под левым куполом диафрагмы: здесь в самом заднем и глубоком углу задержалась заметная кучка кофейной гущи. Далее под правой долей печени и у углов, образуемых перегибами толстой кишки, очень небольшие скопления и наконец немного единичных зернышек, разбросанных кой-где по боковым каналам. Об fossae iliacae оказались хорошо вымыты. При раскрытии раны на предлежащих кишечных петлях и вообще в видимом поле зрения, без раздвигания кишечных петель, не было видно остатков гущи.

Таким образом, можно сказать, что, при достаточном количестве пропущенной через полость брюшины жидкости, описанный способ дает вполне удовлетворительные результаты, так как загрязнение, подобное тому, которое было осуществлено в на-

подшить къ передней стѣнкѣ желудка ближе къ малой кривизнѣ. Трупъ отличался необыкновенно сильной вздутостью кишекъ: толстыя были толще обыкновенной колбасы съ языкомъ, тонкія — въ руку толщиной. Трупъ очень свѣжій. Послѣ вливанія произведено изслѣдованіе. Брюшная полость широко раскрыта. Оказалось, что весь клейстеръ устремился въ bursa hepatica, гдѣ сосредоточился почти цѣлкомъ, не спустившись дальше половины протяженія праваго бокового канала. При вскрытіи брюшной полости легко было убѣдиться въ полной чистотѣ всего живота, кромѣ bursa hepatica и верха canalis lat. dext., гдѣ жидкость скопилась огромной массой. Осторожное передвижаніе кишечныхъ петель для изслѣдованія очень мало смѣщало жидкость, и къ концу осмотра произошло лишь незначительное распространеніе жидкости по обычнымъ путямъ внизъ и немного внутрь, куда жидкость и гуща были занесены инструментами и пальцами. Осмотрѣвъ надпеченочный отдѣлъ не удалось точно, по видимому тамъ гущи и жидкости тоже сначала не было и попала она при изслѣдованіи, такъ какъ тамъ вообще было найдено мало жидкости, а lig. coronarium hep. поднималось высоко впередъ по боковой стѣнкѣ. Bursa omentalis была чиста.

Слѣдуетъ отмѣтить, что на этомъ трупѣ еще не прошло окоченѣнія, и брюшная стѣнка была благодаря ему напряжена и неподатлива. Это условіе опыта, въ связи съ чрезвычайнымъ вздутіемъ кишекъ и тѣмъ, что клейстеръ былъ еще теплый, что должно было разслаблять мѣсто окоченѣнія, вѣроятно и было причиной, помѣшавшей жидкости распространяться широко, такъ какъ она не могла преодолѣть сопротивленія вздутыхъ и вжатыхъ въ брюшныя стѣнки кишекъ. Этотъ опытъ показываетъ, что иногда могутъ встрѣтиться условія, которыя мѣшаютъ жидкости разливаться широко и свободно по законамъ тяжести и въ зависимости отъ формъ брюшной стѣнки. Онъ иллюстрируетъ сдѣланное клинистами наблюденіе, что иногда жидкость не перемѣщается въ полости живота съ перемѣной положенія тѣла, хотя и лѣтъ на лицо срашеній (см. стр. 23). Siegel, сдѣлавшій это наблюденіе при травматическомъ прободеніи кишекъ, отказывается дать какое-либо объясненіе этому факту, сообщая его лишь, какъ таковой. Принимая во вниманіе, что, при разрывахъ кишекъ и обильномъ выходѣ содержимаго, эксудатъ развивается быстро, а еще быстрее развивается паралитическіе кишекъ, метеоризмъ и особенно столь характерное напряженіе брюшной стѣнки сперва надъ мѣстомъ прободенія, а потомъ и болѣе распространенное, не

трудно замѣтить въ этихъ случаяхъ много общаго съ условіями нашего послѣдняго опыта, прежде всего вздутіе кишекъ и напряженіе стѣнки живота, въ нашемъ опытѣ, въ результатѣ окоченѣнія. Эти 2 фактора вмѣстѣ съ неподвижностью кишекъ весьма вѣроятно могутъ какъ бы фиксировать эксудатъ среди нѣсколькихъ кишечныхъ петель, такъ что раздвинуть, смѣстить послѣдній, чтобы стечь въ ниже лежащую часть, онъ оказывается не въ силахъ и остается висѣть въ болѣе высокомъ отдѣлѣ, какъ въ извѣстномъ физическомъ опытѣ съ стаканомъ, накрытымъ картой, изъ котораго не выливается вода при опрокидываніи.

Этотъ же трuppъ представилъ большой интересъ для промыванія, такъ какъ на немъ пришлось въ первый разъ испытать вагинальный дренажъ. Промываніе здѣсь было произведено по выработанному мною методу, т.-е. съ противоотверстіями подъ ребрами 12-хъ реберъ и при подложенной подъ спину подкладкѣ. Для оттока жидкости изъ таза на этотъ разъ примѣнялся не сифонъ, но былъ вскрытъ задній сводъ влагалища и въ него проведено тотъ же толстый дренажъ. При проведеніи дренажа пришлось раздѣлить нѣсколько тонкихъ нѣжныхъ срашеній между маткой, придатками и кишками. При промываніи можно было отмѣтить прекрасное дѣйствіе противоотверстіи и напротивъ очень плохой стокъ жидкости черезъ задній сводъ. Несмотря на всякія перемѣненія и повторное введеніе дренажа, не удалось достигнуть свободнаго вытекания жидкости: очевидно, кишки, матка и придатки закупоривали отверстіе дренажа. Повторныя попытки помочь дѣлу перемѣщеніемъ конца дренажа, освободить его концомъ наконечника и пальцами, мало помогали дѣлу, и жидкость не вытекала струей, выдѣляясь почти только каплями. Нѣсколько лучше пошло дѣло, когда дренажъ былъ вынутъ изъ влагалища и замѣненъ сифономъ, какъ дѣлалось раньше. Сифонъ удовлетворительно дѣйствовалъ, хотя приходилось по временамъ перемѣщать конецъ его, чтобы избѣжать закрытія конца вслѣдствіе плотнаго прилеганія петель кишекъ и придатковъ матки. Боковыя противоотверстія все время дѣйствовали прекрасно, и проверка результата промыванія 10 литрами воды показала, что оно удалось, какъ и прежде, хорошо.

Тотъ же опытъ повторенъ на слѣдующемъ, 4-мъ, трупѣ молодой 19-лѣтней женщины. Вливаніе 1 литра произведено въ область у малой кривизны желудка на передней стѣнкѣ близъ самой диафрагмы. Кишки были и здѣсь порядочно вздуты, особенно толстыя. Трупъ этотъ представилъ нѣкоторыя анатомическія осо-

бенности. Прежде всего был двусторонний *ventil pneumothorax*, диафрагма соответственно левой плевры была сильно выдута в вид полшария вниз и внутрь, и отделила нижележащие органы, спускаясь средней частью до уровня конца 10-го ребра. Желудок очень небольшой, сильно перегнут в вид U-образной трубки. Поперечная ободочная кишка очень длинна, порядочно вздута и, перегибаясь U-образно, опускалась серединой до малого таза, прикрывая собою, брыжейкой и *ligam. gastro-colicum* все тонкие кишки. Сальник слегка прирачен в малом таза в глубинѣ у матки и придатков. Влитая жидкость, как оказалось при исследованіи, наполнила *bursam hepaticam*, проникнув и под диафрагму, гдѣ были найдены крошки. По правому боковому каналу она спустилась до половины его протяженія, не расширившись далѣе. Вслѣдствіе малости желудка, жидкость легко передвигалась в лѣвую сторону и спустилась по *canalis lateralis sinist.* до малого таза. Тонкіе кишки были совершенно чисты и среди них не было ни жидкости, ни крошек. По передней поверхности не протекало жидкости, такъ какъ здѣсь не было никакихъ слѣдовъ ея, и вся ея масса протекла по глубинѣ боковыхъ каналовъ. При вскрытіи живота послѣ вливанія, жидкость была обратно сильно струей и, очевидно, находилась подъ извѣстнымъ давленіемъ. Это опять какъ бы подтверждаетъ, что болѣе сильное вздутіе кишекъ и повышенное внутрибрюшное давленіе препятствуютъ свободному растеканію жидкости по брюшной полости.

Промываніе опять произведено по тому же способу и снова испытывался вагинальный дренажъ. Результатъ былъ совершенно тотъ же. Жидкость отлично шла в боковой отверстія и почти не вытекала изъ введеннаго *per vaginam*, через задній сводъ, толстаго дренажа. Когда послѣ нѣсколькихъ безплодныхъ попытокъ вызвать свободное вытеканіе жидкости, дренажъ былъ вынутъ и замѣненъ сифономъ, оттокъ легко установился и промываніе скоро доведено до конца обычными 10 литрами воды. Контрольное вскрытіе показало, что промываніе опять удалось прекрасно в смыслъ очищенія.

Этотъ опытъ очень наглядно подтвердилъ сдѣланное в предыдущемъ наблюдение, что та же толстая дренажная трубка много хуже обезпечиваетъ стокъ жидкости, если введена *per vaginam*, через задній сводъ в малый тазъ, чѣмъ если она опущена туда же сверху в видъ сифона. Объясненіе этому, на первый взглядъ парадоксальному, факту можно усмотрѣть в томъ, что

введенная *per vaginam* трубка лежитъ концомъ горизонтально на днѣ малого таза и такое ея положеніе представляется болѣе удобнымъ для плотнаго соприкосновенія съ плоскими поверхностями дна таза, матки и придатковъ, широкихъ связокъ и брыжейки, которые все могутъ легче охватить ее плотно со всехъ сторонъ, чѣмъ тогда, когда она опущена сверху внизъ и кососрезаннымъ концомъ упирается в дно малого таза. Въ послѣднемъ положеніи представляется гораздо менѣе возможнымъ, чтобы въ конецъ трубки втянуло сальникъ или часть широкой связки и чтобы этимъ онъ былъ закупоренъ. Какъ бы то ни было, но оба опыта съ очевидностью показали, что въ сифонъ вода идетъ лучше, чѣмъ въ дренажъ, вставленный через задній сводъ влагалища.

5-й опытъ произведенъ на женскомъ трупѣ съ цѣлю опредѣленія, какъ расположится жидкость и осадокъ при вливаніи в *bursam omentalem*. Трупъ покойной женщины съ умеренно вздутыми кишками. Разрѣзомъ по лѣвому *musc. rectus* вскрыта полость живота и обнажено *ligam. gastro-colicum*. У нижняго края желудка, в срединѣ большой кривизны сдѣлано отверстіе, черезъ которое проведенъ дренажъ в *bursam omentalem* и аккуратно обшитъ швами, такъ, чтобы жидкость не могла проникнуть рядомъ съ дренажной трубкой. Рапа живота зашита и произведено осторожно вливаніе 2 литровъ жидкости, послѣ чего животъ широко вскрытъ крестообразно. Исследуя затѣмъ расположеніе жидкости, я нашелъ слѣдующее. Сальникъ очень хорошо развитъ и спускался внизъ до малого таза, прикрывая все кишки, гдѣ нѣсколькими точками былъ фиксированъ къ тазовымъ органамъ. Отграничивающихъ и болѣе обширныхъ сращеній не было.

Жидкость наполнила и нижній этажъ живота и, при вскрытіи, надъ *symphysis pubis* была струей. Расположеніе жидкости и гущи таково. *Bursa omentalis* наполнена жидкостью. Подпеченочное пространство наполнено жидкостью съ большимъ содержаніемъ крошекъ и въ этой жидкости плаваетъ вся правая доля печени. Лѣвая жидкость не переходитъ через *lig. gastro-colicum*, прижатое къ передней брюшной стѣнкѣ, благодаря наполненію *bursae omentalis*. Жидкость съ гущей спустилась по правому боковому каналу, который выполненъ окрашенной жидкостью и гущей, такъ же какъ и малый тазъ, изъ котораго жидкость, очевидно, поднималась по лѣвому боковому каналу, такъ какъ послѣдній и лежащая выше, подъ диафрагмой, лѣвая, глубокая часть *bursae gastricae* выполнены окрашенной жидкостью, но совсѣмъ не содер-

жать крошек. Весь пакетъ тонкихъ кишекъ, хорошо прикрытый большого размѣра салникомъ, по поднятіи послѣдняго оказался совершенно свободенъ отъ загрязненій не только крошками гущи, но и окрашенной жидкостью, которая сюда совершенно не проникла.

Шестой трупъ послужилъ для изученія условій распредѣленія жидкости при прободеніи тонкихъ кишекъ. Это былъ трупъ старика, лѣтъ около 60, съ рѣзко выраженнымъ, вѣроятно старческимъ, кифозомъ. Измѣненія позвоночника были такъ сильны, что положенный на спину трупъ областю лопатокъ не касался стола, и позвоночникъ не могъ быть разогнутъ. Согнуть позвоночникъ былъ равномернѣе дугобразно. Вслѣдствіе описанныхъ измѣненій передняя брюшная стѣнка была очень коротка въ направленіи сверху внизъ, а реберныя дуги спускались спереди очень низко, вслѣдствіе чего, какъ оказалось при вскрытіи, куполь діафрагмы сталъ очень глубокой, поднимаясь высоко и будучи наклоненъ в то переди. Поддіафрагмальные углубленія напротивъ нѣсколько выравнились. Словомъ, здѣсь уже были до известной степени налицо тѣ условія, которыя получаются при подкладываніи подъ спину трупа подкладки и затрудняютъ переполненіе поддіафрагмальныхъ боковыхъ вѣтвистыхъ.

Для вливанія клейстера былъ сдѣланъ разрѣзъ по наружному краю *musc. recti. dext. стм. 6* длиной. По вскрытіи брюшины оказалось, что въ полости живота уже было порядочно жидкости. Слѣпая кишка лежала кнаружи отъ разрѣза, и легко удалось, почти не трогая кишечныхъ петель, найти мѣсто вліянія ilei въ соесумъ. Выткнувъ осторожно часть ilei стм. на 40 отъ мѣста вліянія, я пришилъ конецъ дренажа, избравъ слѣдовательно тотъ отдѣлъ, гдѣ всего чаще случается прободеніе при тифѣ, и затѣмъ осторожно помѣстивъ вынутую петлю на прежнее мѣсто. Рана зашита и произведено вливаніе литра клейстера, послѣ чего полость живота широко вскрыта крестообразнымъ разрѣзомъ для подробнаго осмотра. Оказалось, что кишки, а тонкія особенно, были пусты: въ нихъ почти не было газовъ, и тонкія кишки представлялись въ видѣ чрезвычайно дряблыхъ лентъ. Распредѣленіе жидкости было таковы. Главная масса влитой жидкости и гущи скопилась на днѣ малаго таза. Вверхъ по тонкимъ кишкамъ пошло очень мало, и здѣсь была только окрашенная жидкость съ малымъ количествомъ гущи, при чемъ ея количество быстро уменьшалось среди петель тонкихъ кишекъ по направленію вверхъ, къ *colon transversum*.

Покрывающій тонкія кишки салникъ былъ умѣренно развитъ. Что касается боковыхъ каналовъ, то здѣсь жидкость широко раз-

лилась по направленію вверхъ. Въ правомъ боковомъ каналѣ жидкость достигла до правой доли печени, а внизу покрывала и переднюю поверхность толстой кишки. Вверхъ жидкость заняла только правый отдѣлъ *sinus hepaticae*, и раздвинутыя органы по направленію къ желудку, можно было видѣть, какъ жидкость, уже при осмотрѣ, проникала дальше между толстой кишкой, печенью и пилорической частью желудка. Надъ печенью крошекъ не было, и послѣднія располагались, постепенно убывая снизу вверхъ.

Въ лѣвомъ боковомъ каналѣ было жидкости меньше, чѣмъ въ правомъ, но она также поднималась доверху, равно какъ и крошки располагались, уменьшаясь въ количествѣ, по направленію снизу вверхъ. Спавшаяся толстая кишка и здѣсь была мѣстами покрыта окрашенной жидкостью, которая слѣдовательно до нѣкоторой степени разливалась и на дно *sinus mesenterici*, не проникая однако далѣе среди петель тонкихъ кишекъ. Интересно, что на передней сторонѣ желудка, на *ligam. gastro-colicum* не было ни жидкости, ни крошекъ, но и жидкость и крошки проникли по боковому каналу до селезенки. Слѣдовательно и въ этомъ случаѣ, какъ во всѣхъ предыдущихъ, занятыми жидкостью оказались все тѣ же отдѣлы, а самое распредѣленіе жидкости и крошекъ, какъ можно было ожидать а priori, чрезвычайно близко, чтобы не сказать тождественно, съ тѣмъ, что, какъ сейчасъ увидимъ, наблюдается при воспроизведеніи условій прободенія червеобразнаго отростка. Замѣчательно, что указанная ненормальность позвоночника, которая, можно было ожидать, затруднитъ разлитіе жидкости вверхъ, мало подѣйствовала въ этомъ смыслѣ.

Послѣ подробнаго осмотра брюшной полости, сдѣланные разрѣзы были зашиты и повторенъ тотъ же опытъ промыванія, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Результаты промыванія въ общемъ оказались такіе же, какъ и раньше, только здѣсь были вымыты крошки менѣе совершенно, чему причиной была дряблость кишечныхъ петель, благодаря чему очень затруднялось дѣйствіе сифона, поставленнаго на дно малаго таза. Сваливавшіяся сюда въ большомъ количествѣ спавшіяся кишечныя петли, благодаря своей дряблости, плотно охватывали конецъ сифона, и истеченіе жидкости нѣсколько разъ приостанавливалось, такъ что нужно было освобождать и снова вводить сифонъ, и процессъ мытья не удалось провести такъ систематично, какъ въ предыдущихъ случаяхъ. При новомъ вскрытіи и осмотрѣ оказалось, что тазъ очищенъ хорошо, но нѣкоторое количество твердыхъ частицъ удержалось въ нижнихъ отдѣлахъ боковыхъ кана-

ловъ. Видимо, благодаря не столь хорошему дѣйствию сифона, токъ жидкости былъ здѣсь не достаточно быстръ, чтобы увлечь всѣ крошки въ малый тазъ. Окрашенной жидкости нигдѣ не было. Случайное совпаденіе, что въ этомъ опытѣ встрѣтился совсѣмъ пустой и не вздутый кишечникъ, еще рѣзче показало, что при вздутомъ кишечникѣ промываніе по нашему способу идетъ легче и, кажется, удается лучше.

На этомъ же опытѣ можно было убѣдиться, что для опускаемаго въ малый тазъ сифона выгоднѣе брать трубки потолще, стм. въ $1\frac{1}{2}$ —2 внутреннего диаметра, сѣззать ихъ на концѣ косо и у самого конца сдѣлать боковое отверстіе. Думая облегчить дѣйствіе сифона и избѣжать плотнаго прилеганія кишекъ къ трубкѣ, я попробовалъ ввести въ глубину таза маточное зеркало, въ которое и опустилъ конецъ своего дренажа. Оказалось, что это совершенно непригодно, такъ какъ полость зеркала чрезвычайно медленно наполняется жидкостью, благодаря прилеганію кишекъ у дна малаго таза.

Опыты, произведенные на слѣдующихъ двухъ (7 и 8) трупахъ, имѣли цѣлью выяснитъ распредѣленіе экссудата при возникновеніи инфекціи отъ червеобразнаго отростка, въ результатѣ прободенія его или при вскрытіи въ брюшную полость периаппендикулярныхъ абсцессовъ.

Въ первый трупъ произведено было вливаніе большого (2 литра) количества крахмального клейстера. Черезъ маленький разрѣзъ, параллельно Пупартовой связкѣ легко удалось извлечь конецъ слѣпаго кишки, которая въ этомъ случаѣ имѣла положеніе, считаемое нормальнымъ. Отыскавъ appendix, который лежалъ на мѣстѣ перехода изъ большого таза въ малый, я принялъ къ его основанію конецъ дренажа, который былъ опущенъ вертикально внизъ, при чемъ кишкѣ и червеобразному отростку придано прежнее положеніе. Рана зашита вокругъ дренажа. Во время всей операціи вхожденія воздуха въ полость живота не произошло. Тогда осторожно черезъ дренажъ произведено вливаніе 2 литровъ крахмального клейстера. Это количество жидкости легко вытѣсилось въ полости живота и обратно не вытекало. Вслѣдъ за вливаніемъ приступлено къ изученію расположенія жидкости въ брюшной полости, для чего животъ вскрытъ по средней линіи длиннымъ разрѣзомъ, изъ средины котораго сдѣлать добавочный разрѣзъ вправо. Средній отдѣлъ живота оказался свободенъ отъ жидкости и твердыхъ осадковъ. Тонкія кишки были умѣренно вздуты и среди нихъ умѣренное количество жидкости только съ правой стороны,

соотвѣтственно, главнымъ образомъ, нижнему отдѣлу *sinus mesenteric. dext.* Правый боковой каналъ, правая подвздошная впадина и малый тазъ были наполнены окрашенной жидкостью и содержали много осадка кофейной гущи. Правый боковой каналъ былъ какъ бы раздвинутъ налитой жидкостью, представляя широкій желобъ, налитый жидкостью, и переходилъ непосредственно въ правую поддиафрагмальную впадину, гдѣ, соотвѣтственно положенію *bursae hepaticae*, было очень большое скопленіе жидкости съ значительнымъ содержаніемъ осѣвшихъ твердыхъ частицъ. Замѣчательно, что въ этомъ случаѣ много жидкости проникло и между диафрагмой и правой долей печени и что туда были занесены, правда не въ очень большомъ количествѣ, и твердыя частицы. Правая часть *bursae praegastricae* была совершенно свободна отъ жидкости и осадка и предъ глазами лежало совершенно чистое *lig. gastro-colicum*. Лѣвое поддиафрагмальное углубленіе, лѣвое желудка, между селезенкой и диафрагмой содержало умѣренное количество жидкости съ небольшимъ содержаніемъ плотныхъ частицъ. Лѣвый боковой каналъ содержалъ жидкости значительно меньше, чѣмъ правый, и осадка въ немъ было не много, при чемъ количество послѣдняго уменьшалось по направленію снизу вверхъ. Въ маломъ тазу, который былъ выполненъ жидкостью, осадка было очень много.

Такимъ образомъ, на основаніи найденнаго можно себѣ представить способъ распространенія такъ. Вливаясь на границѣ перехода большого таза въ малый, жидкость устремляется въ двухъ направленіяхъ: въ малый тазъ внизъ и въ правый боковой каналъ вверхъ, гдѣ, достигая до *bursa hepatica*, разливается въ ней, омывая всю правую долю печени. Такія картины описаны очень точно въ 2—3 случаяхъ операціи при прободномъ аппендицитѣ у *Mc. Burney*. Съ другой стороны, наполнивъ до краевъ малый тазъ, жидкость поднимается въ лѣвый боковой каналъ, гдѣ можетъ достигнуть болѣе или менѣе высокихъ отдѣловъ въ зависимости отъ ея количества. Вѣроятно, въ это же время часть ея проникаетъ и среди петель тонкихъ кишекъ главнымъ образомъ въ нижне-правомъ отдѣлѣ, не переходя въ лѣвый *sinus mesentericus*. Распространеніе ея здѣсь станетъ понятнымъ, если вспомнить схему расположенія брыжейки тонкихъ кишекъ, составленную проф. Зерновымъ¹⁾.

Нижній, ближайшій къ влітію въ *coecum* отдѣлъ тонкой

¹⁾ См. изслѣдованіе, выпущенное отдѣльнымъ оттискомъ. Москва 1894 г.

кишки лежить горизонтальными рядами въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ живота: понятно, что среди этихъ петель и должна прежде всего разлиться жидкость, вливающаяся въ область, гдѣ расположены тонкія кишки, у мѣста влітія ихъ въ толстую. Понятно также, что не между каждаго двухъ прилежащихъ другъ къ другу кишечныхъ петель будетъ жидкость, такъ какъ она разольется лишь по одной правой сторонѣ брыжжейки, если не выполнить всю полость живота и не проникаетъ въ *sinus mesentericus sinister*. Проникая по тонкимъ кишкамъ далѣе, жидкость должна достигнуть до тѣхъ петель слѣдующаго болѣе высокаго отдѣла тонкой кишки, которыя лежатъ вертикальными ходами справа. Разливаясь здѣсь, по тому же закону, жидкость въ общемъ и займетъ ниже-правый отдѣлъ средины брюшной полости такъ, какъ это описываетъ Мс. Burney въ нѣкоторыхъ изъ оперированныхъ имъ случаевъ. Замѣчательно, что вскрытіе *bursae omentalis* и въ этомъ нашемъ опытѣ показало полное отсутствіе въ ней какъ окрашенной жидкости, такъ и твердыхъ частицъ.

Покончивъ съ изслѣдованіемъ расположенія жидкости и осадка, я зашилъ срединную рану наглухо и приступилъ къ промыванію по той схемѣ, которая рекомендуется обыкновенно. Боковой разрѣзъ былъ снова вскрытъ и увеличенъ до размѣра см. 15. Въ него введены два дренажа: одинъ въ малый тазъ, другой въ направленіи праваго бокового канала, послѣ чего начато промываніе изъ стекляннаго наконечника, который заводился во всѣ отдѣлы, куда можно достать изъ бокового разрѣза. На промываніе израсходовано 20 литровъ жидкости. До 16-го литра вода шла окрашенной, послѣ 16-го литра пошла чище и подъ конецъ вытекала почти чистою. Твердыя частицы продолжали уноситься все время, только подъ конецъ ихъ вымывалось уже немного. Когда промываніе было окончено, то, повернувъ трупъ на бокъ, я вынулъ избытокъ жидкости, удержавшейся въ брюшной полости, послѣ чего, расшивъ срединную рану, уже можно было оцѣнить результатъ промыванія. Оказалось, что въ лѣвомъ боковомъ каналѣ и въ лѣвой поддиафрагмальной полости находится еще сильно окрашенная въ кофейный цвѣтъ жидкость. Жидкость въ *bursa hepatica* слегка окрашена, въ маломъ тазу совсемъ свѣтлая.

Твердыя частицы задержались всего больше въ лѣвомъ поддиафрагмальномъ вѣстияхъ, въ лѣвомъ боковомъ каналѣ и на днѣ малого таза. Въ правомъ боковомъ каналѣ ихъ было очень мало, не много также и въ *bursa hepatica*. Между печенью и диафрагмой осталось лишь нѣсколько зернышекъ.

Такимъ образомъ оказалось, что описаннымъ способомъ достигнуть полного очищенія трудно, и что главное препятствіе представляетъ область подъ лѣвымъ куполомъ диафрагмы, гдѣ задержалась даже сильно окрашенная жидкость. Слѣдовательно, не только не были унесены освѣнія твердыя частицы, но и собравшаяся жидкость не подверглась достаточному объѣму, чтобы замѣститься вливаемой чистой водой.

Теперь на томъ же трупѣ были снова зашиты сдѣланные разрѣзы и полость брюшины снова залита такимъ же количествомъ, того же клейстера и приступлено къ промыванію брюшной полости по выработанному мною способу. Срединная рана открыта на небольшомъ протяженіи 6—7 см. выше пупка и надъ *symphysis pubis*. По введенному корригану сдѣлано отверстіе въ правомъ боковомъ каналѣ, подъ концомъ 12-го ребра, и введенъ дренажъ. Вытекло, очень много влітой жидкости (около 500 к. с.). Такое же отверстіе наложено симметрично слѣва, и изъ послѣдняго также вытекло по уже небольшое количество жидкости. Надъ *symphysis pubis* введенъ до дна малого таза толстый длинный дренажъ и загнутъ внизъ на подобіе сифона, чтобы конецъ его лежалъ на столѣ. Подъ спину трупа и голову подложены подкладки, такъ чтобы позвоночный столбъ образовалъ изгибъ и по возможности выровнялись и поднялись выше поддиафрагмальные впадины, чтобы облегчить ихъ вымываніе. Теперь произведено промываніе 10 литрами воды, совершенно такъ же, какъ описано въ предыдущихъ опытахъ. Жидкость также стала вытекать свѣтлой послѣ 5-й кружки, а послѣ 10-й полость живота снова широко открыта для осмотра. Оказалось, что окрашенной жидкости нигдѣ не было, что же касается твердыхъ частицъ гущи, то онѣ были вымыты весьма совершенно. Правый боковой каналъ и *bursa haepatica* были совсемъ чисты. Въ лѣвомъ поддиафрагмальномъ пространствѣ и на днѣ малого таза еще задержалось нѣсколько единичныхъ крупинокъ гущи, которыя также были разбросаны по одной, по двѣ кой-гдѣ и въ другихъ областяхъ брюшной полости. Общее впечатлѣніе такое, что этимъ способомъ очищеніе достигается во много разъ легче и скорѣе, чѣмъ при первомъ, получаемые же результаты вѣтъ всякаго сравненія лучше, несмотря на вдвое меньшее количество пропущенной жидкости.

На второмъ трупѣ былъ повторенъ тотъ же опытъ вливанія. Трупъ этотъ, принадлежавшій старику лѣтъ 60, представилъ ту особенность, что слѣвая кишка была очень вздута и очень длинна, такъ что спускалась въ малый тазъ. Пришлось продлить разрѣзъ,

обычный при операции аппендицита книзу и внутрь стм. на 8, чтобы можно было достать слѣпую кишку и appendix.

Въ томъ же порядкѣ, какъ и въ первомъ случаѣ, было влито около 800 куб. стм. клейстера со взвѣшенными частицами и затѣмъ приступлено къ вскрытію живота и изученію его расположенія. Вскрывъ животъ, я въ первый моментъ былъ очень удивленъ, замѣтивъ, что главная масса жидкости ушла въ лѣвую сторону брюшной полости. Оказалось, что малый тазъ былъ переполненъ жидкостью, немного ея попало въ область петель тонкихъ кишекъ, главнымъ образомъ, соответственно правому *sinus mesentericus*, а затѣмъ жидкость устремилась къверху, по лѣвому *canalis lateralis* и заполнила все углубленіе подъ лѣвымъ куполомъ діафрагмы, какъ то наблюдалось и раньше, только теперь сюда проникло больше крошекъ, которыя занимали лѣвый боковой каналъ и особенно скопились въ маломъ тазу. Правый боковой каналъ и вся область *bursae hepaticae* были совершенно свободны отъ жидкости и кишечныя петли здѣсь плотно прилежали другъ къ другу. Причина такого необычнаго расположенія жидкости, однако, оказалась легко объяснима. Оказалось, что очень длинная слѣпая кишка, къ тому же сильно вздутая, снабжена брыжейкой и очень сильно выраженной *plica ileo coecalis*, и эти-то складки брюшины помѣшали жидкости разлиться къверху по правому боковому каналу. Вѣроятно, это и есть та причина, которая, по указанію Mikulicz'a¹⁾, заставляетъ иногда гной показаться при аппендицитѣ съ лѣвой стороны раньше, чѣмъ съ правой.

Изучивъ, такимъ образомъ, расположеніе жидкости и крупинокъ, я приступилъ къ промыванію. Опять сначала было произведено промываніе въ одно отверстіе. Сдѣлавъ разрѣзъ, какъ при аппендицитѣ, послѣ того какъ срединный разрѣзъ былъ наглухо зашитъ и черезъ новый заведены 2 дренажа въ малый тазъ и въ область по направленію праваго бокового канала, я началъ промываніе изъ стеклиннаго наконечника, который заводился во всѣхъ направленіяхъ возможно глубоко. Пропущено было 20 литровъ жидкости, которая послѣ 15-го пошла свѣтлою. Послѣ этого полость брюшины снова была вскрыта по средней линіи для осмотра. Оказалось, что верхній этажъ брюшной полости весь налитъ довольно густо окрашенной жидкостью и въ правой сторонѣ, гдѣ загрязняющихъ массъ до промыванія не было вовсе, жидкость даже сильнѣе окрашена. Твердая частицы, которыхъ въ

правой сторонѣ не оказалось, въ лѣвой, изъ лѣваго бокового канала, вымыты не были, и количество ихъ уменьшилось мало. Тазъ наполненъ свѣтлой жидкостью, и твердая частицы вымыты хорошо. Среди тонкихъ кишекъ чистая жидкость, и все хорошо вымыто.

Теперь снова трупъ, послѣ удаленія губкой чистой воды, былъ налитъ клейстеромъ, и приступлено къ промыванію по выработанной мною схемѣ. При введеніи дренажей въ поясничныя противоотверстія, изъ лѣваго бокового канала вытекло жидкости много больше, чѣмъ изъ праваго, обратно опыту 1-му, что показало, что въ данномъ случаѣ отношенія въ распредѣленіи жидкости сохранились и при второмъ наливаніи. Послѣ наливанія и введенія дренажей въ поясничныя отверстія, трупъ придано приподнятое положеніе, введенъ сифонъ въ глубину малаго таза и начато промываніе чрезъ 2 срединныя отверстія, которое и окончено, когда пропущено 10 литровъ жидкости. При новомъ вскрытіи брюшной полости оказалось, что жидкости въ ней задержалось опять очень мало. Окрашенной жидкости нигдѣ не было, осадки были удалены очень хорошо и даже въ маломъ тазу остались лишь самые незначительные слѣды осадка кофейной гущи. Такимъ образомъ и здѣсь вымываніе удалось превосходно и присутствіе брыжейки слѣпой кишки не помѣшало хорошо очистить правый боковой каналъ, а при промываніи нигде не было загнано осадковъ или окрашенной жидкости, которые бы остались не удаленными изъ полости брюшины.

Девятый трупъ, 16-лѣтняго мальчика, съ очень вздутымъ животомъ былъ такъ же налитъ, какъ 2 предыдущіе. Осторожно, не извлекая наружу конца слѣпой кишки, мнѣ удалось пришить къ основанію червеобразнаго отростка концъ дренажной трубки и влить литръ клейстера. Тотчасъ же я приступилъ къ промыванію брюшной полости по выработанной схемѣ. На этотъ разъ уменьшенно полость живота не была вскрыта для предварительнаго осмотра, чтобы рѣшить вопросъ, не вліяетъ ли осмотръ и соединеніе съ нимъ передвижаніе руками кишечныхъ петель на послѣдующій процессъ вымыванія. Теперь были сдѣланы 2 срединныхъ разрѣза стм. по 4 выше и ниже пупка. Черезъ нихъ легко было убѣдиться, что къ среднему отдѣлу живота, въ область петель тонкихъ кишекъ, жидкость не подошла, такъ какъ ея не было видно и она не выступила наружу. При наложеніи противоотверстій въ верхнемъ отдѣлѣ боковыхъ каналовъ слѣва и справа, сквозь введенные дренажи вытекло порядочное коли-

¹⁾ A. G. kl. Chir. Bd. 39. 756.

чество окрашенной жидкости съ крошками: слѣдовательно боковые каналы были на этотъ разъ опять налиты жидкостью и въ нихъ проникли и крошки. Съ правой стороны вытекло больше жидкости, чѣмъ слѣва, — слѣдовательно, на этотъ разъ соотношенія были нормальны, и больше жидкости пошло по правому боковому каналу. Вслѣдъ за тѣмъ, подъ спину трупа подложена подкладка, при чемъ въ нижней срединной ранѣ показалась окрашенная жидкость, однако, безъ крошекъ. Былъ введенъ сифонъ и произведено промываніе 10 литрами жидкости по выработанной ранѣ схемѣ. Несмотря на очень вздутыя кишки, жидкость протекала свободно и вымываніе совершалось легко. Только раза 2 пришлось перемѣстить конецъ сифона въ маломъ тазу, такъ какъ вытеканіе затруднялось, вѣроятно, слишкомъ плотнымъ прилеганіемъ конца къ дну малаго таза. По окончаніи промыванія животъ былъ вскрытъ широко крестообразнымъ разрѣзомъ и осмотрѣвъ легко было убѣдиться, что вымываніе удалось прекрасно, лучше чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ, гдѣ кишки были не вздуты. Склоненій крошекъ нигдѣ не было; особенно хорошо очистились всея петли тонкихъ кишекъ, лежавшія въ маломъ тазу, гдѣ со-всѣмъ не осталось крошекъ. Окрашенной жидкости, конечно, нигдѣ не было. Общее впечатлѣніе опять получилось такое, что вымываніе идетъ легче, если кишки вздуты. О выпаденіи петель кишекъ, которое можно было наблюдать, какъ только расширяли срединный разрѣзъ, не могло быть и рѣчи во время промыванія, такъ какъ сдѣланные разрѣзы были очень малы.

На десятомъ мужскомъ трупѣ произведено вливаніе въ область слѣпой кишки при положеніи трупа на правомъ боку. Слѣпая кишка здѣсь имѣла нормальное положеніе, червеобразный отростокъ малъ и слегка повернуть кънутри, спускаясь къ малому тазу. Кишечникъ очень умеренно вздутъ. Къ основанію отростка пришить конецъ дренажа, рана зашита и трупъ положенъ на правый бокъ. Произведено вливаніе 1 литра крахмального клейстера, послѣ чего трупъ повернуть и уложенъ на спину и вскрытъ для изслѣдованія. Результаты вскрытія показали, что положеніе для ничуть не измѣнило окончательнаго распредѣленія жидкости. Жидкость разлилась по правому боковому каналу вверхъ, заняла *hincam hepaticam*, омывая правую долю печени съ одной стороны, съ другой — спустилась въ малый тазъ, откуда по лѣвому боковому каналу поднялась до диафрагмы. Тонкія кишки опять были относительно мало загрязнены и, только раздвигая ихъ, можно было видѣть окрашенную жидкость почти безъ крошекъ

на днѣ *sinus mesenteric. dext.*, куда она перелилась черезъ *colon ascendens*, почти не вздутый, вѣроятно, при переведеніи трупа изъ бокового положенія въ положеніе на спинѣ. Можно думать, что это было именно такъ, потому что и верхній и нижній отдѣлы *sinus mesenterici dext.* были одинаково наполнены жидкостью. Замѣчательно, что по лѣвую сторону брыжейки въ *sinus mesentericus sinister* абсолютно не поало ни жидкости, ни крошекъ, тогда какъ въ *canalis lateralis sin.* занесены были и крошки, и жидкость приблизительно въ обычномъ количествѣ.

Чтобы убѣдиться, насколько вымываніемъ могутъ быть удалены и растворимыя вещества, я въ этотъ трупъ до клейстера ввелъ растворъ 5,0 іодистаго натрія въ 180,0 воды и послѣ изслѣдованія брюшной полости произвелъ обычное промываніе по своему методу. Жидкость, стекавшая съ анатомическаго стола, собиралась въ поставленный тазъ. По окончаніи промыванія и послѣ обмыванія стола чистой водой вся собранная жидкость была измѣрена. Ея оказалось 13.000 к. с. Проба этой жидкости въ 100 к. с. взята для химическаго анализа и количественнаго изслѣдованія на содержаніе NaJ .

Опредѣленіе количества іода и перечисленіе на все количество промывной жидкости показало, что во всемъ количествѣ 13.000 было — 3,75 NaJ .

Принимая во вниманіе, что продажный NaJ содержитъ, благодаря гигроскопичности, нѣкоторое количество влаги, что по условіямъ опыта часть его неизбежно, несмотря на всѣ предосторожности, должна разливаться по поверхности большого анатомическаго стола, надо сказать, что промываніе довольно совершенно освобождаетъ брюшную полость и отъ растворимыхъ веществъ, ее загрязняющихъ. Что касается до общаго вымыванія и удаленія клейстера, то оно и здѣсь удалось очень хорошо, и ничего нельзя прибавить къ даннымъ предыдущихъ опытовъ, которыя еще разъ подтвердились.

Наконецъ въ XI опытѣ произведено вливаніе въ лѣвую сторону нижняго этажа живота и дренажъ былъ поднятъ къ среднему отдѣлу *flexurae sigmoideae*. Весь опытъ проведенъ такъ же и съ соблюденіемъ тѣхъ же предосторожностей, какъ вливаніе въ область слѣпой кишки. Количество жидкости 1 литръ. Трупъ мужчины съ совершенно не вздутымъ кишечникомъ, уже нѣсколько начавшій разлагаться, такъ что кишки дряблы. Сальникъ развитъ слабо. Послѣ вливанія и вскрытія брюшной полости оказалось слѣдующее. Главная масса жидкости и гущи — въ маломъ тазу.

Въ лѣвомъ боковомъ каналѣ жидкость поднималась вверхъ до селезенки и вездѣ порядочное количество гущи. По правому боковому каналу жидкость поднималась вверхъ до *bursa hepatica* и залила все подпеченочное пространство до *lig. gastro-colicum*. Надъ правой долей печени, между ней и диафрагмой, нѣтъ ни жидкости, ни крошекъ гущи, количество которой вообще въ правой сторонѣ умѣренное. *Bursa omentalis* не содержитъ ни окрашенной жидкости, ни гущи. *Fornix Winslowi* проходимо. Область тонкихъ кишекъ, которая спались, очень дряблы и свѣсилась внизъ къ малому тазу, такъ, что почти не разграничены *sinus mesenterici*, залита жидкостью, занимающей главнымъ образомъ низъ указаннаго отдѣла. Крошекъ и осадка гущи здѣсь очень мало. Такимъ образомъ и въ этихъ 2 послѣднихъ опытахъ типъ распространенія жидкости, о которомъ много говорено по поводу предыдущихъ опытовъ, вполне сохранился и строго выдержанъ.

Вотъ болѣе подробное описаніе тѣхъ опытовъ, которые были произведены въ анатомическомъ театрѣ. Результаты ихъ принадлежатъ свѣтъ на многія стороны вопроса о перитонитѣ, на приемы расположенія дренажей, способы промыванія и очищенія брюшной полости, наконецъ на законы распределенія экссудата и кишечнаго содержимаго, въ зависимости отъ мѣста первоначальной инфекции и положенія прободенія. Все это факты очень важныя для діагностики и ориентировки во время операціи. Болѣе подробная группировка и оцѣнка результатовъ сдѣлана въ соответствующихъ мѣстахъ работы, почему здѣсь я ограничиваюсь описаніемъ опытовъ, въ интересахъ изложенія тамъ не приведенныхъ.

ПРИЛОЖЕНІЕ III.

Опыты на животныхъ.

Опыты на животныхъ, составляющіе часть предлагаемой работы, имѣли цѣлью выяснитъ, главнымъ образомъ, 2 стороны вопроса о физиологическомъ дѣйствіи на организмъ промыванія, какъ метода очищенія брюшной полости. Представлялось интереснымъ прежде всего разрѣшить вопросъ о вліяніи промыванія полости живота на всасываніе изъ послѣдней веществъ растворимыхъ, съ цѣлью выяснитъ съ большою точностью, справедливо или нѣтъ обвиненіе этого метода въ томъ, что онъ, усиливая всасываніе, быстро вызываетъ концентрацію въ крови токсиновъ и еще большее отравленіе организма и ухудшеніе общаго состоянія. Мнѣніе это основано было только на клиническомъ наблюденіи авторовъ, утверждавшихъ, что промываніе вызываетъ шокъ, и на опытахъ на животныхъ, установившихъ вообще быстрое всасываніе изъ полости брюшины.

Вторымъ весьма интереснымъ пунктомъ было еще разъ подтвердить чрезвычайно разнорѣчивыя указанія авторовъ относительно дѣйствія промыванія на общее состояніе организма и прежде всего на дѣятельность сердца, якобы подавляющее вліяніе на которую для многихъ служило главной причиной, заставляющей отказываться отъ примѣненія этого способа очищенія.

Въ виду значительнаго преобладанія процента выздоровѣвшихъ при оперативномъ лѣченіи съ промываніемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ для послѣдняго примѣняли соляной растворъ или воду болѣе высокой температуры, преобладанія, выраженнаго въ процентныхъ отношеніяхъ: 62,9% и 70,4% всѣхъ опубликованныхъ и собранныхъ нами случаевъ, и въ виду указанія теперь уже нѣсколькихъ хирурговъ на оживляющее дѣйствіе воды болѣе высокой темпе-

ратуры (39° — 45° C), представлялось интересным изучить также и эту сторону вопроса. Однако, мне казалось важным допускать при промывании не слишком больших отклонения от температуры крови, изучая действие менее горячей жидкости сообразно тому, что и у операционного стола никто не будет промывать брюшную полость черезчур холодными растворами. Поэтому я считал нужным не спускаться для промывной жидкости ниже 34° — 35° C, так как это, кажется, крайние пределы ошибки, которые можно допустить при изменении температуры рукою, без термометра, и при желании иметь жидкость температуры тела, применение которой считается обыкновенно желательным.

Для выяснения первой части нужно было прежде всего найти и разработать такой метод, который бы позволил ответить на вопрос не на основании только субъективных отзывов „больше“ или „меньше“, так как я считал решение вопроса таким способом далеко не убедительным. Задача представлялась для меня лично в такой форме, чтобы найти способ, который при применении веществ ядовитых позволил бы решить вопрос на основании скорости и точно отмечаемой разности времени наступления отравления и смерти животного или, что лучше, такой, чтобы применять какие-либо индифферентные вещества. Практически необходимо было, чтобы служащая для опыта вещества удобно, быстро, притом достаточно точно могли определяться количественно в небольших массах крови, так как время опыта не могло быть длинно, а для пробы желательным было брать только небольшие порции крови. В разработку такого метода встретились большие затруднения и лишь после значительного числа пробных опытов с различными веществами из ряда ядов (стрихнин, амидин, с эмulsionом), красок (эозин, флуоресцент, фуксин, бисмаркбраун и др.) мне удалось достигнуть желаемого результата при применении индифферентного вещества — йодистого натрия, который имеет все необходимые преимущества. Он не ядовит при попадании в кровь даже в больших количествах, очень легко всасывается, что оказалось необходимо для результатов и, наконец, главное, легко, быстро и точно определяется количественно весьма простыми приемами химического анализа.

Однако и применение йодистого натрия потребовало много контрольных и пробных опытов, пока удалось достигнуть желаемого результата. При тех же опытах попутно и получали и необходимые для решения двух других вопросов кимографические кривые, варьируя температуру применяемой для промывания жид-

кости в пределах 34° C— 45° C. Перехожу к описанию техники и самых опытов.

Опыты с ядами я скоро оставил. Испытывался стрихнин, который действует очень быстро и в очень малых количествах, так что между временем вымывания и введением яда трудно было установить нужное соотношение. Главное неудобство и причина неточности оказались в том, что на самое действие яда требуется известное время и урегулировать и регистрировать колебание этого времени в зависимости от небольших изменений количества вещества трудно. Между тем получить небольшие колебания во времени казалось мне не убедительным. Вообще на результат здесь влияли бы слишком многочисленные и небольшие, неудовимые часто ошибки и изменения в технике опыта.

Опыты с амидином и эмulsionом, которые встречались реагировать с выделением синильной кислоты, могли бы дать многое. Предполагалось, амидин, способный к диффузии и легко всасываемый, вводить в полость живота, эмulsion, коллоид, трудно диффундирующий, в избрать в кровь. Таким образом, при всасывании достаточного количества амидина в крови могло развиваться отравляющее количество синильной кислоты, притом весьма быстро. Опыт мог бы быть очень убедителен, так как оба вещества отдалось бы не ядовиты. К сожалению, действие их далеко не верно, и надо думать, что эмulsion быстро разрушается в крови или не действует там так хорошо, как это происходит в пробирке. В моих опытах кровь быстро приобретала запах циана и становилась алой, но смерти ни разу не наступило: все животные перенесли опыт, и запах циана скоро исчезал из крови. Быть может было бы лучше поступать наоборот и вводить эмulsion в полость брюшины, но тогда нельзя было бы быть уверенным, что амидин не диффундировал в полость живота и что яд не образовался в самой брюшной полости и не всосался оттуда. Эти обстоятельства заставили оставить яды, которые к тому же при определении их действия по времени наступления отравления являлись бы лишь косвенными показателями скорости всасывания.

Всё анилиновые краски, испытанные мною, оказались непригодными по 2 причинам: переходили в кровь слишком медленно и в малом количестве и в крови быстро разлагались. Некоторые, как эозин, хорошо извлекаемый спиртом, могли бы быть удобны, так как, извлеченные спиртом в аппарат Сокслета из осадка, полученного свертыванием крови в спирт, или из

крови, собранной въ предварительно взвѣшенную марлю, могли бы быть удобно опредѣляемы колориметрическимъ способомъ. Однако, эозинъ, къ сожалѣнію, распадается въ организмъ и извлекается въ видѣ окрашивающаго жидкость въ болѣе бурый цвѣтъ, флуоресцирующаго въ растворѣ вещества. Флуоресценція, болѣе прочный и легко открываемый въ крови и въ жидкостяхъ организма качественно (примѣняется для опредѣленія въ *Nitog aquaeus* передней камеры глаза окулистами), дать бы лишь средство опредѣлять появленіе его качественно, такъ какъ въ растворахъ, относительно мало различающихся по крѣпости, колориметрический методъ не примѣнимъ, такъ же какъ и опредѣленіе силы флуоресценціи. Это вносило бы слишкомъ много субъективности.

Я остановился, какъ указано выше, на іодистомъ натрѣ. Весаивается онъ достаточно быстро, не ядовитъ и опредѣляется легко количественно, притомъ весьма точно.

Способъ опредѣленія основанъ на вытѣсненіи іода изъ іодистыхъ соединений при кипяченіи съ солями окиси желѣза въ сильно подкисленномъ сѣрной кислотой растворѣ. Присутствіе хлоридовъ, подкисленіемъ сѣрной кислотой веществъ не вредитъ реакціи и не мѣшаетъ опредѣленію, что весьма важно. Опредѣленію мѣшаетъ присутствіе азотнокислыхъ и азотистокислыхъ (HNO_3 и HNO_2) соединений, которыя, вытѣсняя хлоръ при условіяхъ опыта, заставляютъ послѣдній перегоняться въ приемникъ, наполненный растворомъ іодистаго калия, гдѣ улавливается свободный іодъ, при чемъ хлорохъ вытѣсняется свободный іодъ изъ іодистаго калия, что и дѣлаетъ невѣрнымъ результатъ анализа.

Въ нормальной крови имѣется ничтожное количество этихъ нитратовъ, но практически оно такъ мало, что при условіяхъ контрольнаго опыта съ кровью, въ которую іодъ не введенъ, при такихъ малыхъ пробахъ (20—30 к. с.), которыя брались для анализова, не получается реакціи на іодъ съ крахмаломъ даже качественно.

Такая проверка даетъ право пренебречь при опытѣ этимъ осложненіемъ, которое можно было ожидать а priori.

Все опредѣленіе велось такъ. Послѣ окончанія опыта выпускалась кровь въ взвѣшенную предварительно наѣскольکو кубическихъ въ которую предварительно наливалось нѣскольکو кубическихъ, сантиметровъ раствора шавелевокислаго аммонія, чтобы помѣшати свертыванію крови. Кровь обыкновенно бралась изъ *art. femoralis*, въ которую ввязывалась предварительно длинная стеклянная капля. Затѣмъ взвѣшиваніемъ опредѣлялось, по разницѣ 1-го и

2-го взвѣшиванія, количество взятой крови и разводилось до опредѣленнаго объема. 50—100 к. с. этой жидкости бралось пипеткой въ фарфоровую чашку, высушивалось досуха при 100° и обугливалось на обыкновенной Бунзеновской горѣлкѣ. Предварительное высушиваніе и обугливаніе не необходимо, но облегчаетъ дальнѣйшее производство опыта, такъ какъ не получается хлопчатого осадка бѣлковъ, который мѣшаетъ правильному кипѣнію, обугливая толчки и взрывы въ колбѣ, которые нельзя устранить прибавленіемъ ни индифферентныхъ порошковъ, нистеклянныхъ капилляровъ. Обугленный остатокъ тщательно, съ соблюденіемъ всѣхъ предосторожностей, собирався въ круглодонную колбу съ отводомъ, чашка повторно обмывалась дистиллированной водой, которая выливалась туда же въ колбу.

Въ колбу приливался теперь избытокъ крѣпкаго раствора желѣзныхъ квасцовъ, которые представляютъ среди находящихся въ продажѣ солей окиси желѣза наиболѣе удовлетворяющую требованію химической чистоты соль. Горло колбы закрывается резиновой пробкой, сквозь которую пропущенъ конецъ дѣлительной воронки съ краномъ и отводъ соединяется съ приемникомъ. Послѣдній представляетъ U-образную трубку съ двумя воздушными, чтобы избѣжать перебрасыванія, и наполняется 10—15% растворомъ іодистаго калия. Другое колено трубки затыкается пробкой съ пропущенной въ нее воронкообразной трубкой (форштось), наполняемой стекляннымъ бисеромъ, смоченнымъ тѣмъ же растворомъ NaJ.

Преемникъ охлаждается погруженіемъ въ чашку съ холодной водой. Теперь изъ дѣлительной воронки осторожно спускаютъ въ колбу нѣскольکو кубическихъ сантиметровъ крѣпкой, химически чистой сѣрной кислоты и начинаютъ подогрѣвать колбу. Іодъ скоро выдѣляется и присутствіе его дѣлается замѣтнымъ по характернымъ фиолетовымъ парамъ, появляющимся въ колбѣ.

Отгонка кончается въ 10—15 минутъ, и теперь весь іодъ, сохранившійся въ изслѣдуемой массѣ, оказывается собраннымъ въ U-образной трубкѣ въ видѣ свободного іода, раствореннаго въ растворѣ іодистаго калия.

Іодъ опредѣляется обычнымъ способомъ титрованія по закомъ нѣометрии. Зная количество свободного іода, содержащагося въ крови, легко вычислить по химической формулѣ количество іодистаго натра, ему соответствующее.

Какъ видно, способъ очень простъ. Точность его велика по указаніямъ руководствъ къ аналитической химіи. Описанный ме-

тодь определения и применялся во всех моих опытах. Кривые, с помощью которых регистрировались во время опытов промывания высота кровяного давления, пульс и дыхание, записывались с помощью кимографа, с пишущими приборами которого соединялась канюля, ввязанная в *art. carotis communis*, и пневматический аппарат, состоящий из 2 капсул Марей, надуваемых на грудную клетку.

Опыты на животных произведены в институте общей патологии профессора А. Б. Фохта, которому приношу искреннюю благодарность за любезное разрешение пользоваться помещением и приборами института, необходимыми при опытах. Приношу также глубокую благодарность доктору В. К. Линдеману, ассистенту института, ныне профессору университета св. Владимира, за ту любезность и содействие, которые он мне оказал, ассистируя при многих опытах.

Три первые опыта были исходными опытами, цель которых состояла в том, чтобы выяснить, каково будет всасывание иодистого натрия в условиях предполагавшегося ряда опытов, если не будет предпринято очищения полости живота после введения соли.

Опыт 1. Здоровой собаке средней величины было выпрыснуто в полость живота 4,0 иодистого натрия, растворенного в 20 куб. с. дистиллированной воды. Собака под глубоким наркозом морфием и хлороформом. Впрыскивание произведено через предварительно вставленную в маленький разрез брюшной стенки канюлю Ludwig'a.

Через 20 минут после впрыскивания взята проба крови, вбавшая 42,15 гт. и собрана вытекавшая за время опыта моча. Моча выпускалась при опытах через катетер, и после выпускания пузырь 3 раза промывался дистиллированной водой, которая присоединялась к моче, и все исследовалось на содержание иода.

Результат анализа крови и мочи следующие:

Во взятой пробѣ крови найдено	0,003965	NaJ
в килограммѣ крови	0,096	NaJ
В мочѣ за время опыта найдено	0,0037	NaJ.

Опыт 2. Собаке средней величины выпрыснуто в брюшную полость 5,0 иодистого натрия, растворенного в 200,0 к. с. воды. Через 45 минут взята проба крови 41,8 гт. и собрана моча. Техника опыта, как в № 1.

Результат анализа крови и мочи:

Во взятой пробѣ крови найдено	0,005418	NaJ
в килограммѣ крови	0,129	NaJ
В мочѣ за время опыта найдено	0,182	NaJ.

Опыт 3. Средней величины собаке накануне опыта сделано чревостечение и заложен в полость живота кисеть Mikulicz'a. Ко времени опыта кисеть оказалась довольно плотно припаян к салнику и кишечным петлям, а в полости живота экзудат. Кисеть извлечен и в рану всыпано 4,0 сухого порошка иодистого натрия, рана зашита и через 20 минут взята проба крови 95,1 гт.

Результат анализа крови:

Во взятой пробѣ крови найдено	0,00458	NaJ.
в килограммѣ крови	0,0482	NaJ.

Опыт 4-й имел целью показать, как повлечет сухой туалет брюшной полости на всасывание иодистого натрия и в то же время на общее состояние организма: пульс, частоту дыхания и высоту кровяного давления. Постановка опыта следующая. Здоровой собаке средней величины, после предварительной подготовки для операции брюшной стенки паха и шеи мытем с мылом и бритьем шерсти, тем же порядком, как в предыдущих опытах, введено в брюшную полость 5,0 иодистого натрия, растворенного в 200,0 дистиллированной воды. Затем ввязаны канюли в *art. carotis* и *femoralis*. Первая соединена с пишущим прибором кимографа и наложен прибор для регистрации дыхания.

Через 15 минут после введения иодистого натрия начата лапаротомия с соблюдением возможной асептики. Полость живота широко вскрыта срединным разрезом, при чем вытекло много влитой жидкости. Вся полость живота, насколько это было возможно, тщательно очищена вытиранием сухими салфетками из стерилизованной марли и брюшная стенка зашита. Операция длилась менее 1/2 часа. Через 50 минут от момента вливания раствора иодистого натрия взята проба крови в 48,1 гт. и собрана моча, вытекавшая за время опыта. Все время опыта кимограф писал кривую дыхания и пульса.

Результаты химического анализа следующие:

Во взятой пробѣ крови найдено 0,003 NaJ.
въ килограммѣ крови 0,062 NaJ.
въ мочѣ за время опыта найдено 0,012 NaJ.

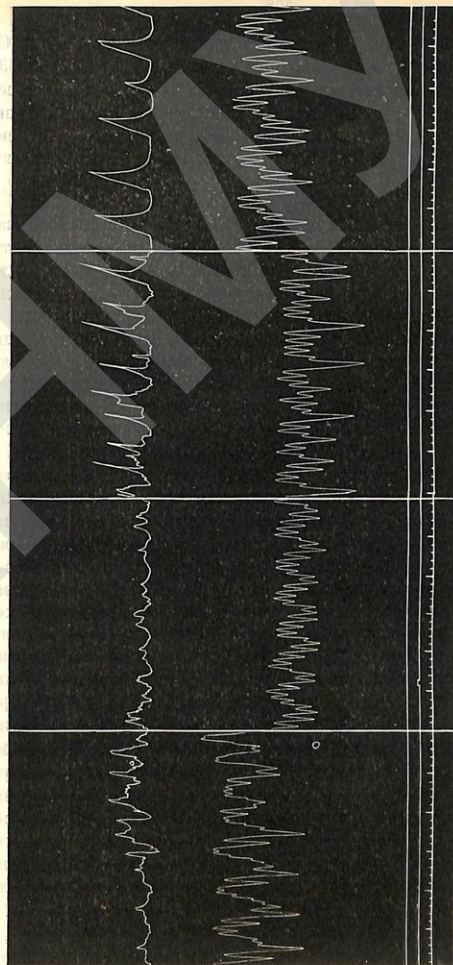
Изученіе кимографической кривой, полученной при этомъ опытѣ, дало следующее:

До лапаротоміи	{	число дыханій 20 въ минуту; пульсъ 82, кровеное давленіе: среднее 65, minimum 41, maximum 82.
Послѣ лапаротоміи въ началѣ туалета брюшины	{	число дыханій 28 въ минуту; пульсъ 76, мельче, элевации меньше; кровеное давленіе: среднее 47, minimum 35, maximum 56.
Послѣ 5 минутъ, во время котор. былъ оконченъ туалетъ брюшины	{	число дыханій 28 въ минуту; пульсъ 66, кровеное давленіе: среднее 39, minimum 17, maximum 52.
Черезъ 1/2 часа по окончаніи операціи	{	число дыханій 10 въ минуту; пульсъ 58; кровеное давленіе: среднее 55, minimum 38, maximum 71.

Число дыханій и пульса получалось подсчетомъ на длинѣ кривой, соответствующей 1/2 минуты. Кровяное давленіе вычислялось на основаніи послѣдовательныхъ 30 измѣреній высоты его, черезъ каждую секунду, за 1/2 минуты времени, изъ которыхъ и выводилась средняя величина его, равная среднему арифметическому.

Опытъ показываетъ, что всего меньше сухой туалетъ вліяетъ на дыханіе. На пульсъ вліяніе довольно рѣзкое: частота пульса замѣтно уменьшилась, вѣроятно какъ рефлексъ на раздраженіе брюшины и нервныхъ окончаній, въ ней заложенныхъ; кровяное давленіе рѣзко упало во время самаго акта туалета брюшной полости и выправилось, когда окончилось механическое раздраженіе брюшины. Эта кривая показываетъ, что у больного съ ослабленной сердечной дѣятельностью и сухое вытираніе можетъ вызвать нежелательные рефлексы. Собака, служившая для опыта, издохла черезъ 2 дня отъ остраго септического перитонита.

Слѣдующіе 2 опыта, № 5-й и 6-й, имѣли цѣлью получить образцы кривыхъ кровяного давленія, пульса и дыханія при проми-



До вскрытія живота.

Послѣ вскрытія живота при началѣ вытиранія.

По окончаніи вытиранія сухими салфетками.

Черезъ 1/2 часа послѣ вытиранія. Концы опыта.

Кривая изъ опыта № 4. Сухое очищеніе брюшной полости.

ваніи полости живота солянымъ растворомъ температуры 38° С. у больныхъ, предварительно подготовленныхъ, какъ въ опытѣ № 3, собакъ. Эти кривыя, полученные при воздѣйствіи раствора температуры, очень близкой къ температурѣ крови животнаго, должны были служить основаніемъ для сравненія дѣйствія жидкостей температуры болѣе высокой 45° С. и температуры болѣе низкой, чѣмъ температура крови 34° С.

Опытъ 5. Назначенная для опыта средней величины собака, которой была накупнѣ сдѣлана лапаротомія и заложенъ кисетъ Mikulicz'a, была расположена на столѣ и все установлено для полученія кимографической кривой, какъ въ предыдущемъ опытѣ, послѣ чего приступлено къ промыванію.

По снятіи наложенной накупнѣ повязки и раскрытіи раны для удаленія тампона, оказались воспалительныя измѣненія только въ области тампона. Отграничивающихъ сращеній еще не образовалось, въ полости живота серозно-кровянистый экссудатъ въ порядочномъ количествѣ. Общее состояніе удовлетворительно. Въ полость брюшины всыпано 4,0 порошка сухого іодистаго натра и тотчасъ приступлено къ промыванію полости живота, которое производилось въ одинъ, довольно большой, стм. 9—10, срединный разрѣзъ брюшной стѣнки при помощи стекляннаго маточнаго наконечника, который вводился во всѣхъ направленіяхъ. Рядомъ съ наконечникомъ, для облегченія обратнаго стока жидкости, вводились резиновые дренажи. Кружка съ жидкостью была помѣщена на $1\frac{1}{2}$ —2 аршина выше уровня стола, на которомъ лежало животное. Для промыванія взято 6 литровъ фізіологическаго солянаго раствора температуры 38° С. Последняя порція вытекавшей обратно жидкости была взята для качественной пробы на содержаніе іодистаго натрія и дала лишь очень слабую реакцію съ крахмаломъ при дѣйствіи крѣпкой азотной кислоты¹⁾. Черезъ 20 минутъ взята проба крови (83,3) и изслѣдована, какъ указано выше. Количество іода было такъ ничтожно, что давало лишь слабую качественную реакцію съ крахмаломъ и не могло быть опредѣлено количественно. Во время промыванія большое затрудненіе для техники операціи представляли: трудность обратнаго оттока жидкости, благодаря которой вздувался животъ, растягиваемый жидкостью, и наклонность кишечныхъ петель къ выпаденію наружу, такъ что

¹⁾ Проба дѣлалась такъ же, какъ опредѣляется присутствіе іода въ слюнѣ при опредѣленіи всасывательной способности желудка.

кишки все время приходилось удерживать руками. Что касается до вліянія на дѣятельность сердца, то оно выразилось такъ, что въ началѣ пульсъ, бывшій около 80 до промыванія, участился, и кровяное давленіе поднялось, дыханіе стало нѣсколько рѣже. Далѣе состояніе дѣятельности сердца выражается слѣдующей таблицей.

Въ началѣ промыванія	{ число дыханій 20 въ минуту; пульсъ 120 въ минуту; кровяное давленіе: среднее 79, minimum 59, maximum 86.
Черезъ 3 минуты отъ отъ начала промыванія	{ число дыханій 24 въ минуту; пульсъ 98; кровяное давленіе: среднее 74, minimum 58; maximum 84.
Въ концѣ опыта	{ число дыханій 14 въ минуту; пульсъ 124, аритмія, перебои; кровяное давленіе: среднее 62, minimum 50, maximum 76 mm ¹⁾ .

Опытъ № 6-й былъ повтореніемъ предыдущаго. Такъ же подготовленной собакѣ всыпано опять 4,0 сухого іодистаго натрія и въ совершенно аналогичныхъ условіяхъ произведено промываніе. Проба крови взята черезъ 20 минутъ (55,5 gr.), и анализъ ея показалъ, что она не содержитъ іодистаго натрія въ количествѣ, могущемъ быть опредѣленнымъ. Результатъ изслѣдованія полученной кимографической кривой приводится въ таблицѣ.

До начала опыта	{ число дыханій 12 въ минуту; пульсъ 82, хорошъ; кровяное давленіе: среднее 59, minimum 42, maximum 79.
Въ началѣ промыванія	{ число дыханій 50 (просыпается отъ наркоза); пульсъ 116, аритмія, перебои; кровяное давленіе: среднее 65, minimum 47, maximum 79.
Черезъ 3 минуты	{ число дыханій 22 (наркозъ возстановленъ); пульсъ 96, правильный; кровяное давленіе: среднее 47, minimum 56, maximum 38.

¹⁾ Такимъ образомъ, промываніе, мало подѣйствовало на дыханіе, повліяло подавляющимъ образомъ на дѣятельность сердца.

Въ дальнѣйшемъ теченіи опыта произошло выпаденіе петель кишекъ (около $\frac{1}{4}$ всего кишечника).

Во время выпаденія { число дыханій 18 въ минуту; пульсъ 110,
слабѣе, перебои;
кровеное давленіе: среднее 39, minimum 32,
maximum 46.

Тогда, вправивъ выпавшія петли обратно, я, въ концѣ опыта, пропустилъ 3 литра соляного раствора въ 45° С.

Начало промыванія { число дыханій 24 въ минуту; пульсъ 124
45° С. (слабый, но правильный);
кровеное давленіе: среднее 51, minimum 41,
maximum 58.

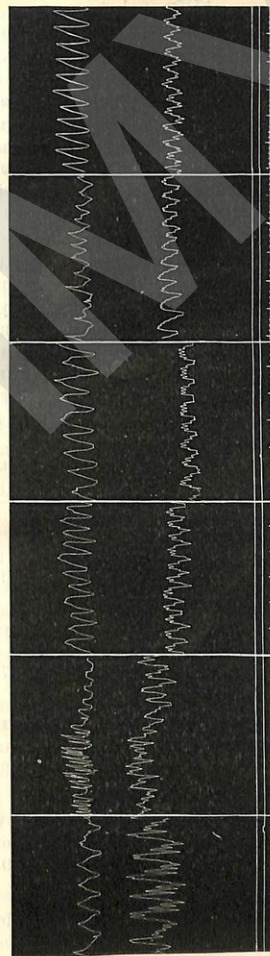
Въ концѣ опыта { число дыханій 22; пульсъ 100, правильный,
много подбѣе;
кровеное давленіе: среднее 49, minimum 41,
maximum 56.

Такимъ образомъ и здѣсь промываніе имѣло то же вліяніе на дѣятельность сердца: кровяное давленіе сперва поднялось, затѣмъ понизилось ниже первоначальнаго. О дыханіи по полученной кривой судить не приходится, такъ какъ въ важный моментъ начала промыванія наркозъ былъ неполный.

Интересна часть кривой, соответствующая моменту выпаденія кишекъ и показывающая, какъ это осложненіе дурно вліяетъ на состояніе кровяного давленія, которое рѣзко падаетъ. Это подтверждаетъ указаніе авторовъ на опасность эвентраціи. Далѣе интереснымъ моментомъ является примѣненіе воды въ 45° С., которое вызвало очень рѣзкое улучшеніе сердечной дѣятельности у животнаго, уже истощеннаго всѣми предыдущими манипуляціями. Это какъ бы говоритъ за примѣненіе жидкостей болѣе высокой температуры.

Слѣдующій рядъ изъ 4 опытовъ послужилъ для болѣе точнаго выясненія дѣйствія промываній болѣе высокой температуры въ 45° С.

Опытъ № 7. Собака средней величины подготовлена для опыта, какъ и предыдущія, введеніемъ накануне тампона Mikulicz'a въ полость брюшины. Послѣ того, какъ все было готово для опыта и снята повязка, наложенная накануне, оказалось, что



Концы опыта.

Начало промыванія
растворомъ въ 45° С.

Черезъ 3 минуты послѣ
начала выпаденія
кишекъ.

Начало промыванія
въ 38° С.

До начала опыта.

Кривая къ опыту № 6. Промываніе сол. растворомъ t° 38° С. и 45° С.

рядомъ съ тампономъ, черезъ не очень плотно зашитую брюшную рану, выпала часть сальника, которая и ущемилась. На ущемленной части характерныя измѣненія, но признаковъ омертвѣнія или тромбоза сосудовъ нѣтъ. Воспалительныя измѣненія лишь на частяхъ, прилежавшихъ къ тампону, отграничивающихся спаекъ еще нѣтъ. Экссудата въ полости брюшины нѣтъ. Черезъ рану выпано 4,0 сухого іодистаго натрія и тотчасъ начато промываніе солянымъ растворомъ 45° С. (6 литровъ) черезъ срединный разрѣзъ брюшной стѣнки, какъ въ опытѣ № 5. Здѣсь опять отмѣчена трудность оттока жидкости обратно, несмотря на введеніе дренажей рядомъ съ наконечникомъ прригатора, вслѣдствіе чего жидкость задерживалась и распирала брюшныя стѣнки. Точно такъ же отмѣчена наклонность кишекъ выпадать наружу. Испытаніе послѣдней порціи вытекавшей обратно жидкости на этотъ разъ дало рѣзкую реакцію на іодъ. Слѣдовательно одинаковымъ количествомъ пропущенной воды не всегда, при сказанныхъ условіяхъ, полость живота очищается одинаково хорошо. Черезъ 20 минутъ послѣ начала опыта взята проба крови (86,4 gr.) для анализа, который далъ прежніе результаты, показавъ, что кровь содержала лишь неопредѣлимыхъ количественно слѣды іодистаго натрія. Изученіе кимографической кривой дало слѣдующіе результаты.

До начала промыванія	{	число дыханій 30 въ минуту (неполный наркозъ); пульсъ 94 въ мин.; кровяное давленіе: среднее 60, minimum 38, maximum 72.
Въ началѣ промыванія	{	число дыханій 52 въ минуту (неполный наркозъ); пульсъ 98, перебои; кровяное давленіе: среднее 67, minimum 51, maximum 73.
Черезъ 3 минуты	{	число дыханій 32 въ минуту (полный наркозъ); пульсъ 106, правильный; кровяное давленіе: среднее 53, minimum 47, maximum 61.
Въ концѣ опыта	{	число дыханій 26 въ минуту, глубоко; пульсъ 110, правильный, много сильнѣе; кровяное давленіе: среднее 59, minimum 50, maximum 67.

Такимъ образомъ опытъ подтверждаетъ впечатлѣніе, полученное отъ второй половины предыдущаго. Сильно поднявшееся въ на-

чалѣ промыванія кровяное давленіе затѣмъ немного падаетъ, но въ концѣ опыта опять замѣтно повышается, достигая почти первоначальной высоты. Пульсъ къ концу опыта становится сильнымъ и правильнымъ по ритму, давая необыкновенно правильный чертежъ кривой.

О дыханіи и вліяніи на него этотъ опытъ судить не позволяетъ по той же причинѣ, какъ и предыдущій.

Опытъ № 8. Здоровая собака средней величины (7700). Передъ промываніемъ въ полость живота введено 5,0 іодистаго натрія раствореннаго въ 200 к. стм. воды. Собака расположена и все приготовлено для опыта, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Промываніе 6 литрами солянаго раствора температуры 45° С. произведено какъ въ предыдущемъ опытѣ и начато черезъ 15 минутъ послѣ вливанія раствора NaJ. Въ этомъ опытѣ для химическаго изслѣдованія, кромѣ пробы крови (51,5), взята вся выдѣлившаяся за время опыта моча и собрана по возможности вся вытекавшая обратно изъ живота промывная жидкость, которой оказалось 4200 к. стм. изъ 6000,0, употребленныхъ на опытъ.

Химическій анализъ крови, сдѣланный по вышеописанному способу, показать, что іодистаго натрія во всей пробѣ крови оказалось 0,0024 и въ килограммѣ ея — 0,049.

Все количество мочи, выдѣленное за время опыта, содержало 0,03 іодистаго натрія, а въ промывной водѣ оказалось по вычисленіи, основанномъ на изслѣдованіи пробы, въ 100 к. стм. 1,82 іодистаго натрія.

Дѣйствіе промыванія на дыханіе и сердечную дѣятельность на основаніи изслѣдованія кимографической кривой выражается въ слѣдующихъ цифрахъ.

До вскрытія полости живота	{	число дыханій 8 въ минуту; пульсъ 66 въ минуту; кровяное давленіе: среднее 41, minimum 21; maximum 57.
Въ началѣ промыванія	{	число дыханій 8 въ минуту; пульсъ 60 въ минуту; кровяное давленіе: среднее 37, minimum 15, maximum 53.
Черезъ 3 минуты послѣ начала промыванія	{	число дыханій 14 въ минуту; пульсъ 80 въ минуту; кровяное давленіе: среднее 54, minimum 33, maximum 68.

Послѣ конца промыванія { число дыханій 12 въ минуту; пульсъ 62 въ минуту;
кровеное давленіе: среднее 45, minimum 24, maximum 65.

Этотъ опытъ позволяетъ судить и о дыханіи. Какъ видно, въ началѣ промыванія (первыя 3 минуты) оно учащается, становится глубже. Послѣ конца промыванія опять становится рѣже, сохраняя глубину. Кровяное давленіе сначала немного упало, потомъ опять поднялось выше, чѣмъ было въ началѣ опыта. На частоту пульса въ этомъ опытѣ промываніе оказало меньше вліянія. Пульсъ сначала участился немного, потомъ въ концѣ промыванія былъ даже рѣже, чѣмъ въ началѣ опыта, сохраняя все время силу и высоту элеваций, которая даже увеличилась къ концу промыванія.

Опытъ № 9 представляется особенно интереснымъ. Болье крупная собака, вѣсомъ 13200, была наканунѣ оперирована и ей заложенъ тампонъ Mikulicz'a, какъ въ нѣкоторыхъ предыдущихъ опытахъ. На слѣдующій день, очевидно въ результатѣ случайной инфекции при операциі, развился острый разлитой перитонитъ съ серозно-кровоянистымъ экссудатомъ. Собака очень больна, въ тяжеломъ общемъ состояніи, пульсъ очень часть и слабъ. Когда все было приготовлено къ промыванію и установлены регистрирующие приборы, до лапаротоміи былъ пущенъ кимографъ, причемъ оказалось, что пишется кривая въ видѣ волнообразной линіи, подъемы и спуски которой соответствуютъ дыхательнымъ колебаніямъ кровяного давленія. Пульсъ, чрезвычайно частый, отмѣчался лишь едва замѣтными колебаніями. Съ началомъ промыванія пульсъ сталъ значительно рѣже и сильнѣе и скоро сдѣлался относительно очень хорошъ, протѣржавшись такъ до конца операциі, послѣ которой снова сталъ нитевиднымъ, хотя лучше, чѣмъ до операциі. Животное перенесло внимательство и вполнѣ поправилось отъ болѣзни въ 5—6-дневный срокъ. Промываніе произведено по описанному ранѣе способу 6 литрами соляного раствора температуры въ 45° С.

Слѣдующая табличка представляетъ результатъ изслѣдованія полученной при опытѣ кимографической кривой.

До начала промыванія { число дыханій 12 въ минуту; пульсъ около 250 въ минуту, нитевидный;
кровеное давленіе: среднее 65, minimum 58, maximum 73.

До вскрытія животнаго.

Въ началѣ промыванія.

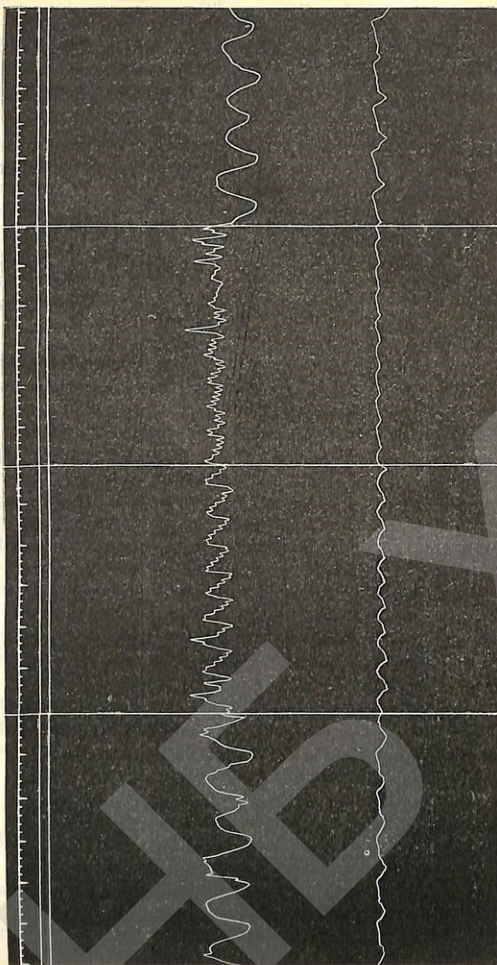
Черезъ 3 мин. послѣ начала промыванія.

Въ концѣ опыта.

Кривая въ опытѣ № 8. Промываніе растворомъ t° 45° С.

До начала промывания. В начале промывания. Через 3 м. отъ начала промывания. В концѣ опыта.

Кривая из опыта № 9. Промывание раствором $t^{\circ} 45^{\circ} \text{C.}$ при перитонитѣ.



Въ началѣ промыванія	{	число дыханій 18 въ минуту; пульсъ 104 съ перебоями, которые становятся рѣже; кровяное давление: среднее 57, minimum 47, maximum 61.
Черезъ 3 минуты послѣ начала промыванія		числодыханій 18, стало глубже; пульсъ 100, правильный, даетъ очень равномерную кривую; кровяное давление: среднее 58, minimum 48, maximum 63.
Въ концѣ опыта	{	число дыханій 12 въ минуту; пульсъ 190, слабый; кровяное давление: среднее 60, minimum 52, maximum 70.

Этотъ опытъ убѣдительно говоритъ за оживляющее дѣйствіе болѣе горячихъ жидкостей и хорошее вліяніе промыванія на сердечную дѣятельность. Такое быстрое и значительное измѣненіе сердечной дѣятельности къ лучшему во время промыванія, которое получено при этомъ опытѣ, гдѣ, судя по состоянію сердечной дѣятельности до лапаротоміи, скорѣе нужно было бы ожидать колебанія при вмѣшательствахъ, является на нашъ взглядъ очень убѣдительнымъ для признанія пользы примѣненія болѣе теплыхъ растворовъ при леченіи перитонитовъ.

Опытъ 10. Последний опытъ съ жидкостью температуры 45°C. сдѣланъ на собакѣ, которой наканунѣ сдѣлана была перфорация кишки. Черезъ разрѣзъ брюшной стѣнки извлечена кишечная петля, въ ней сдѣланъ продольный разрѣзъ въ 1 см. и края разможены крѣпкимъ иглодержателемъ, чтобы обезпечиться отъ случайной закупорки отверстія выпавшей слизистой оболочкой. На слѣдующій день, черезъ 18 часовъ приблизительно, операція. Явленія общаго перитонита были на лицо, въ полости живота экссудатъ, ясно опредѣляемый, и воздухъ, такъ какъ удавалось получить ясный плескъ на подобіе *secussio Hippocratis* при *pneumothorax*. Общее состояніе еще хорошее. Послѣ установки всего необходимаго для опыта, приступлено къ операціи. Вскрыта полость живота, при чемъ подтвердилась вышеуказанная діагностика. Найдено и зашито прободное отверстіе, кишечныя петли обмыты горячимъ солянымъ растворомъ и вправлены, послѣ чего и приступлено къ промыванію брюшной полости, какъ въ предыдущихъ опытахъ, растворомъ соли 6‰, температуры 45°C.

Изучение кривой, полученной при опыте дало следующее.

До лапаротомии. Дыхание 8 в минуту, пульс правильный, 80 в минуту, кровяное давление: среднее 59, колебание minimum 40, maximum 77.

Послѣзашиваніяпро- боденія и обмыва- нія кишокъ	{ число дыханій 10 в м.; пульсъ 104 в ми- нуту, перебои, рѣдко; кровяное давление: среднее 73, колебание minimum 53, maximum 86.
При началѣ промы- ванія	{ число дыханій 14, пульсъ 94; кровяное давление 75, колебание minimum 58, maximum 86.
Черезъ 3 минуты отъ начала промыва- нія	{ число дыханій 10 в минуту, менѣе глубо- кое; пульсъ 100, ровнѣе; кровяное давление 68, колебание minimum 52, maximum 75.
Въ концѣ опыта	{ число дыханій 10, глубокое; пульсъ 96, очень правильнѣе; кровяное давление: среднее 65, колебание minimum 47, maximum 75.

Характеръ кривой, какъ видно, и въ этомъ случаѣ подходитъ къ предыдущимъ: относительно малое вліяніе на дыханіе, большой подъемъ кровяного давления въ началѣ и паденіе въ дальнѣйшемъ, при чемъ давление въ концѣ опыта опять осталось выше, чѣмъ было въ началѣ.

Въ послѣднихъ пяти опытахъ для промыванія служилъ соляной растворъ температуры 35° С. Причина, почему эта температура была избрана мною при изученіи дѣйствія жидкости температуры ниже температуры крови, уже была мною указана и заключается въ томъ, что 35° С. почти предѣлъ возможной ошибки, если не пользоваться термометромъ и желать примѣнять жидкость температуры крови. Въ остальномъ эти опыты вполне тождественны съ предыдущими.

Опытъ № 11. Довольно крупная здоровая собака (вѣсъ 17650) была, послѣ всѣхъ обычныхъ приготовленій и введеній въ полость живота раствора 5,0 NaJ въ 250,0 воды, подвергнута промыванію брюшной полости, которое начато черезъ 15 минутъ послѣ введенія іодистаго натра. Промываніе произведено черезъ 3 разрыва брюшной стѣнки изъ эсмарховой кружки, снабженной стекляннмъ

маточнымъ наконечникомъ, 6 литрами соляного раствора температуры 35° С. Подъ животное на столъ подложенъ пергаментъ. Подъ ножки стола той стороны, куда лежала голова животного, подложены подстановки, и все расположено такъ, чтобы жидкость, выливаясь изъ брюшной полости, стекала по пергаменту, свѣсившемуся съ конца стола, въ подставленную большую глиняную банку. По окончаніи опыта животное и пергаментъ обмыты еще дистиллированной водой, и такимъ образомъ собрано всего 7800 к. стм. промывной жидкости. Опытъ оконченъ черезъ 50 минутъ послѣ введенія іодистаго натра полученіемъ пробы крови (45,1) и собираніемъ мочи. Химическій анализъ показалъ, что въ крови находились лишь ничтожные слѣды іода, моча же совершенно не давала реакціи на іодъ. Исслѣдованіе промывной воды (проба въ 100 к. стм.) и перечисленіе на все количество показало, что вымыто 2,82 NaJ.

Дѣйствіе промыванія на общее состояніе организма выразилось въ слѣдующихъ цифровыхъ данныхъ, полученныхъ при изученіи кимографической кривой опыта.

До вскрытія живота	{ частота дыханія 12 в минуту; пульсъ 68 въ минуту; кровяное давление: среднее 38 mm., mini- mum 24, maximum 48.
По вскрытіи живота передъ промыва- ніемъ	{ частота дыханія 12 в минуту; пульсъ 54 въ минуту; кровяное давление: среднее 28 mm., коле- баніе: minimum 12, maximum 36.
Въ началѣ промыва- нія	{ частота дыханія 16, не такъ глубокое; пульсъ 56 в минуту; кровяное давление: среднее 35, колебаніе: mi- nimum 19, maximum 42.
Черезъ 3 минуты послѣ начала про- мыванія	{ частота дыханія 18 в минуту, еще поверх- ностнѣе; пульсъ 68, мельче; кровяное давление: среднее 45, колебаніе: minimum 27, maximum 42.
Въ концѣ опыта	{ частота дыханія 10 в минуту; пульсъ 90, значительно слабѣе; кровяное давление: среднее 33, колебаніе: minimum 27, maximum 42.

Изъ анализа кривой видно, что дыханіе при промываніи болѣе холодной жидкостью участилось, но по окончаніи промыванія вернулось почти къ первоначальной нормѣ. Гораздо сильнѣе, при томъ очевидно въ смыслѣ нежелательномъ, сказалось здѣсь вліяніе на сердечную дѣятельность.

Пульсъ сначала сталъ рѣже, но уже черезъ три минуты достигъ первоначальной частоты, сдѣлавшись лишь слабѣе. Къ концу опыта пульсъ замѣтно участился (съ 68 на 90) и сталъ значительно слабѣе, такъ какъ пульсовые колебанія, выражавшіяся до промыванія скачками кривой около 20 мм., теперь измѣрились лишь скачками въ 5 мм. Кровяное давленіе, повысившееся замѣтно въ началѣ опыта, въ концѣ его упало ниже первоначальнаго уровня на 5 мм. Такимъ образомъ уже этотъ первый опытъ далъ указаніе, что примѣнять жидкость болѣе холодную не слѣдуетъ. Указаніе это подтвердилось и дальнѣйшими опытами.

Опытъ 12. Постановка вся какъ въ предыдущемъ. Собака здоровая, очень большая, хорошо упитанная. Пробы крови и мочи въ этомъ опытѣ не изслѣдовались. Промывной жидкости также, какъ въ предыдущемъ опытѣ, собрано 8200 к. стм. Изслѣдованіе пробы въ 100 к. стм. и перечисленіе результата на все количество жидкости, показало, что она содержала всего 2,564 іодистаго натра.

Изслѣдованіе кривой, полученной на кимографѣ, дало слѣдующія данныя для сужденія о дѣйствіи промыванія:

До вливанія раствора іодистаго натра	{ частота дыханія 50 въ минуту (начало дѣйствія морфія); пульсъ 44 въ минуту, сильный; кровяное давленіе: среднее 50, колебаніе: minimum 38, maximum 62.
--------------------------------------	---

Послѣ вливанія раствора іодистаго натра до промыванія	{ частота дыханія 14; пульсъ 46 въ минуту; кровяное давленіе: среднее 58, колебаніе: minimum 38, maximum 74.
---	---

Въ началѣ промыванія	{ частота дыханія 22 въ минуту; пульсъ 48 въ минуту; кровяное давленіе: среднее 58, колебаніе: minimum 38, maximum 74.
----------------------	---

Черезъ 3 минуты	{ число дыханій 22 въ минуту; пульсъ 50 въ минуту; кровяное давленіе: среднее 60 мм., колебаніе: minimum 44, maximum 80.
-----------------	---

Въ концѣ опыта	{ число дыханій 14 въ минуту, глубже; пульсъ 56, правильнѣе, сильнѣе, кровяное давленіе 58 мм., колебаніе: minimum 38, maximum 73.
----------------	--

Въ этомъ опытѣ обращаетъ вниманіе вообще слабое воздѣйствіе вѣднательства. Дыханіе очень частое въ первой отмѣткѣ очевидно зависить отъ еще неполнаго дѣйствія морфія, который у собакъ вызываетъ чрезвычайное учащеніе дыханія въ началѣ наркоза. Изъ 4 остальныхъ отмѣтокъ можно усмотрѣть учащеніе дыханія во время акта промыванія и быстрое возвращеніе къ первоначальной нормѣ, когда промываніе было окончено. Кровяное давленіе замѣтно повысилось подъ вліяніемъ вливанія 250 к. стм. раствора іодистаго натра. Остальная часть операціи оказала минимальное воздѣйствіе на высоту кровяного давленія. Пульсъ, какъ и въ предшествующемъ опытѣ, постепенно и немного учащался и къ концу достигъ наибольшей частоты, не потерявъ въ силѣ и высотѣ сердечныхъ элеваций. Такое слабое воздѣйствіе вообще, мнѣ кажется, могло бы быть объяснено въ этомъ случаѣ тѣмъ, что пришлось имѣть дѣло съ здоровымъ и очень сильнымъ животнымъ, для котораго промыванія 6 литрами было мало, чтобы оказывать болѣе рѣзкое воздѣйствіе на общее состояніе.

Опытъ № 13. Этотъ опытъ представляетъ очень большой интересъ, такъ какъ является единственнымъ, гдѣ при промываніи получился коллапсъ въ результатѣ операціи. Для опыта была взята небольшая здоровая собака (вѣсъ 7300 gr.), и вся техника опыта не отличалась отъ двухъ предшествующихъ. За 15 минутъ до начала промыванія, которое производилось черезъ 3 разреза въ брюшной стѣнкѣ введено 5,0 іодистаго натра въ растворѣ. Соляной растворъ взятъ въ 35° С. въ количествѣ 6000,0. При промываніи собрано воды 5500 куб. стм. Въ концѣ промыванія, къ сожалѣнію, въ то время, когда кимографъ не былъ въ ходу, вдругъ произошло рѣзкое паденіе кровяного давленія и скоро остановилось дыханіе и сердце, а кровяное давленіе упало до 0. Во время опыта, такъ какъ ленты кимографа далеко не хватаетъ на всѣ 50—55 минутъ, въ теченіе которыхъ идетъ

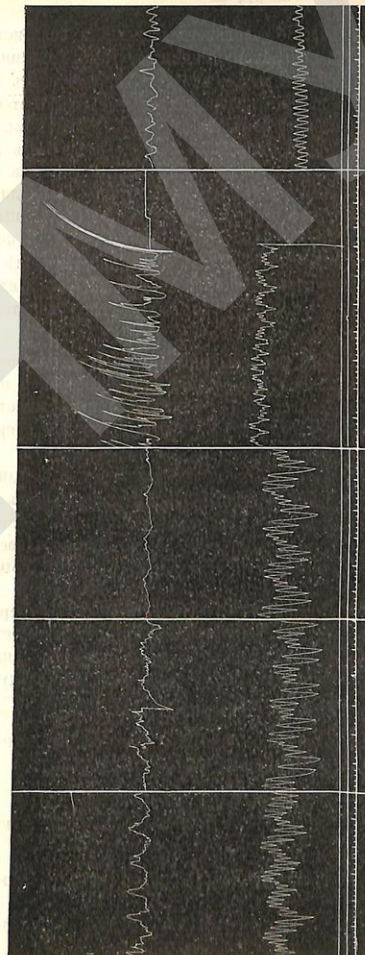
опыт, кимографъ приходилось по временамъ останавливать, пуская его въ ходъ въ наиболее интересные моменты опыта. Къ сожалѣнью, и въ данномъ случаѣ, кимографъ былъ остановленъ, такъ какъ, кончая промываніе, я его обыкновенно останавливалъ, а на остающейся лентѣ писалось еще въ концѣ опыта, чтобы судить о состояніи сердечной дѣятельности черезъ 15—20 минутъ послѣ конца промыванія. Усерднымъ примѣненіемъ оживляющихъ средствъ и искусственнаго дыханія животное удалось возвратитъ къ жизни и докончить опытъ.

Черезъ 50 минутъ были взяты пробы крови и собрана моча за время опыта и подвергнуты обычному анализу. Оказалось: во всей пробѣ крови іодистаго натра 0,0023, въ килограммѣ крови 0,051; въ мочѣ ничтожныя, количественно неопредѣлимые, слѣды іода. Промывная жидкость, какъ оказалось по изслѣдованіи пробы и перечисленіи на все количество жидкости, содержала 3,14. Изслѣдованіе кимографической кривой дало такіе результаты:

До начала промыванія	<ul style="list-style-type: none"> число дыханій 12 въ минуту; пульсъ 68 въ минуту; кровеное давленіе: среднее 33, колебаніе: minimum 13, maximum 44.
При началѣ промыванія	<ul style="list-style-type: none"> число дыханій 12 въ минуту; пульсъ 48, перебои, аритмія; кровеное давленіе: среднее 26, колебаніе: minimum 9, maximum 44.
Черезъ 3 минуты отъ начала промыванія	<ul style="list-style-type: none"> число дыханій 8, менѣе глубокое; пульсъ 58, аритмія, перебои; кровеное давленіе 31, колебаніе: minimum 12, maximum 45.
Передъ обморокомъ	<ul style="list-style-type: none"> число дыханій 34, поверхностно; пульсъ 106, перебои; кровеное давленіе: среднее 46, колебаніе: minimum 37, maximum 53.

Глубокій обморокъ нѣсколько минутъ.

По приведеніи въ чувство примѣненіемъ возбуждающихъ и искусственнаго дыханія	<ul style="list-style-type: none"> число дыханій 28; пульсъ 54, перебои, очень слабъ; кровеное давленіе: среднее 25, колебаніе: minimum 19, maximum 29.
--	---



До начала промыванія.

Начало промыванія.

Черезъ 3 мин. отъ начала промыванія.

Передъ обморокомъ.

По приведеніи въ обморокъ.

По приведеніи въ чувство.

Кривая къ опыту № 13. Промываніе растворомъ t° 35 C°.

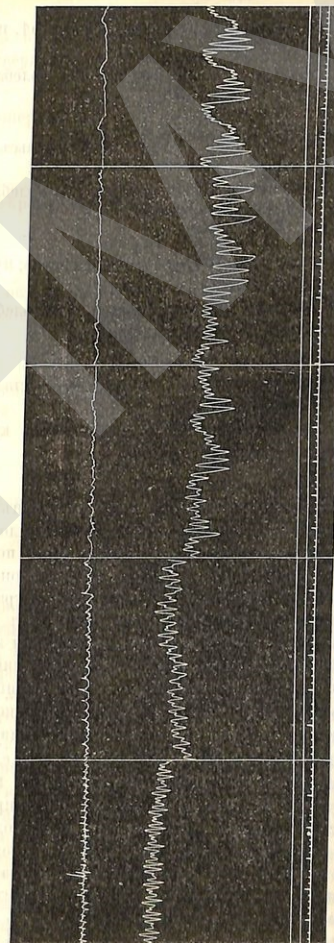
Въ этомъ опытѣ паденіе кровяного давления и коллапс не могутъ быть объяснены, повидимому, ничѣмъ другимъ, какъ низкой температурой жидкости. Уже ранѣе, на двухъ предыдущихъ опытахъ, было видно, что паденіе кровяного давления вызывается въ концѣ опыта, если примѣнять жидкость въ 35°C . Въ данномъ случаѣ животное было здорово, операція производилась какъ и во всѣхъ предыдущихъ случаяхъ, и только въ томъ, что собака была мала и, слѣдовательно, масса жидкости въ 6 литровъ была для нея относительно велика, опытъ и отличался отъ остальныхъ опытовъ того же рода. Очевидно, и животное было послабѣе, а потому и рефлексъ оказался сильнѣе, чѣмъ въ другихъ опытахъ, гдѣ дѣло не шло дальше аритміи, перебоевъ и паденія кровяного давления.

Собака въслѣдствіи погибла отъ септического перитонита.

Опытъ № 14. Собака для этого опыта была подготовлена еще наканунѣ. Ей была сдѣлана лапаротомія и искусственное прободеніе кишки, какъ въ опытѣ № 10, послѣ чего рана живота зашита. На другой день, часовъ черезъ 20 послѣ первой операціи, приступлено къ промыванію.

За 15 минутъ до начала промыванія введено 4,0 іодистаго натрія, раствореннаго въ 200,0 воды. Промывная жидкость собиралась, какъ въ предыдущихъ опытахъ, съ помощью клеенки, подостланной на столъ подъ животное, по которой жидкость по уклону стола и стекала въ глиняную банку. Собрано 7600 (съ жидкостью, служившей для обмыванія стола и животного послѣ операціи). Соляного раствора было взято 6000,0 температуры 35°C . и по окончаніи опыта животное и столъ обмыты дистиллированной водой. Собранная жидкость, какъ показали анализъ, содержала 2,01 іодистаго натра, а изученіе кривой дало слѣдующее:

До вскрытія живота	<div> <div></div> <div>число дыханій 56; пульсъ 86;</div> <div>кровяное давление: среднее 68, колебаніе: minimum 60, maximum 76.</div> </div>
При началѣ промыванія	<div> <div></div> <div>число дыханій 44, пульсъ 86;</div> <div>кровяное давление: среднее 62, колебаніе: minimum 47, maximum 72.</div> </div>
Черезъ 3 минуты отъ начала промыванія	<div> <div></div> <div>число дыханій 36, очень слабое; пульсъ 66, перебои;</div> <div>кровяное давление: среднее 49, колебаніе: minimum 33, maximum 58.</div> </div>



До вскрытія живота.

При началѣ промыванія.

Черезъ 3 мин. послѣ начала промыванія.

Въ концѣ промыванія.

Въ концѣ опыта.

Кривая къ опыту № 14. Промываніе растворомъ t° въ 35°C .

По окончании промывания 3 литрами въ 35° С.

{	число дыханий 20, слабѣе; пульсъ 54, перебои чаще;
	кровенное давление: среднее 41, колебаніе: minimum 24, maximum 56.

Слѣдующіе 3 литра жидкости температуры 34° С. и въ концѣ этого промыванія

{	число дыханий 6, очень слабое; пульсъ 76, много слабѣе;
	кровенное давление: среднее 39, колебаніе: minimum 31, maximum 47.

Въ концѣ опыта

{	число дыханий 6, очень поверхностно; пульсъ 70, аритмія и перебои;
	кровенное давление: среднее 43, колебаніе: minimum 28, maximum 55.

Величина пульсовых колебаній въ концѣ опыта стала значительно меньше.

Такимъ образомъ и здѣсь результатъ изслѣдованія кривой подтверждаетъ данныя предыдущихъ опытовъ.

Опытъ № 15. Последний опытъ этого рода поставленъ былъ такъ же, какъ и предыдущій, только здѣсь на промываніе было взято уже 12 литровъ соляного раствора 35° С. Собака была подготовлена накануне, какъ предыдущая, и передъ началомъ операциі ей также введено въ полость живота 5,0 іодистаго натра, раствореннаго въ 250,0 воды. Приступлено къ операциі такъ, чтобы черезъ 15 минутъ начать промываніе, однако по вскрытіи живота оказалось, что прободенная кишка плотно спаялась съ салынникомъ и все вмѣстѣ представляеть комокъ, носящій признаки начинающаго омертвѣнія. Въ силу этого я рѣшилъ предварительно резецировать салыникъ и омертвѣвающую часть кишки. Резецирована часть салыника и около 30 см. тонкой кишки, послѣ чего сдѣланъ былъ боковой энтеро-анастомозъ и потому къ промыванію приступлено не черезъ 15, а почти черезъ 50 минутъ. Собрано при промываніи 13500 к. см. жидкости (считая и воду, употребленную на обмываніе стола и животного). Химическій анализъ показалъ, что въ ней удалено 0,813 NaJ. Это показываетъ, что за время операциі, до промыванія, успѣло всосаться очень значительное количество іодистаго натра, что и видно при сравненіи съ результатами предыдущихъ опытовъ, гдѣ удалялось отъ 2,0 до 3,0 іоди-

стаго натра. Результатъ изслѣдованія кимографической кривой подтверждаетъ и здѣсь данныя предыдущихъ опытовъ.

До операциі

{	число дыханий 20; пульсъ 86;
	кровенное давление: среднее 70, колебаніе: minimum 57, maximum 78.

Послѣ резекціи кишки

{	число дыханий 8, чрезвычайно слабо; пульсъ 150, очень слабый;
	кровенное давление: среднее 68, колебаніе: minimum 63, maximum 71.

Въ началѣ промыванія

{	число дыханий 30, очень слабо; пульсъ 164, аритмія, перебои;
	кровенное давление: среднее 72, колебаніе: minimum 64, maximum 79.

Въ концѣ промыванія

{	дыханіе очень рѣдко и слабо, едва отмѣчается;
	пульсъ 150, очень слабъ;
	кровенное давление 53, колебаніе: minimum 49, maximum 56.

Въ концѣ опыта

{	число дыханий 8 въ минуту; пульсъ очень слабъ, но лучше, 142;
	кровенное давление: среднее 61, колебаніе: minimum 56, maximum 64.

Если бросить общій взглядъ на весь рядъ опытовъ, то легко составить заключеніе о первой части вопроса — всасываніи во время промыванія. Полученныя цифры здѣсь очень краснорѣчиво говорить, что при примѣненіи промыванія всасываніе и концентрація въ крови даже такъ легко всасывающагося вещества, какъ іодистый натръ, значительно меньше, чѣмъ при удаленіи влитого раствора сухими компрессами, не говоря уже о томъ случаѣ, гдѣ влитая жидкость остается въ брюшной полости все время опыта. Интересно, что если всыпали сухую соль (оп. 5-й, 6-й и 7-й) и затѣмъ вымывали ее струей жидкости — во всѣхъ случаяхъ кровь и моча или не содержали іода вовсе, или содержали такіе ничтожные слѣды, которые не поддавались количественному опредѣленію. Слѣдовательно тамъ, гдѣ растворъ соли образовался въ брюшной полости при самомъ вымываніи — всасываніе было ничтожно. Это показываетъ, что во время промыванія нечего бояться усиленнаго введенія, благодаря самому промыванію, токсиновъ въ токъ крови, такъ какъ токсины, какъ вещества бѣлковыя и обладающія сравни-

тельно съ NaI огромнымъ вѣсомъ частицы, должны всасываться несравненно медленнѣе и труднѣе іодистой соли.

Наконецъ сравненіе чиселъ, полученныхъ при сухомъ очищеніи и при промываніи, несмотря на ихъ близость, все же говорить за промываніе, ибо при послѣднемъ ни разу не получено столь высокой цифры, какъ въ случаѣ сухого очищенія. Близость цифръ здѣсь понятна, такъ какъ и сухое очищеніе и промываніе, въ силу требованій оперативной техники, дѣлаетъ неизбежнымъ нѣкоторый срокъ между введеніемъ раствора соли и моментомъ начала очищенія. За этотъ небольшой 10—15-минутный срокъ времени, какъ показываютъ первые 3 опыта, уже должно произойти всасываніе нѣкотораго количества іодистой соли, которое необходимо будетъ служить къ уравниванію результатовъ въ томъ и другомъ случаѣ. Съ результатами, вытекающими изъ изслѣдованія крови, совпадаютъ въ общемъ и результаты изслѣдованія мочи, подтверждающая сейчасъ высказанныя соображенія.

Результаты изслѣдованія дѣйствія промыванія на общее состояніе, полученные путемъ изученія кимографическихъ кривыхъ, не могутъ считаться такъ определенными и точными, если въ этихъ результатахъ не получится очень рѣзкой разницы въ ту и другую сторону при разныхъ условіяхъ опыта. Полученіе такой рѣзкой разницы, для того чтобы высказать заключеніе, кажется необходимымъ на томъ основаніи, что на кимографическую кривую вліяютъ очень многія побочныя обстоятельства во время опыта.

Такое вліяніе оказываютъ общее состояніе и силы опытнаго животнаго, степень наркоза, который при опытѣ необходимъ и который весьма трудно поддерживать точно на одномъ уровнѣ за весь періодъ опыта (30—50 минутъ). Въ зависимости отъ глубины наркоза дыханіе, а съ нимъ высота кровяного давленія и дыхательныя колебанія могутъ измѣняться помимо вліянія самаго изучаемого вѣдѣтельства. Поэтому, мнѣ кажется, кимографическій методъ, хотя онъ и даетъ цифровыя точныя величины, не можетъ считаться такъ точнымъ, какъ количественный химическій анализъ, и для болѣе определеннаго вывода здѣсь необходимо согласіе результатовъ всѣхъ, или по крайней мѣрѣ большей части, опытовъ одной категоріи и болѣе рѣзкая разница между отдельными категоріями опытовъ. Все это имѣется въ нашемъ случаѣ, и если просмотрѣть отдѣльно и сравнить результаты 3 группъ нашихъ опытовъ, раздѣленныхъ на основаніи температуры, примѣнявшейся при промываніи жидкости, при возможно одинаковыхъ прочихъ условіяхъ, бросается въ глаза согласіе результатовъ отдѣльныхъ

опытовъ каждой группъ. Такъ какъ приведены всѣ безъ исключенія сдѣланные опыты, — значеніе этого совпаденія дѣлается еще болѣе яснымъ.

Въ силу всего этого можно сказать, основываясь на данныхъ нашихъ опытовъ, что примѣнять болѣе теплые растворы выгоднѣе для промыванія, чѣмъ болѣе холодные. Дѣйствительно промываніе солянымъ растворомъ въ 45° даже у пораженныхъ перитонитомъ въ тяжелой формѣ животныхъ не вызывало никогда рѣзкаго ухудшенія общаго состоянія, въ большинствѣ же случаевъ, напротивъ, дѣятельность сердца явно поднималась (оп. № 9). Промываніе растворомъ температуры 38° , хотя и не вызывало замѣтно рѣзкаго паденія сердечной дѣятельности, а нерѣдко, особенно вначѣ, напротивъ и улучшеніе ея, во всякомъ случаѣ дѣйствовало слабѣе въ смыслѣ улучшенія послѣдней, тогда какъ t° въ 35° и 34° С. замѣтно вліяла подавляющимъ образомъ на сердечную дѣятельность во всѣхъ случаяхъ, при чемъ въ одномъ получился даже шокъ. Эти факты обращаютъ вниманіе на важное значеніе температуры жидкости, примѣняемой для промыванія полости живота, и заставляютъ относиться со строгой осмотрительностью къ вопросу о выборѣ температуры жидкости, въ то же время дѣлая обязательнымъ пользованіе при операціи термометромъ, безъ примѣненія котораго возможны роковыя ошибки. Ошибки въ 2—3 градуса при опредѣленіи температуры по рукѣ, да еще во время тяжелой сложной, приковывающей къ себѣ все вниманіе хирурга, операціи легко возможны. Наши опыты показываютъ, что такая разница температуры всегда имѣетъ огромное значеніе — слѣдовательно термометръ въ кружкѣ, изъ которой производится промываніе во время операціи, есть необходимая принадлежность.

ПРИЛОЖЕНИЕ IV.

Таблицы I, II, III, IV.



Т А Б Л И Ц А I.
Случаи, гдѣ при операциі прихвѣлились промываніи брюшной полости и послѣдующій дренажъ ея.

Авторъ и годъ.	Возрастъ и полъ больного.	Причина возникновенія перитонита.	Анамнезъ.	Status praesens.	Сколько времени спустя послѣ операціи наступила смерть.	Описаніе операціи.	Промываніе.	Дренажъ.	Исходъ и послѣдующее теченіе.
1. Robert Abbe. Med. Record. 1895. Jan. 5.	Женщина 21 г.	Прободеніе тифозной язвы.	На 3-й недѣль тифа наступили признаки прободенія. Черезъ 2 1/2 сутокъ обратилась къ автору.	Животъ очень вздутъ. Боли. Въ правомъ нижнемъ отдѣлѣ вдоль Пуартовой связки и до половины разстоянія къ пупку притупленіе. Температура 39,6, пульсъ — 140. Дыханіе учащено, пульсъ слабъ. Сознаніе ясное.	2 1/2 дня послѣ прободенія. 3-го 1894.	Эмпиръ. Разрѣзъ по средней линіи. Кишки очень вздуты, гиперемизированы, покрыты фибриномъ. Въ глубинѣхъ отдѣлахъ брюшной полости собралось много гнойнаго, вонючаго экссудата съ ключами и кишечнымъ содержимымъ, котораго удалено около литра. Промываніе брюшной полости растворомъ сулемы 1:20000, потомъ стерилизованной водой. Найдено и зашито прободеніе, соответствовавшее по своему положенію Пейеровой бляшкѣ. Обильная тампонада изъ іодоформной марли въ тазъ и брюшную полость. Рана оставлена открытой. Операція продолжалась 3/4 ч.	Промываніе растворомъ сулемы 1:20000, потомъ стерилизованной водой.	Тампонада изъ іодоформной марли въ малый тазъ и въ разныя мѣста брюшной полости.	Выздоровленіе. Послѣ операціи возбуждающая. Ночь прошла хорошо, пульсъ лучше — 132. Темпер. 38,7. Черезъ 48 часовъ состояніе хорошо, метеоризма нѣтъ. Вынуты тампоны и замѣнены меньшими. Данъ каломель. Много разъ прослабѣло. Съ тампономъ вышло немного жидкости съ каловымъ запахомъ (отъ каломеля по автору шовъ разошелся). 2 недѣли продолжалось отхлѣпаніе небольшого количества каловыхъ массъ, потомъ все зажило быстро.
2. Anderson. Lanc. 1898. May 14, p. 1323.	Молодая женщина.	Прободеніе язвы желудка.	Заболѣла болями подъ ложечкой. На 3-й день вдругъ усиленіе болей, упадокъ силъ, частый, слабый пульсъ, холодный потъ. Рвоты не было.	Брюшныя стѣнки очень напряжены. Печеночной тупости нѣтъ.	Черезъ 2 3/4 часа послѣ прободенія.	Разрѣзъ по средней линіи. Въ полости живота газы, желудочное содержимое, (кислый запахъ). Прободеніе найдено на передней стѣнкѣ желудка и зашито. Полость живота промыта большимъ количествомъ стерилизованной воды, пока пошла обратно вода безъ видимаго содержимаго желудка и безъ запаха. Брюшная полость зашита. Полоска марли къ мѣсту прободенія. Операція продолжалась 1 ч. 20 мин.	Промываніе большимъ количествомъ стерилизованной воды.	Полоска марли въ верхнемъ углу раны къ мѣсту прободенія.	Выздоровленіе. Первые 48 часовъ сильная рвота. 9 дней питаніе per rectum. Съ 13-го дня нормальная температура. Въ лѣвой плеврѣ скопился экссудатъ, который, однако, разошелся произвольно. Прим. Больная черезъ 3 мѣсяца показывалась вполне здоровой.
3. Battle. Lanc. Dec. 10. 1898.	Мужчина 27 л.	Поврежденіе колесомъ акиппажа.	Большого, бывшаго въ петрезовомъ видѣ, переехали колесомъ по животу. Доставленъ въ больницу.	При поступленіи боль въ животъ. Температура нормальна, пульсъ удовлетворителен. Ночью рвота, боль въ животѣ, напряженность брюшныхъ стѣнокъ. Печеночная тупость на лицо. Температура поднялась до 38,1 С. Определено прободеніе.	20 часовъ послѣ поврежденія 4-го 1898.	Въ полости живота большое количество серозно-гнойной жидкости. Фибринозные отложения на кишкахъ. Въ тонкой кишкѣ на 12 ст. отъ valvula Bauhini разрывъ въ 3/8 дм., продолговатый. Зашиваніе. Полость живота промыта горячимъ соевымъ растворомъ. Надъ symphysis pubis введенъ стеклянный дренажъ въ малый тазъ. Повязка изъ цинксто-ртутной марли.	Промываніе горячимъ соевымъ растворомъ.	Стеклянный дренажъ въ малый тазъ надъ symphysis pubis.	Поправленіе, потомъ смерть отъ поддиафрагмальнаго парыва. Сначала пошло все хорошо. Стали поправляться, дренажъ вынутъ на 4-й день и замѣненъ турундой изъ марли. Въ послѣдующемъ теченіи поднялась температура, появилось притупленіе съ правой стороны отъ spina scapulae внизъ. Пробный уколъ далъ отрицательный результатъ. На 4-й недѣль рѣшено оперировать. Дошли до уплотненнаго легкаго, гной не оказалось. Вскрыли диафрагму, подъ которой тоже не нашли гноя. Черезъ 2 дня послѣ операціи смерть. Прим. Навскрѣтѣ найдено уплотненіе нижней доли праваго легкаго и небольшое скопленіе гноя въ правомъ поддиафрагмальномъ пространствѣ.

4. В. v. Beck. Beitr. z. klin. Chir. Bd. XX. H. 1.	М. М. Свен- сарь 43 л.	Прободен- ие черве- образного отростка.	Во время работы вдруг боль в области слпной кишки и скоро рвота. Боль стихла через час, стала продолжать работу. Три дня, во время которых чувствовал вздутие жи- вота и временами тош- ноту, работал. На 3-й день резкое ухудшение, взду- тие, рвота, запор, а на 4-й день каловая рвота. Доставлен в больницу.	Очень сильный метеоризм. В области hypogastrii и в поясничной притупленный тизманизм. Язык сухой; по- стоянная рвота каловыми мас- сами. Пульс 120. Темпера- тура 39,8. Характерный вид, Facies Hippocratica. Промыва- ние желудка.	Через суток. 17/уш 97. Опер. по вид. че- рез 24 ч. сынебол- шим послѣ мо- мента прободен.
5. Онъ же.	К. В. По- дешицкѣ 33 л.	То же.	Во время копанія на- наны вдруг сильная рвота и понос. В про- гастрии съ обильн. сторо- н. течение 4 дней ухудшение, вздутие живота, запор. Еще через сутки рвота каломъ. На 8-й день по- кашливъ в больницу.	Очень вздутый живот. Притупление в области hy- pogastrii съ обильн. сторо- н. Язык сух. Каловая рвота. Пульс 140. Темпер. 40° С. В правом легкомъ бронхо- pneumonia.	Черезъ 8 сутокъ. Опер. че- рез 4 су- токъ послѣ пробод.
6. Онъ же.	К. В. Дѣ- вущка 20 л.	То же.	Туберкулезъ легких. Острый перитифлитъ съ сильнымъ поносомъ. Че- резъ 5 дней вдругъ силь- ная боль в области соес- сим, рвота, метеоризм, высокая температура, а затѣмъ черезъ 3 дня ка- ловая рвота и на 8-й день поступила в больницу.	?	На 3-й день послѣ про- боденія.
7. Онъ же.	Г. В. Же- нина 47 л.	То же.	Здоровая женщина за- болѣла аппендицитомъ. На 6-й день болѣзни вдругъ сильная боль, рвота, глу- бокій коллапс.	Черезъ 4 часа сильный метеоризм, рвота продол- жается.	Черезъ 6 часовъ послѣ про- боденія 4/уш 1897.
8. Онъ же.	Г. С. По- дешицкѣ 43 л.	Подкож- ный раз- рывъ тощей кишки.	Вечеромъ получилъ ударъ дышломъ в об- ласть пупка. Сразу силь- ныя боли, невозможность продолжать работу. Могъ дойти до дому и лечь въ постель. Ночью вслѣдствіе ухудшенія доставленъ в больницу.	Метеоризмъ въ очень силь- ной степени. Животъ весь бо- лѣзливъ. Печеночная тупость исчезла.	Черезъ 5—6 часъ послѣ по- врежденія 14/уш 1897.

Разрѣзъ по средней линіи. Въ полости живота большое количество гнойнаго эксу- дата. Въ маломъ тазу найдена косточка изъ абрикоса. Червеобразный отростокъ воспаленъ и прободенъ. Резекція. Про- мываніе брюшной полости солянымъ рас- творомъ. Разрѣзъ надъ соесим, черезъ него тампоны изъ іодоформной марли въ малый тазъ и кверху. Средняя рана защита.	Промыва- ніе соли- нымъ ра- створомъ.	Дренажъ изъ іодо- формной марли.	Смерть. Септические явленія продолжа- лись и послѣ операціи, смерть че- резъ 24 часа.
Промываніе желудка. Разрѣзъ по сред- ней линіи. Въ полости живота разлитой гнойный эксудатъ. Червеобразный отро- стокъ прободенъ въ 2 мѣстахъ и омер- твѣлъ. Резекція. Промываніе полости жи- вота солянымъ растворомъ. 2-й разрѣзъ надъ соесим, черезъ него тампонада изъ іодоформной марли. Срединный разрѣзъ защита.	То же.	То же.	Смерть черезъ 10 часовъ.
Разрѣзъ надъ соесим. Въ полости жи- вота разлитой гнойный эксудатъ. Черве- образный отростокъ омертвѣлъ и пробо- денъ. Резекція. Промываніе в тампонада какъ въ предыдущемъ случаѣ.	То же.	То же.	Поправленіе, во время котораго смерть отъ легочнаго кровотеченія на 14-й день. 8 дней держалась высокая тем- пература, потомъ спала. Съ 6-го дня явленія перитонита стихли. Нѣтъ рвоты, животъ мягокъ, на низѣ правильно. На 14-й день послѣ опера- ціи легкое кровотеченіе и смерть.
Разрѣзъ надъ соесим. Разлитой гной- ный эксудатъ. Червеобразный отростокъ, въ верхней трети колобообразно раздутый, прободенъ. Центральный кончикъ закупор- енъ. Резекція, промываніе брюшной по- лости и тампонада какъ въ предыдущемъ.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Дальнѣйшее теченіе осложнилось правосторонней пневмопневмоніей. Нормальная температура съ 14-го дня, черезъ 8 недѣль была вполне здорово.
Разрѣзъ по средней линіи. Въ полости живота гнойный эксудатъ съ каловыми массами. Найдена надорванная кишечная петля, въ которой защитъ разрывъ въ 1 1/2 см. Промываніе полости живота, до- полнительный разрѣзъ справа надъ liq. Puratii и въ него іодоформная тампонада. Срединная рана защита.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Еще 8 дней лихорадочныя явле- нія и довольно обильное отдѣленіе изъ раны. Полное выздоровленіе въ 6 недѣль.

9. В. v. Beck. Beitr. z. kl. Chir. Bd. XX. H. 1. 129.	I. M. Же- нщина 49 л.	Прободен- ие тубер- кулезной язвы въ толстой кишкѣ.	Несомненно туберку- лезная болезнь. 4 недѣли страдала поносами. За 8 дней до поступления боли въ нижней части живота, рвота, и съ того времени развились боли, вздутие, лихорадочныя явления, по- худаніе и задержаніе не- испражнений.	Очень истощенная больная. Развитой туберкулезъ лег- кихъ. Очень сильный метео- ризмъ. Притупленіе въ об- ласти hypogastrii, особенно справа.	На 8-й день бо- лезни 3/VI 1897.
10. Онъ же.	W. S. Мужчина 60 л.	Некрозъ въ попе- речной ободочной кишкѣ въслед- ствие про- лежня при ко- простазѣ.	Постоянно страдалъ упор- ными запорами. Вдругъ за- болѣлъ сильными болями въ верхнемъ отдѣлѣ жи- вота.	Въ теченіе 5 дней посте- пенно развился сильный ме- теоризмъ, задержка испраж- неній и газовъ и притупленіе въ области hypogastrii. По- слѣдній день каловая рвота.	Черезъ 5 дней 30/IX 1897.
11. Онъ же.	M. H. По- денщикъ 60 л.	Заворотъ S-образ- ной кри- визны и омертвѣ- ніе.	Заболѣлъ вдругъ, средъ полнаго здоровья, силь- ными болями въ животѣ. 2 дня еще работалъ. По- степенно усиливающаяся рвота.	Сильный метеоризмъ. По- спражнений не было болѣе 5 сутокъ, съ момента болей. Сутки какъ началась каловая рвота.	Черезъ 5 1/2 дней послѣ припадка болей 10/VI 1897.
12. Онъ же.	Жирная женщина 57 л.	Омертвѣ- ніе пере- кручен- ной кисты яичника.	2 дня чувство нево- зможности въ нижней части живота и запоръ, на 3-й день сильныя, разлитыя боли во всемъ животѣ, частая рвота, поднятіе тем- пературы. На 4-й день поступила въ больницу.	Сильное вздутие живота. Притупленіе въ области hypo- gastrii и въ поясничной ча- сти, рег vagina протупы- вается опухоль вправо отъ матки.	На 4-й сутки 4/VI 1897.
13. Онъ же.	M. F. Дѣ- вушка 20 л.	Нагноеніе и прободеніе дер- моидной кисты яичника.	Годъ до болѣзни пере- несла тифъ. При испол- неніи домашнихъ работъ вдругъ сильныя боли внизу живота, невозможность про- должать работу, а въ поч- рвота, вздутие живота, за- держка испражнений. На 4-й день поступила въ больницу.	Очень высокая темпера- тура, рвота каловыми мас- сами.	На 4-й сутки болей 22/VI 1897.

Разрѣзъ надъ соеппи. Въ полости жи- вота гнойный экссудатъ. Немъ очень уто- щено. Appendix нормаленъ. Промываніе солинымъ растворомъ, тампонада изъ іодо- формной марли.	Промы- ваніе со- линымъ раство- ромъ.	Дренажъ изъ іодо- формной марли.	Смерть. Смерть черезъ 10 часовъ послѣ операциі. Прим. На вскрытіи найдено нѣ- сколько туберкулезныхъ язвъ ilei, изъ которыхъ одна прободена. Же- лчный туберкулезъ. Сморщенная почка.
Лапаротомія сперва въ области соеппи, послѣ въ виду аппендицита. Appendix нормаленъ. Въ полости живота гнойный экссудатъ и каловыя массы. Разрѣзъ по средней линіи. Найдено прободеніе colon transversum въ 5 см. отъ лѣвой flexura coli; оно вшито въ рану и сдѣланъ anus. Промываніе полости живота солинымъ рас- творомъ, зашиваніе наглухо срединной раны, тампонада іодоформной марлей изъ перваго разрѣза справа.	Промы- ваніе большимъ количествомъ солиного раствора.	Дренажъ изъ уста- вленныхъ въ раз- ныхъ на- правле- ніяхъ по- лосокъ іодофор- ной мар- ли.	Смерть черезъ 20 час. послѣ операциі. Прим. На вскрытіи некрозъ отъ пролежня величиной въ горошину на передней стѣнкѣ colon trans- versum. Припаданіе старыми рубцами flexura coli sinistrae къ стѣнкѣ жи- вота и перегибъ ея. Старый пере- спленитъ и плевритъ. Ни опухолей, ни язвъ, ни суженія кишокъ болѣе нигдѣ не найдено. Смерть. Умеръ скоро послѣ операциі.
Въ полости живота гнойный экссудатъ съ каловыми массами. Colon descendens омертвѣлъ и прободенъ въ 3 мѣстахъ. Flexura sigmoidea перевернулась на 1 1/2 оборота. Резекція 90 см. толстой кишки съ Murphy. Промываніе полости живота, тампонада.	То же.	То же.	
Въ полости живота много гнойнаго съ кровью и примѣсью коагулировавшаго пачуаго экссудата. Кишки покрыты гноемъ и фибринозными отложениями. Найдена правосторонняя киста яичника, омертвѣв- шая, прободенная въ 2 мѣстахъ. Ножа ея перевернута вокругъ оси на 1 1/2 обо- рота. Удаленіе опухоли, промываніе поло- сти живота, тампонада іодоформной марлей.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Температура быстро упала; въ 6 недѣль полное выздоровленіе.
Разрѣзъ по средней линіи. Въ полости брюшины гнойный экссудатъ. У лѣваго яичника нагноенный и прободенный дер- моидъ. Въ Douglasовомъ пространствѣ въ гнойю много содержимаго кисты съ при- мѣсью волосъ. Промываніе полости жи- вота, тампонада іодоформной марлей.	То же.	То же.	Смерть черезъ 12 часовъ послѣ операциі.

14. В. v. Beck. Beitr. z. kl. Chir. Bd. XX. H. 1. 129.	Z. W. 21 г.	После-родовой сепсис.	На 4-й день после родов начались боли в предст. и правой половине живота. На 15-й день и в поясниц. Язык сух. сильные боли во всем животѣ, рвота, запоры. Рег. vaginam вправо прощупывается высокая температура. На 17-й день принята въ больницу.	Очень сильное вздутие живота, притупление въ области hypogastrii, особенно справа и въ поясниц. Язык сух. Темпер. 40° С. Пульс 140. Рег. vaginam вправо прощупывается инфильтратъ очень болѣзненный. Надъ Пупартовой связкой ощущается резистентность.	На 3-и сутки за болѣзніи 25/ix 1897.
15. L. Berard. Lyon. Arch. Prov. de Chir. Avril 1896. p. 135.	I. B. 40 л.	Ущемлен. грыжи.	Много лѣтъ легко вправляли. Грыжа. 3-го септ. 95. ущемление. Въ тотъ же день боли и рвота. Газовъ и испражнений нѣтъ. Черезъ 48 ч. послѣ ущемления большой вправилъ грыжу съ большимъ усилиемъ. Боли распространялись по всему животу. Прокладимость не возобновилась.	Очень плохое общее состояние. Животъ утѣрено вздутъ, очень болѣзненъ. Въ правой подвздошной ямѣ прощупывается тѣстообразная, въ видѣ кома, масса. Личо характерное для перитонита; похолоданіе конечностей. Пульс частый нитевидный. Рвота, начала ущемления.	Операция черезъ 1 сутки послѣ вправления и черезъ 3 послѣ на-чала ущемления.
16. Онъ же. Jean Bros. 42 л.	Ущемлен. грыжи.	5 лѣтъ страдалъ паховой грыжей. 4/vi 1890 ущемление. На 6-й день ущемления 4 товарища съ очень большимъ насилиемъ сдѣлали вправление. Однако боли и рвота не прошли. Еще черезъ 2 сутокъ доставленъ въ больницу 12/vi 1890.	Общее состояние не очень плохо. Животъ сильно вздутъ. Рвота и боли утѣренны.	Операция немедленно послѣ приѣма, т.-е. черезъ 2 с половиною сутокъ послѣ вправления.	
17. F. Bode. Mitt. a. d. Grenz. d. Medie. u. Chir. Bd. VI H. 1. 2. 1900.	Большой 25 л.	Прободеніе язвы двенадцатиперстной кишки.	Недѣлю до заболѣванія явленія со стороны слѣпой кишки. Утромъ всталъ съ постели здоровымъ. Вдругъ все усиливающихся боли въ области слѣпой кишки, икота, рвота.	Животъ втянутъ, болѣзненъ. Боли, икота, рвота; языкъ сухъ и обложенъ. Боль-шой упадокъ силъ. Темпер. 37,6. Пульс 122. Дыханіе поверхностное.	послѣ прободенія 18/ix 1899.

Экстраперитонеальное вскрытіе инфильтрации справа подъ Пупартовой связкой; здѣсь немного гноя. Но вскрытіи здѣсь же брюшины вытекло много гноя. Послѣ широкаго вскрытія брюшины выпущено очень много гноя изъ свободной брюшной полости. Разлитой перитонитъ. Промываніе всей брюшной полости, обильная тампонада йодоформной марлей въ разныхъ направленияхъ.	Промываніе большимъ количествомъ соляного раствора.	Дренажъ изъ вставленныхъ въ раз-ныхъ на-правлен. подоског. йодоформной марл.	Выздоровленіе. Въ послѣдующемъ теченіи еще долго держалась высокая температура, 2 раза образовались скопления гноя среди кишечныхъ петель, которыя вскрывали тулымъ путемъ черезъ рану въ правой подвздошной области. Выздоровленіе черезъ 2 мѣсяца.
Энтри. Разрѣзъ надъ грыжей. мѣшкомъ. Изъ общей полости живота вытекло большое количество серозно-кровоанной жидкости съ гноемъ, безъ запаха. Разрѣзъ увеличенъ вверхъ. Кишечныя петли покрыты фибриномъ, плаваютъ въ жидкости. Омертвѣніи большого нѣтъ. На одной петлѣ прободеніе, замкнутое эластич. пробой. Запирание его. Дренажи, зашивание раны.	Промываніе.	Введено 3 тосетыхъ дренажа: 1 въ малый тазъ, 1 въ прав. подвздошной ямы и 1 изъ прав. подвздошной ямы до печени.	Полное выздоровленіе черезъ 4 мѣсяца. Операцию перенесъ хорошо. 4 дня высокая темпер., съ паденіемъ кот. исчезли всѣ брюшныя симптомы. Съ 5-го дня анус praeter naturam spontanea. Питаніе начали съ 8-го дня, съ 15-го общій столъ. Анус закрылся произвольно черезъ 3 мѣс. 7 дней. Затѣмъ черезъ нѣсколько дней снова открылся, чтобы окончательно закрыться черезъ мѣсяцъ. Полное выздоровленіе черезъ 2 мѣсяца.
Энтри. Послѣ разрѣза грыжевого мѣшка, который оказался пустымъ, палецъ введенъ въ полость живота. Вытекла гнойная жидкость съ примѣсомъ испражнений. Широкое вскрытіе живота. Найдены общій гнойный перитонитъ. Вычищеніе полости живота сухими салфетками и вымываніе кишечной водой, затѣмъ осушеніе салфетками и дренажи. Рана не зашита.	Промываніе. водой, во время котораго паденіе и учащеніе пульса, почему быстро окончена операция.	Нѣсколь-ко толстыхъ дренажей въ раз-ныхъ на-правле-ніяхъ.	Очень плохое состояніе въ теченіе первой недѣли. Припадокъ delirium tremens на 8-й день. Затѣмъ постепенное ухудшеніе, осложнившееся образованіемъ анус praeter naturam spont., который и закрылся произвольно черезъ 1 1/2 мѣсяца.
При діагностикѣ appendicitis perforat. вскрытіе живота надъ сосис. Вытекъ жидкой гнойной экссудатъ. Appendix удаленъ, въ немъ найдены конролиты. Перфорация нѣтъ. Резекція appendicis. Симметрично съ лѣвой стороны наложено противотверстіе. Разрѣзъ по средней линіи. Эвентрация, при чемъ найдены въ области двуден. спайки и фибринозные отложения. Здѣсь оказалась прободенная язва, которая изъѣдена и зашита. Полость живота дренажирована: 1 длинный дренажъ сквозъ брыжеечку и выведенъ въ боковую отверстіи. 2 дренажа вшиты до малаго таза съ обѣихъ сторонъ; 1 къ желудку. Тампоны изъ марл. зашитой язвѣ. Обильное промываніе и опорожненіе полости живота.	Промыв. большимъ количествомъ стерилизованной воды повторно.	Нѣсколь-ко дренажей, какъ описано по схемѣ автора, и тампоны изъ марл.	Выздоровленіе. Черезъ 2 часа послѣ операции пульсъ былъ 88—92. Вечеромъ повтореніе промыванія. Въ послѣдующіе дни повторныя промыванія 2—3 литрами 3 раза въ день. Постепенное улучшеніе. Первое отхождение газовъ и испражнений на 3-й день. На 6-й день удаленъ дренажъ. Попытки. Прим. Вослѣдствіи умеръ отъ вторичнаго прободенія.

18. F. Bode. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. vi. H. 1. 2. 1900.	Слесарь 42 л.	Прободен- ие черве- образного отростка.	Нервно страдала бо- лами в подложечной об- ласти. Накануне поступи- ли опять сдвинулись такия боли, которые все усили- вались. Ложась спать при- няла слабительное. Боли еще усилились и сосре- доточились в области сль- ной кишки; появилась икота и рвота.	Живот вздут и болз- нень. Отсутствие испражнений и отхождения газов. Силь- ная боли, икота и рвота. Язык сух и обложен. Общая слабость, пульс сла- бый и частый. Дыхание за- труднено.	14 часов послѣ про- бодения 19/v. 1899.
19. Онъ же.	Фабри- кантъ 51 г.	То же.	Нѣсколько разъ имѣлъ припадки болѣе въ сльбой кишкѣ со рвотой. Въ до- рогъ вдругъ заболѣлъ силь- нымъ припадкомъ такого рода и поступилъ въ те- рапевтическое отдѣленіе больницы, гдѣ лежалъ 1 1/2 дня, послѣ чего пе- реведенъ въ хирургиче- ское отдѣленіе.	Животъ вздутъ и очень болзненъ. Чрезвычайная сла- бость. Пульс 124. Сознание ясно и конечностей, слабое и поверхностное дыханіе.	17/iii 1900.
20. Онъ же.	Мясникъ 20 л.	То же.	Нѣсколько разъ при- падки аппендицита. Вдругъ заболѣлъ припадкомъ силь- ныхъ болѣе въ животѣ. Тяжелый коллапс. На 4-й день поступилъ въ лѣчебницу проф. Рейна.	Животъ вздутъ, очень бо- лзненъ. Газы и испражне- нія не отходятъ. Задержан- іе въ животѣ. Тяжелый коллапс. Ма- лый и частый пульс, лег- кая желтуха.	На 4-й день (?)
21. Bruntan a. Bowlby. Lanc. 1897. Jan. 30. 312.	Мужчина 37 л.	Прободен- іе при- тифѣ.	Доставленъ въ боль- ницу 3/x 95 какъ боль- ной брюшнымъ тифомъ въ очень тяжелой формѣ съ кишечнымъ проктоече- ніемъ. Течение тифа ослож- нилось рецидивомъ, во время котораго 14/xi по-	Сильная боль. Вздутие жи- вота, главнымъ образомъ въ нижнемъ отдѣлѣ. Признакомъ присутствія газовъ въ брюш- ной полости имѣть. Рвоты нѣтъ. Запоръ. Газы не отхо- дятъ.	15/xii 95 18 часовъ послѣ по- явленія болѣе.

Разрѣтъ въ области сльбой кишки. Изъ полости живота вытекло много во- пной, гнойной жидкости. Кишки красны, ихъ сосуды налиты. Въ области сосисъ фиброзные отложения. Appendix охва- ченъ сльзками спайками и гноемъ. Въ немъ прободеніе. Въ полости живота найденъ выпавшій корнциль. За сльбой кишкой въ клетчаткѣ гнойная инфильтрація. Кишка легко рвется. Резекція appendix'a. Дре- нажъ, промываніе и проч. какъ въ пре- дыдущемъ случаѣ.	Промы- ваніе большимъ количе- ствомъ стерили- зованной воды повторно.	Дренажъ брюшной полости по схемѣ автора и тампонъ изъ марли къ соес- симъ.	Выздоровленіе. Уже къ вечеру улучшеніе со сто- роны пульса и общаго состоянія. На слѣдующій день произвольно отшли газы и испражнения во время промыванія полости брюшины, кото- рое повторилось нѣсколько разъ въ день. Каждый разъ вымывалось тѣлое отдѣленіе. На 5-й день появилась аппетитъ. На 6-й день отдѣляемаго очень мало, дренажи вынуты.
Кишки вздуты и красны. Отсюда среди петель вытекаетъ много гноя. Сра- шеній нигдѣ нѣтъ. Червеобразный отро- стокъ свободенъ и на концѣ его прободеніе. Резекція. Вымываніе и дренажъ полости живота по схемѣ автора.	То же.	6 дрена- жей по схемѣ автора и полоска къ сльбой кишкѣ.	Выздоровленіе въ 26 дней. Въ послѣдующее время повтор- ныя промыванія: 1 — въ день опе- раціи и по нѣскольку въ послѣдую- щіе дни. Всегда вымывалось обиль- ное гнойное отдѣленіе. На 2-й день пульсъ сталъ 80—90. При про- мываніи отошли газы, а на слѣ- дующій день испражнения. Икота и рвота постепенно прекратились. На 3-й день небольшой поносъ. На 4-й день удалены дренажи. Вы- писанъ 13/iv.
Разрѣтъ сначала надъ сльбой кишкой. Изъ правой половины живота вытекаетъ обильное количество гноя. Срашеній почти нѣтъ. Легко найденъ свободно свѣспы- ившійся въ малый тазъ прободенный аппен- дихъ, который и резецированъ. Съ лѣвой стороны такой же разрѣтъ, также вытекло много гноя. Гной вездѣ среди вздутыхъ, сильно налитыхъ кишечныхъ петель. Вме- лены 2 толстыхъ дренажа навстрѣчу другъ другу справа и сльва въ направленіи малаго таза.	То же.	2 дренажа въ раз- рѣтъ надъ Пунарто- вой связ- кой сльва и справа въ направ- леніи ма- лаго таза.	Выздоровленіе. На 3-й день отдѣленіе черезъ дренажи прекратилось и сразу ухуд- шилось общее состояніе. Появилось вздутие, пульсъ сталъ 102, усили- лась желтуха. Нѣсколько разъ по- вторенное промываніе черезъ дре- нажи снова открыло оттокъ отдѣ- ляемому, и опять стало лучше. Съ 4-го дня обильное послабленіе, а потомъ поносъ, не уступавшій медикаментамъ (опій и каломель), пока не прекратили промыванія. На 8-й день удалены дренажи. Глад- кое выздоровленіе.
Хаороформъ. Разрѣтъ по средней линіи ниже пупка. Предлежащая кишка и салъ- никъ видимо здоровы. Сальникъ оказался приросшимъ въ маломъ тазу. Когда его освободили и подняли, кишки оказались съ матовой поверхностью и вытекло около 250 к. с. жидкости, окрашенной кишечнымъ содержимымъ. Омуна слегка приращен-	Промы- ваніе го- рячей ки- шечной водой.	Дренажъ въ малый тазъ.	Выздоровленіе. Операніе перенесъ хорошо. Вы- здоровленіе прошло безъ осложненій. Температура все время нормальная. Дренажъ удаленъ черезъ 48 часовъ. Первоначально строгая діета. Пер- вое послабленіе послѣ клизмы на 5-й день.

22. Mc. Burrey. Med. Record. March 30. 1895.	S. M. Дьюшка 22 л.	Аппендицит и прободение червеобразного отростка.	Явилась сильная боль в живот, вздутие, упорный запор, отсутствие газов, без рвоты.	На лицо все признаки перитонита. Живот очень вздут, весь очень болезнен. Частая рвота. Дыхание очень учащено. Пульс 130. Температура 39,7°C. Лицо вытянуто с выражением ужаса. Сознание ясно.	Операция через 7 час. после прободения 13/1 1893.
23. Онг же.	Старик 65 л.	То же.	В последний год три приступа аппендицита. Накануне начался 4-й приступ, боли быстро возрастали и распространились по всему животу.	Вздутие очень умеренно. Пульс 96. Темпер. 38,2. Рвоты не было.	30 часов после начала болезни 30/1 1893.
24. Онг же.	F. B. негр 14 л.	То же.	48 часов назад начался острый приступ аппендицита со злобным, тошнотой и рвотой. За последние 5 часов боль распространилась на левую половину живота.	Живот вздут, тимпанит. Вся нижняя половина живота очень болезненна. Темпер. 39,4.	Около 5 час. после прободения 19/xii 1894.

ная с инфильтрованной стѣнкой кишечная петля. Она выдѣлена и выведена наружу. На ней оказалось прободение, которое и зашито. Кишечная петля здѣсь покрыта фибриномъ. Петли обмыты и очищены. Полость живота промыта начисто irrigation горячей воды. Въ малый тазъ введен дренажъ, и рана зашита. Операция длилась около 40 мин.	Разрѣзъ параллельно Пупартовой связкѣ 5 дм. Изъ полости брюшины вытекло много серозно-гнойной, мутной жидкости, съ примѣсомъ густого гноя. Резекція очень воспаленнаго и прободеннаго аппендикса. Къ средней линіи была ясно выраженная стѣнка изъ сращеній, очевидно стѣнка прорвавшегося варыа. Изъ этой полости ходъ въ полость брюшины. Тазъ переполненъ серозно-гнойной жидкостью. Кишки покрыты густымъ фибриномъ, на сколько можно видѣть изъ раны. Обильное и тщательное промываніе горячимъ солянымъ растворомъ. Стекланный дренажъ въ тазъ, обильная тампонада полосками, рана оставлена широко раскрытою.	Промываніе большимъ количествомъ горячаго солянаго раствора (нѣсколько тазовъ).	Стекланная дренажная трубка съ фитилемъ. Много полосокъ йодоформной марли между петлей кишечника. Широко открыта рана.	Выздоровленіе. Тошнота и рвота повторялись приступами нѣсколько дней послѣ операций. Общее состояніе было удовлетворительно до 4 го дня, когда вдругъ безъ причины поднялась температура, но уже на слѣдующій день стала опять нормальна. Стекланный дренажъ удаленъ на 2-я сутки. На 11-й день образовался вторичный гнойникъ, что сказалося поднятіемъ температуры. Гнойникъ вскрылся черезъ сутки въ рану. Далѣе выздоровленіе безъ осложненій.
Изъ полости живота вытекъ жидкій гнойный экссудатъ и продолжалъ вытекать изъ промежутковъ между кишечныхъ петель. Кишки покрасѣли, во многихъ мѣстахъ покрыты фибриномъ. Appendix очень воспаленъ и прободенъ. Въ тазу жидкій гной. Промываніе большимъ количествомъ солянаго раствора, дренажъ въ тазъ и тампонада.	Разрѣзъ надъ lig. Pupartii въ 4—5 дм. Стѣнка кишки и прилегающія тонкія рѣзко воспалены. Червеобразный отростокъ воспаленъ, омертвѣлъ, большое прободеніе. Сращеній нѣтъ, тазъ переполненъ серозно-гнойной жидкостью. Тщательное вымываніе и очищеніе таза и правой нижней половины живота. Стекланный дренажъ въ тазъ. Йодоформная полоска и тампонада какъ въ предыдущемъ случаѣ.	Обильное промываніе какъ въ предыдущемъ.	Дренажъ и тампонада какъ въ предыдущемъ.	Выздоровленіе. На изъ не было, клизмы не дѣйствовали, прослабело на 4-й день послѣ каломая и солей Rochelle. Медленное выздоровленіе въ теченіе 3 мѣсяцевъ.
Изъ полости живота вытекъ жидкій гнойный экссудатъ и продолжалъ вытекать изъ промежутковъ между кишечныхъ петель. Кишки покрасѣли, во многихъ мѣстахъ покрыты фибриномъ. Appendix очень воспаленъ и прободенъ. Въ тазу жидкій гной. Промываніе большимъ количествомъ солянаго раствора, дренажъ въ тазъ и тампонада.	То же.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Послѣ операции глубокой ночью, но благодаря возбуждающимъ больной пришелъ въ себя. Поправленіе шло безъ осложненій.

25. Мс. Виг- неу. Med. Record. March 30. 1895.	W. H. 12 л.	Аппенди- цитъ и прободен- іе черве- образнаго отростка.	Первый приступъ ап- пендицита, начался 48 ч. назадъ.	Животъ вздутъ, очень на- пряженъ, тимпанитъ. Рѣз- кая бо́лзненность въ правой подвздошной впадинѣ. Темпер. 39,8. Пульсъ 128.	28/xi 1894.
26. Онъ же.	C. S. мужчина 40 л.	То же.	Заболѣть съ призна- ками аппендицита 42 часа назадъ, боли постепенно усиливались. Т° посте- пенно поднялась до 39,3.	Животъ очень великъ и напряженъ. Утѣренно вздутъ. Чувствительность очень ве- лика надъ слѣпой кишкой и уменьшается къ лѣвой поло- винѣ.	45 часовъ послѣ на- чала бо- лзнии 22/ш 1894.
27. Онъ же.	C. H. W. 5 л.	То же.	4 дня назадъ заболѣть вдругъ.	Животъ плоскій, весь очень чувствителенъ, особенно въ правой сторонѣ. Видъ очень тяжелого больного, характер- ное лицо.	1 хп 1893.
28. Онъ же.	G. Y. 6 л.	То же.	Острый приступъ ап- пендицита педѣлю назадъ. Большой сталъ поправлять- ся, но 20 часовъ назадъ наступило рѣзкое ухудше- ніе. Боль, слабость, рвота.	Животъ вздутъ и нап- ряженъ, весь нижній его от- дѣлъ очень бо́лзненъ. Общее состояніе очень плохо. Опу- холь не прощупывается.	20 часовъ послѣ пробо- денія. 25/vii 1893.
29. Онъ же.	G. P. 35 л.	То же.	3 недѣли назадъ забо- лѣть аппендицитомъ и съ того времени хвораетъ.	Животъ вздутъ, очень бо- лзненъ, особенно въ пра- вой половинѣ. Стѣнки на- пряжены.	16/у 1894.

Въ полости брюшины вокругъ слѣпой кишки свѣжія сращения, среди нихъ не- много жидкаго гноя. Appendix прободенъ, въ немъ конкрементъ. Тазъ наполненъ гнойной жидкостью. Промываніе, дренажъ, тампонада.	Обильное промыва- ніе, какъ въ преды- дущемъ.	Дренажъ и тампо- нада, какъ въ преды- дущемъ.	Выздоровленіе. На 4-й день вынуть дренажъ, и сшвынены турунды. Температура была повышена до 8-го дня, когда выскрять вторичный гнойникъ.
Густой гной и очень мало сращеній были найдены вокругъ воспаленнаго и прободеннаго appendix'a. Гнойникъ со- общался съ брюшной полостью и тазомъ, который былъ переполненъ молочной се- розно-гнойной жидкостью. Случай съ очень плохимъ предсказаніемъ, по мнѣнію автора. Очищеніе и обильное промываніе соли- нымъ растворомъ, дренажъ въ тазъ и там- понада, какъ въ предыдущемъ.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Въ дальнѣйшемъ теченіи отмѣ- ченъ только упорный запоръ. Со 2-го дня сталъ чувствовать себя хорошо и поправился безъ ослож- неній.
Изъ полости брюшины вытекъ жидкій вопчій гной. Appendix воспаленный, ган- гренозный, съ прободеніемъ лежалъ сво- бодно въ большой полости, которая про- стиралась вверхъ до уровня crista ilei и тазъ была отграничена плотной стѣнкой изъ сра- шеній. Нижняя часть гнойника свободно сообщалась съ полостью таза, который и былъ переполненъ жидкимъ гнойнымъ экссудатомъ. Промываніе, дренажная трубка въ тазъ съ тампонадой какъ въ преды- дущемъ случаѣ.	Обильное промы- ваніе большимъ количе- ствомъ солиного раствора, какъ въ предыду- щемъ.	То же.	Смерть черезъ 14 часовъ. Не оправился отъ шока послѣ операциі. Прим. Вскрытія не было.
По вскрытіи брюшины густой желтый гной вытекъ произвольно. Червеобразный отростокъ на концѣ омертвѣлъ и пробо- денъ. Кишки сильно воспалены, мѣстами покрыты фибринозными массами. Сращения очень плохо образованы. Тазъ содержитъ много желтоватаго гноя, и такой же гной разлитъ среди кишечныхъ петель. Вся по- лость брюшины тщательно промыта и дренирована.	Промы- ваніе большимъ количе- ствомъ солиного раствора.	То же.	Смерть. Не принявъ въ себя послѣ опе- раціи и умеръ черезъ 4 часа. Прим. Вскрытія не было.
По вскрытіи полости живота потекло большое количество воючаго гноя. Паль- цемъ можно было пройти за среднюю ли- нію, не встрѣчая сращеній. Печень и тазъ отдѣлены сращениями. Разрѣвъ въ лѣвой подвздошной области: вытекъ немного свѣтлой жидкости. Брюшина красна и по- мутнѣла.	?	Тампо- нада іодо- формной марлей.	Выздоровленіе. Выздоровленіе безъ осложнений. Прим. Авторъ склоненъ считать этотъ случай за очень большой гной- никъ съ неправильными стѣнками.

30. Mc. Bugey. Med. Record. March 30. 1895.	C. W. 14 л.	Аппендицит и прободение червеобразного отростка.	36 часовъ назадъ вдругъ захворалъ болью въ животѣ, быстро наступившей слабостью и тошнотой со рвотой.	Правая подвздошная область. Очень чувствительна къ давлению. Температура 37,7. Пульсъ 100.	36 часовъ послѣ за- болеванія 29/x 1894.
31. Онтъ же.	G. H. B. 50 л.	То же.	Болезнь началась съ боли во всемъ животѣ и рвоты 54 часа до поступления. Рвота была только разъ, но боль постепенно усиливалась, сопровождаемая все большимъ вздутиемъ живота и полной недѣлятельностью кишечника.	При поступленіи температура была 38,5. Пульсъ слабый 110. Болезненность всего живота, однако рѣзче въ абдоминальной fossa iliaca. Установить точную діагностику не представлялось возможнымъ.	3/xii 1894.
32. Онтъ же.	Emily K. 11 л.	То же.	Припадокъ начался 4 дня назадъ обычными симптомами.	Животъ очень вздутъ, весь болезненный, болѣе однако къ правой fossa iliaca. Общее состояние какъ при очень тяжеломъ заболѣваніи. Температура 38,6. Пульсъ 140.	12/iv 1894.
33. Онтъ же.	Daniel B. 44 л.	То же.	Былъ ранѣе одинъ слабый приступъ аппендицита. Настоящій приступъ начался рѣзкими явлениями 5 дней назадъ.	Животъ весь вздутъ, чувствительность сосредоточена въ правой fossa iliaca. Температура 39. Пульсъ 130.	5/xii 1893.

Была вскрыта содержащая гной полость, въ которой лежалъ очень воспаленный, но не прободенный appendix и заключалось около 2 унцій желтаго гноя. Полость гнойника продолжалась внизъ въ тазъ, который былъ наполненъ серозно-гнойной жидкостью. Удаленъ appendix и часть воспаленнаго сальника, а вся полость таза промыта соевымъ растворомъ. Введенъ въ тазъ стеклянный дренажъ, и примѣнена обширная тампонада марлей, какъ обыкновенно.	Обильное стеклян- ное промыва- ние сое- вымъ рас- творомъ полости таза.	Стекли- ный дре- нажъ въ тазѣ и обширная тампо- нада.	Выздоровленіе. Постѣдовало быстрое выздоровле- ніе въ 37 дней. Первая перевязка на 3-й день. 5/xii выписался.
Разрѣтъ по средней линіи. Стало сразу ясно, что имѣлъ дѣло съ общимъ перитонитомъ. Найдено не много сращеній, и отсюда лишь гной въ большомъ количествѣ. Кишки были вездѣ сильно воспалены и покрыты фибриномъ. Былъ найденъ и удаленъ сильно воспаленный appendix, прободенный конкрементомъ. Было примѣнено тщательное промываніе и полный дренажъ по принятому способу.	Обильное промыва- ние горя- чимъ со- евымъ раство- ромъ брюшной полости.	Дренажъ и тампо- нада, какъ въ преды- дущемъ.	Смерть. Послѣ операціи не постѣдовало улучшенія и большой погѣбъ че- резъ 26 часовъ послѣ операціи. Прим. Вскрытіе?
При вскрытіи брюшины потекъ сразу жидкій гнойной гной. Сращеній никакихъ не было, кой-гдѣ отложения фибрина. Гной разливался сверху до печени и наполнял полость таза. Былъ удаленъ прободенный appendix. Обычное промываніе, стеклянный дренажъ въ тазъ и тампонада.	То же.	То же.	Смерть. Умерла черезъ 12 часовъ, не оправившись послѣ операціи.
Кишки найдены сильно растянутыми и очень сильно инфильтрованными. Отдѣльнаго гнойника не было, но жидкій гной свободно разливался среди кишокъ, и особенно много его было въ области fossae iliacae dextr. Нѣкоторые петли кишокъ были спаяны, другія — свободны. Червеобразный отростокъ былъ такъ припаянъ къ кишечной петлѣ и къ стѣнкѣ таза, что было признано безцѣльнымъ пытаться его выдѣлать. Кишки были такъ вздуты, что не возможно было произвести болѣе подробное изслѣдованіе. Тщательное промываніе соевымъ растворомъ и обширная тампонада и дренажъ.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Большой соевый поправился къ 2/ii 1894, т.-е. въ 59 дней.

34. Mc. Burney. Med. Rec. 1895. March 30.	Franz B. 14 л.	Прободение червеобразного отростка.	Первый приступ аппендицита начался 48 часов назад. Зноб и рвота. Боль из правой подвздошной ямки быстро распространилась на весь живот.	Живот вздут, весь болезнен. Температура 39,5.	19/xi 1894.
35. Онъ же.	S. G. 9 л.	То же.	За 2 дня начался первый приступ аппендицита.	Живот сильно вздут, весь чрезвычайно болезнен. Общее состояние чрезвычайно плохое. Температура 39. Пульс 132.	17/xi 1894.
36. Онъ же.	Nathan H. 16 л.	То же.	Первый приступ был 2 года назад. Настоящее заболевание началось остро 60 часов назад.	Живот очень вздут и чувствителен чрезвычайно. Бедрa приведены, и боль в животъ очень сильна. Пульс слабъ. Температура 39,4.	6/x 1894.
37. Онъ же.	John G. 30 л.	То же.	Ранѣе не было приступа аппендицита. Настоящий приступ начался неделю назад. Последние 4 дня ежедневно знобъ, за которымъ слѣдуетъ потъ.	Животъ мягкій. Умѣренная чувствительность лишь в области слѣпой кишки. Температура 39,3. Пульс 130.	7/xi 1893.
38. Онъ же.	Eduard F.	То же.	Менѣе 48 часовъ назадъ вдругъ остро заболѣлъ. Сильный знобъ, боль в животъ, рвота, упадокъ силъ.	Животъ вздутъ. Общая болезненность, особенно в области fossae iliacae dextrae. Темпер. 39,5. Пульс 108.	11/xi 1893.

По вскрытіи полости брюшины потекъ сейчас же жидкій гнойный экссудатъ. При перебирании кишечныхъ петель все время вытекалъ жидкій гной. Кишки очень извилированы и покрыты въ изобиліи фибриномъ. Червеобразный отростокъ прободен, и изъ него течетъ гной. Полость таза наполнена молочною, мутною жидкостью; сращеній нигдѣ нѣтъ. Обильное промываніе солянымъ растворомъ и обширная тампонада въ разныхъ направленияхъ.	Обильное промываніе и тампонада какъ въ предыдущемъ.	Дренажъ.	Выздоровленіе. Послѣ операціи былъ очень плохъ, но мало-по-малу въ теченіи нѣсколькихъ часовъ оправился отъ коллапса. 2 дня нѣсколько разъ рвота. На 4-й день состояніе много лучше. Обильное послабленіе на низъ. Черезъ 18 дней послѣ операціи всѣ отравленія нормальны.
Оказался чрезвычайно злокачественный гнойный общій перитонитъ. Экссудатъ былъ найденъ во всѣхъ отдѣлахъ живота, и внутренности въ сильной степени воспалены. Промываніе, дренажъ, тампонада какъ въ предыдущихъ случаяхъ.	То же.	То же.	Смерть. Операція не произвела никакого дѣйствія на теченіе болѣзни. Продолжались тѣ же явленія, и больной умеръ черезъ 36 часовъ послѣ операціи.
Кишки сильно покрасѣли, покрыты фибриномъ и налетомъ. Appendix лежитъ свободно, окруженъ гноемъ. Жидкій гной вытекаетъ изъ промежутковъ между кишечными петлями; 2-й разрезъ сдѣланъ съ лѣвой брюшной полости промыта и дренажирована.	То же.	То же.	Смерть. Развѣтіе гнойнаго перитонита не остановилось, явленія продолжались, и больной умеръ черезъ 3 дня.
При операціи найдена гнойная полость отграниченная colon ascendens; она свободно продолжалась въ тазъ, гдѣ найдено нѣсколько конcrementовъ и омертвѣвшія частицы ткани. Промываніе, тампонада. Дренажъ.	То же.	То же.	Смерть. На слѣдующій день вечеромъ температура 40,1 С. Пульс 130. Умѣренное вздутие. Видъ септического больного. На 2-й сутки сдѣланъ разрезъ съ лѣвой стороны и вторично промытъ нижній отдѣлъ живота. Септический перитонитъ былъ рѣзко выраженъ и замѣтно утихъ. Смерть въ тотъ же день.
При вскрытіи живота потекъ въ изобиліи жидкій стратозный гной, разлитый свободно между кишками. Кишки очень гиперемированы. Червеобразный отростокъ омертвѣлъ. Тазъ наполненъ такимъ же гноемъ. Тщательное вымываніе и тампонада. Къ концу операціи состояніе очень плохое.	То же.	То же.	Смерть. Температура продолжала повышаться. Рвота продолжалась. Наступилъ бредъ, и больной умеръ черезъ 30 часовъ послѣ операціи.

39. Mc. Burney. Med. Record. March 30. 1895.	Henry D. 21 г.	Прободение червеобразного отростка.	Ранге приступов аппендицита не было. Настойчивый приступ начался неожиданно, два дня назад, и сопровождался тошнотой, болью во всем животе, рвотой и упадком сил.	Болн. Температура от 39 до 40,5 С. Пульс 100.	15/vii 1893.
40. Онъ же.	A. H. 22 л.	То же.	Обычные признаки аппендицита начались назад 3 дня.	Сильная боль, разлитая чувствительность по всему животу. Температура 39,4°C.	5/vii 1893.
41. Онъ же.	C. P. 50 л.	То же.	4 дня назад начался приступ аппендицита с обычных явлений. Явления постепенно ухудшались, но угрожающий характер приняли лишь за последний сутки.	Общий вид умирающего. Пульс част и полон. Температура 39,4. Живот очень вздут и весь болезнен, особенно в нижней половине.	22/vi 1893.
42. Онъ же.	A. R. 9 л.	То же.	Больной доставлен в больницу с диагнозом appendicitis 24/ii 1893. 25/ii в 8 час. вечера боли вдруг очень усилились, распространились по всему животу. Операция в 1 часъ ночи.	Общее состояние удовлетворительно. Живот очень вздут и весь болезнен. Пульс част и мал. Температура 39.	5 час. посл. ухудше- ний, 26/ 1893.

Червеобразный отросток толстый, воспален, в нескольких местах омертвель, около него немного мутной жидкости. В полости таза разлита серозно-гнойная жидкость. Промывание дренажа какъ въ предыдущемъ. Резекция червеобразного отростка.	Промывание и тампонада большим количествомъ соляного раствора.	Смерть через 15 дней отъ повторившаго перитонита вследствие вскрытия вторичного гнойника. Стекланный дренажъ вынутъ на следующий день, состояние больного во всехъ отношенияхъ хорошо. Все шло хорошо до 26/vii, когда снова вернулись боли, рвота, животъ вздуло, и больной умеръ 1/ix 93 при темпер. 39,4 и пульсѣ 150. <i>Прим.</i> Авторъ не сомневается, что причиной вторичного приступа перитонита было произвольное вскрытие глубокого гнойника въ полость брюшины, и сожалеть, что не рѣшился сдѣлать вторично лапаротомию и промывание.	
Червеобразный отростокъ съ широко зияющимъ отверстиемъ. Много серозно-гнойного экссудата и мало сращений. Тонкая кишка и органы нижняго отдела живота рѣзко воспалены и тазъ наполненъ до краевъ серозно-гнойной жидкостью. Много фибрина на кишкахъ. Очень много слабыхъ сращений. Резекция аппендикса, промывание, дренажъ.	То же.	То же.	Выздоровление. Сразу облегчение явлений послѣ операции, но выздоровление, хотя и безъ осложнений, затянулось на 3 мѣсяца.
При вскрытіи брюшины вытекло много серозно-гнойной жидкости. Червеобразный отростокъ частью омертвѣлъ и никакихъ сращений около него не было. Кишки очень вздуты и сильно воспалены. Густого гноя и фибрина пѣтъ. Промывание сдѣлано очень тщательно, обычная тампонада. Аппендикс резецированъ.	То же.	То же.	Смерть. Послѣдовало небольшое, временное облегчение, но параличъ кишечника продолжался, и черезъ 24 часа больной скончался при рѣзкихъ явленияхъ септического перитонита.
Червеобразный отростокъ въ состояніи сильнаго воспаления, прободенъ; въ немъ конкрементъ. Никакихъ сращений. Скопления гноя и мутной жидкости опирались изъ всехъ направлений. Кишки очень покраснѣли, а мѣстами покрыты пленками фибрина. Резекция отростка. Очень обильное промывание горячимъ солянымъ растворомъ. Стекланный дренажъ въ тазъ. Съ дѣлюю облегчить промывание сдѣлать разрезъ съ лѣвой стороны. Тампонада йодоформной марлей очень обильная изъ обѣихъ ранъ.	То же.	То же.	Выздоровление. Черезъ 8 часовъ температура была 37,1, пульсѣ 104. Рвота со времени операции не повторялась. Температура оставалась нормальной до 10-го дня, когда вдругъ поднялась. Былъ обнаруженъ гнойникъ (вторичный) въ области пупка, и былъ вскрытъ. Съ этого момента выздоровление безъ осложнений. Окончательно поправился въ 52 дня.

43. Mc. Bur- ley. Med. Record. March 30. 1895.	Мальчикъ 14 л.	Прободеніе червеобразнаго отростка.	Заболѣлъ 3 дня назадъ. Рѣзко выраженные признаки аппендицита. За последние часы значительное ухудшеніе, и боль распространилась по всему животу.	Болѣзненность во всемъ животѣ, кромѣ лѣвой подвздошной области. Температура 39,9° С.	20/III 1893.
44. Онъ же.	Мальчикъ 14 л.	То же.	30 часовъ назадъ заболѣлъ, при чемъ быстро появились возрастающіе томы аппендицита и обобщающаго перитонита.	Животъ не очень вздутъ, но сильно напряженъ; весь болѣзненъ, но особенно въ области правой подвздошной впадины и дна таза. Общее состояніе было не очень плохо. Пульсъ частъ. Температура 39° С.	30 часовъ 1/IV 1893.
45. Онъ же.	William K. 41 г.	То же.	Первый приступъ аппендицита, начавшийся 4 дня назадъ. На второй день сильно увеличилась боль и была жестокой правой половины и надъ срезающей. Съ того времени боль какъ бы уменьшилась, рвоты не было.	Животъ вздутъ очень ма- ло. Замѣтная напряженность въ правой fossae iliaca. Рѣзкая болѣзненность правой половины и надъ срезающей. Общее состояніе тяжелое. Температура 38,2. Пульсъ 88.	22/III 1894.
46. Carlson. Hygieia 98 г. № 3. Ref. Hildebrand's Jahresb.	Ученикъ 15 л.	То же.	?	?	24 часа послѣ на- чала пери- тонита.
47. Thomas Clark. Lancet, March 20, 1897, 806.	Горнич- ная 19 л.	Прободеніе язви желудка.	2 года назадъ страдала кровавой рвотой; съ тѣхъ поръ, но не очень сильная, послѣ послѣднихъ болѣзней, послѣдніе дни усилившияся. Лица больной указываютъ на то, что черезъ 2 часа послѣ обѣда вступаютъ сильныя боли и	Сильная боль, рвота. Сла- бые газы и мутная жидкость съ при- мѣсью желудочнаго содержимаго (рвотъ). Сраженій нѣтъ. На передней сторонѣ жо- лудка большое прободеніе въ центрѣ язви.	6 часовъ послѣ про- боденія 11/II 1896.

Въ области червеобразнаго отростка большое скопленіе жидкаго гноя. Червеобразный отростокъ прободенъ, частью омертвѣлъ и содержитъ конcrementy. Хорошо образованныя сращения кверху отъ средней линии. Къ тазу никакихъ сраженій и въ немъ скопленіе большого количества серозно-гнойной жидкости. Кишечныя петли очень полнокровны.	Промываніе и тампонада какъ въ предыдущемъ случаѣ.	Дренажъ и тампонада какъ въ предыдущемъ случаѣ.	Выздоровленіе. Температура упала сейчасъ же послѣ операціи. Гладкое и полное выздоровленіе въ 4 недѣли.
По вскрытіи полости брюшины вытекло большое количество серозно-гнойной жидкости. Червеобразный отростокъ найденъ очень воспаленнымъ, безъ всякихъ сраженій и съ прободеніемъ на концѣ. Промываніе солянымъ растворомъ сдѣлано очень тщательно. Дренажъ, тампонада йодоформной марлей.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Удаленіе тампоновъ сдѣлано лишь на 7-й день, такъ какъ они держались очень прочно. Выздоровленіе гладкое.
Слѣвая кишка прилежна къ стѣнкѣ fossae iliaca. Appendix загнута на верхъ и прилежитъ параллельно colon ascendens. Гнойная полость образована около слѣпой кишки и распространяется кверху, такъ что захватываетъ собой все правое под- реберье. Правая доля печени плаваетъ въ гною. Такой же гной впереди кишечка до средней линии. Тазъ содержалъ большое количество жидкаго гноевиднаго экссудата, а кишки, насколько ихъ было видно, были сильно воспалены. Червеобразный отростокъ прободенъ и содержитъ конcrementy. Резекція его. Обильное и тщательное промываніе горячимъ солянымъ растворомъ во всѣхъ направленіяхъ. Стекланный дренажъ до дна таза и такой же вверхъ до печени. Обильная тампонада марлей во всѣхъ направленіяхъ.	То же.	2 стеклян- ныхъ дренажа и обильная тампонада.	Выздоровленіе. Первая перевязка на 3-й день. Полная перевязка повязокъ и тампоновъ на 6-й день. Послѣдовало гладкое выздоровленіе. Ко времени опубликованія работы оставался небольшой свищъ. Въ остальномъ вполне здоровъ.
Разрѣзы надъ обѣими Пупартовыми связками и надъ symphysis pubis. Въ полости живота обильный гнойный экссудатъ. Appendix резецированъ, полость живота промыта 10 литрами солянаго раствора. Дренажъ во всѣ 3 раны.	Промываніе большимъ количествомъ солянаго раствора.	Дренажъ въ малый тазъ и въ боковые отдѣлы.	Выздоровленіе. Въ 3 мѣсяца полное выздоровленіе.
Разрѣзы въ 5 дюйм. по средней линіи выше пупка. При вскрытіи брюшины вышли газы и мутная жидкость съ примѣсью желудочнаго содержимаго (рвотъ). Сраженій нѣтъ. На передней сторонѣ желудка большое прободеніе въ центрѣ язви.	Обильное промываніе въ малый тазъ.	2 стеклян- ныхъ дренажа: къ желудку и въ малый тазъ.	Выздоровленіе. Операцію перенесла настолько хорошо, что черезъ 3 часа для успокоенія болѣе вынужденъ морфій. Рвота была только одинъ разъ въ ночь послѣ операціи. Питаніе рег-

			упадок сил. Доставлена въ Leichester infirmary.		
48. Andrews Mc. Cosch. Annales of Surg. 1895. XXI, p. 140.	I. P. 42 л.	Гоноррей- ный про- статит.	Долго страдал про- статитомъ, осложнившимся уретритомъ, отъ котораго повторно сбился въ боль- ницѣ. 26/IV 1892 до- ставленъ въ очень тяже- ломъ состояніи: наканунѣ появилась боль внизу жи- вота, постепенно усили- вшаяся и захватившая весь животъ.	Животъ очень вздутъ, бо- лезненъ и напряженъ. Общее состояніе очень тяжелое: сла- бость, упадокъ силъ. Темпер- атура 39,1° С. Пульсъ сла- бый, 100. Дыханіе 26. Per- rectum прощупывается увели- ченная prostata и вокругъ нея инфильтратъ. На опера- цію согласился лишь на дру- гой день, когда состояніе очень ухудшилось.	48 часовъ послѣ на- чала пе- ритонита 27/IX 1892.
49. Deaver. Ann. of Surg. 1898, July.	Женщина 23 л.	Прободен- іе тифоз- ной язвы.	На 21-й день тифа вдругъ сразу сильныя боли въ животъ, паденіе пульса и общія слабость. Рвоты не было.	Животъ вздутъ и напри- женъ. Болезненность. Тем- пература 38,5°С. Пульсъ 176. Характерное осунувшееся ли- цо, впалые глаза. Рвоты нѣтъ.	Операция черезъ 4—5 час. послѣ про- боденія 16/4 1898.
50. Henry Duffett. Lanc. Sept. 8. 1900, p. 731.	Ученикъ 14 л.	Прободен- іе черве- образнаго отростка.	Ранѣе вполне здоровъ. 3 дня назадъ началось острое заболѣваніе. Боли въ животъ, въ обл. пупка, рвота, явленія непроходи- мости.	Сильная боль въ животъ, особенно въ лѣвой подвздошн. выпадинѣ. Животъ очень чув- ствителенъ, напряженъ. Вду- тія не было. Опухли и ничего ненормальнаго не прощупы- валось. Дышатъ, движеній нѣтъ. Блѣденъ, легкая желтуха, упадокъ силъ. Температура 40° С. Пульсъ 130. Дыха- ніе 30. Клизмы и слабитель- не дѣйствуютъ. На сaturday	4-й день болѣзни 3/X 1899.

Очищение и обмывание стѣжки желудка, зашивание прободения. Сдѣлана контрапертура надъ symphysis pubis. Въ маломъ тазу оказалась такая же жидкость и рветъ. Тщательное очищение брюшной полости систематической приращей горячей кипяченой водой, а затѣмъ осушение компрес-сами. 2 стеклинныхъ дренажа въ обѣ раны, изъ которыхъ одинъ до дна ма-лого таза.

Хлороформъ. Разрѣзъ по linea alba отъ пупка до symph. pubis. Въ полости живота много серозно-гнойной жидкости. Кишки очень вздуты, воспалены, покрыты обиль-ными отложениями фибрина, кой-гдѣ спаи-мы. Въ области предстательной железы на-лещъ, попадаетъ въ полость прорвавшегося въ брюшную полость гнойника. Эвентра-ция, тщательное вымываніе кишекъ и полости живота борно-салициловымъ рас-творомъ Тириша. Стеклинный дренажъ въ малый тазъ. Въ боковыхъ отъѣздахъ сдѣланы контрапертуры и введены въ на-правленіи поясицы 8-дюйм. резиновые дре-нажи. Въ концѣ операции наденіе пульса, которое удалось побѣдить возбуждаю-щими.

Разрѣзъ по средней линіи. Въ полости живота газы, гной и фекальные массы. Кишки воспалены, на нихъ фибринозные отложения, перепонки и сращения между отдѣльными петлями. Прободеніе въ 7 дюйм. отъ valvula Bauhini. Вымываніе полости живота стерилизованной теплою водой. Стеклинный дренажъ. Запириваніе. На жи-вотъ ледъ.

Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка. Во всей полости живота много вознутаго гноя: въ тазу, боковыхъ пространствахъ, среди петель кишекъ и позади желудка. Вымываніе большимъ количествомъ кипяченой воды. Въ правой сторонѣ найдено отверстие, въ которое входитъ налещъ. Разрѣзъ надъ lig. Pupartii. Полость гнойника сообщалась съ брюшной полостью выше-указаннымъ отверстиемъ, въ ней лежалъ прободенный артерій. Резекція, вымыва-ніе еще разъ. Стеклинный дренажъ въ тазъ

рычей про-
кипяче-
ной воды.
41° С.

Обильное
промыва-
ніе вѣ
и въ бо-
ковые от-
дѣлы жи-
вота.
Тириша.

Промы-
ваніе по-
лости
живота
стерили-
зованной
теплой
водой.

Промы-
ваніе
большимъ
количе-
ствомъ
стерили-
зованной
воды.

rectum. На 2-й день вынуты дре-нажи и замѣнены йодоформными покровками. На 6-й день черезъ верх-нюю рану выдѣлилось небольшое количество гноя. Питаніе per rectum до 8-го дня. Въ общемъ выздоров-леніе безъ осложнений.

Смерть.

На слѣдующій день состояние было лучше. Черезъ каждые 2 часа дѣлали промываніе брюшной по-лости черезъ дренажи, при чемъ тре-бовалось нѣкоторое давленіе жид-кости, чтобы вымывать гной и кусочки фибрина. Когда начинались неблагоприятныя явленія со стороны дыханія, промываніе прекращали. На 2-й день состояние стало хуже: рвота, постепенно увеличивавшаяся слабость. Черезъ 50 ч. послѣ опера-ціи смерть при явленіяхъ коллапса.

Прим. Вскрытія не было.

Смерть черезъ 60 часовъ.

На вскрытіи типичная картина общаго перитонита. На кишкахъ много тифозныхъ язвъ.

Выздоровленіе.

Хорошо перенесъ операцию. Изъ дренажа ежедневно удалялась ско-пившаяся жидкость. Отдѣленіе ея прекратилось черезъ сутки и трубка вынута. Въ теченіе 8 дней все шло гладко, раны зажили. На 8-й день поднялась температура до 38,5, и въ 3 дня опять развились явленія перитонита, т.-е. въ 11-й день послѣ первой операціи. На 11-й день вторичная лапаротомія. Найдено не-

51. Escher.	Иосиф П.	Разрывъ тонкой кишки.	3 дня назадъ, паваливая на возъ бочку вина, вдругъ почувствовалъ боль въ лѣвой половинѣ живота. Вскорѣ рвота, усиленіе боли, упадокъ силъ. Черезъ 24 ч. доставленъ въ больницу. Диагностика: колебалась между ущемленіемъ и разрывомъ кишки. Такъ какъ мѣсто поврежденія не могло быть определено, 2 дня выжидательное лѣченіе: лежоній, покой. За 2 дня значительное ухудшеніе.	Животъ болѣзненъ, вздутъ. Въ лѣвомъ верхнемъ квадратѣ притупленіе и флюктуация, развившіяся уже за пребываніе въ больницѣ, и распространяющіяся къ regio inguinalis. Наховые каналы проходимы для пальца, изъ лѣваго ощущается неопредѣленная округлая масса. Глухой упадокъ силъ, цианозъ, холодный потъ. Пульсъ вѣг. radiales не ощущать. Печеночная тупость нормальна.	3 сутокъ послѣ прободенія. 7/iv 1881.
52. Онъ же.	Karl T.	Прободеніе тифозной язвы.	Среди полного здоровья за работой почувствовалъ боль въ животѣ, а потомъ слабость. Спорно стало лучше, опять работа, но на слѣдующій день состояніе ухудшилось: боли, запоръ, тошнота и рвота. Такъ какъ давно страдалъ наховой грыжей и на другой день болѣзнь замѣтилъ необычайнаго покоя, то на 3-й день поступилъ въ больницу. Сперва во внутреннее отделение, откуда въ тотъ же день переведенъ въ хирургическое, съ діагностикой ущемленной грыжи.	Низъ живота вздутъ, стѣнки напряжены, очень чувствительны при дотрогиваніи. Перкуссия даетъ тимпаническій звукъ кромѣ илео-кальной области, гдѣ найдено притупленіе, распространяющееся къ средней линіи и соотвѣственно ему резистентность. Со стороны грыжевого мешка ничего нельзя отметить. Большая слабость, безпечность. Пульсъ частъ и слабъ. Температура нормальна.	2 1/2 сутокъ послѣ начала болѣзни. 19/i 1886.

чрезъ срединный разрѣзъ и марлевая тампонада въ гнойникъ; частичное заживленіе раны.	Промываніе борной водой.	Дренажъ.	много мелкихъ, слабыхъ срашеній, гной нигдѣ нѣтъ. Въ лѣвомъ отдѣлѣ срашеній больше. Новый разрѣзъ надъ лѣг. Рур. лѣвой стороны. Ничего кромѣ тѣхъ же срашеній не найдено. Разрѣзъ надъ правой лѣг. Рур. Здѣсь найдена небольшая задержка гноя. 2 первыхъ раны зашиты наглухо. Тампоны въ мѣсто скопленія. Хорошо перенесъ операцію: температуръ, гладкое выздоровленіе.	Выздоровленіе.
Разрѣзъ отъ spina ant. sup. вверхъ по lin. mamillaris въ 8 см. Изъ полости живота вытекло много жидкаго, гнойнаго экссудата съ клочьями и каловымъ запахомъ. Кишки покрыты фибриномъ, спаяны между собой. Прободеніе не найдено. Въ виду плохого состоянія больного операція быстро закончена; выполакиваніе борной водой и дренажъ.	Промываніе борной водой.	Дренажъ.	Стать поправляться постепенно со дня операціи. Открылся кишечный свищъ, очевидно изъ высокаго отдѣла, такъ какъ выдѣленіе кисло, окрашено желчью и раздѣляется кожей. Въ послѣдующія 2 недѣли стало развиваться истощеніе отъ недостатка питанія (свищъ). 20/iv сдѣлана попытка резекціи кишки, но неудачно, въ слѣдствіе срашенія, почему свищъ пришлось лѣчить наложеніемъ энтеротома, какъ обыкновенно послѣ грыжи. Въ половинѣ августа, т.-е. черезъ 4 мѣсяца выздоровѣлъ совсѣмъ.	Выздоровленіе.
Сначала вскрытъ грыжевой мешокъ. Вытекло довольно большое количество мутной жидкости. Мешокъ пустъ. По желобоватому зонду вскрыта брюшная полость вверхъ на 10 см. При введеніи пальца потекла такая же мутная жидкость. Рана еще раскрыта. Въ верхнемъ отдѣлѣ раны показались спаянный слабо глубоки кишечныхъ петель. Палецъ легко проникъ въ полость, лежащую среди этихъ петель, изъ которой потекло вонючее гноевое содержимое, напоминающее гороховый испражненія тифозныхъ. Прободеніе не искали. Промываніе борной водой, дренажъ и тампонада.	Промываніе борной водой.	Дренажъ.	Послѣ операціи вскорѣ сталъ поправляться, хотя около 3 1/2 недѣль держалась повышенная температура. Выздоровленіе прошло безъ осложнений. Выписанъ 20/ii 1886, черезъ мѣсяцъ послѣ операціи.	Выздоровленіе.

53. J. L. Faure. Gaz. des Hôpitaux 1897, p. 715.	Joseph G. 18 л.	Аппендицит и прободение.	Резкое начало 3 дня назад рвотой, запором и прекращением отхождения газов.	Живот умирно вздут, весь слегка вздут. Боль резче в области слепой кишки, где определяется легкое притупление при перкуссии. Рвота каловыми массами. Пульс мал. Лицо осунулось, глаза впали.	20/IV 1897.
54. Id.	N. N.	?	?	Состояние очень тяжелое.	?
55. Id.	?	?	?	Очень тяжелое состояние; оперированъ умирающей.	?
56. Id.	?	?	?	Видно, очень тяжелый случай. Операция в началъ перитонита.	?
57. Онъ же. Gaz. des Hôpitaux 1897, p. 574.	Женщина 30 л.	Кишечная непроходимость и отсюда перитонитъ.	3 дня назадъ вдругъ боли въ животѣ. Постепенное ухудшение.	Животъ очень вздутъ, очень болезненъ, постоянная, упорная рвота. Осунувшееся лицо. Пульс едва ощутимъ. Конечности холодны. Температура 40. Сознание сохранено.	3 сутокъ, послѣ ущемленія. 21/IV 1895.
58. Онъ же.	Женщина 20 л.	Прободение желудка.	Среди полного здоровья вдругъ сильныя боли въ животѣ, за которыми быстро послѣдовало вздутие.	Животъ вздутъ, весь болезненъ, особенно въ области epigastrii. Рвота пѣтъ. Пульс 130. Температура 38,5.	Повидимому меньше сутокъ, 3/IV 1896.
59. Онъ же. Gaz. des Hôpitaux 1897, p. 550.	X. 18 л.	Аппендицитъ.	2 1/2 сутокъ назадъ заболѣлъ вдругъ съ признаками аппендицита.	Общее состояние передъ операцией очень тяжелое.	2 1/2 сутокъ, послѣ наступленія острыхъ явленій. 1892.

Разрѣзъ по правому краю m-li recti abdominis. Въ полости брюшины у соседнихъ скопленія гноя со свертками фибрина. Отграничивающихся сращеній нигдѣ нѣтъ. Второе скопленіе гноя выше, по colon ascendens, гдѣ также нѣтъ сращеній. Кишки воспалены, красны, брюшина помутнѣла, кое-гдѣ пленки фибрина. Appendix не найденъ. Быстрое промываніе кипяченой водой. 2 толстыхъ дренажа въ мѣста наибольшаго скопленія гноя. Толстая полоска марли въ брюшную полость, зашиваніе. Операция 30 минутъ.	Промываніе 1 литромъ кипяченой воды.	2 дренажа и тампонада изъ марли.	Выздоровленіе. На слѣдующій день состояніе много лучше. Темп. 38, пульсъ 100. На 2-й день перевязка; идетъ много гноя. Марля удалена изъ брюшной полости, дренажи оставлены. Съ 3-го дня до 8-го понось. Дренажи вынуты на 10-й день. Выздоровленіе въ 35 дней.
Полость живота полна гноя.	?	?	Смерть. Нѣсколько часовъ послѣ операциі смерть.
Полость живота полна гноя и кишечнаго содержимаго. Кокалтъ.	?	?	Смерть. Вскорѣ послѣ операциі смерть.
Налитые сосуды кишки, ложныя перепонки.	?	?	Выздоровленіе.
Неполный наркозъ эфиромъ. Разрѣзъ по средней линіи. Кишки воспалены, кое-гдѣ сращенія, отложенія фибрина. Въ маломъ тазу сращенія трубъ. Операциі не пришлось кончить. Смерть на столѣ черезъ 4 мин. отъ начала операциі.			Смерть во время операциі. Прим. На вскрытіи обнаружено внутреннее ущемленіе: тонкая кишка недалеко отъ вліянія въ сеченіи была ущемлена въ фиброзномъ тяжѣ.
Хлороформъ. Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка. Сразу поднялось большое количество серозной, мутной жидкости, потомъ гной. Малый тазъ наполненъ гноемъ. При самыхъ тщательныхъ поискахъ не удалось найти въ нѣдрахъ этакой брюшной полости источника заболѣванія. Такъ какъ больная очень ослабѣла, операция закончена промываніемъ и дренажемъ; зашиваніе раны.	Промываніе прощипываніемъ кипяченой водой.	Дренажъ.	Смерть. Смерть черезъ 12 часовъ. Прим. На вскрытіи найдено 2 прободенія желудка близъ curvatura minor на мѣстѣ крутой изгибы желудка.
Хлороформъ. Разрѣзъ ниже пупка по средней линіи. Вытекъ цѣлый потокъ зеленого густого гноя (около 2 литровъ). Промываніе кипяченой водой, пока не стала вытекать обратно свѣтлая жидкость. Тампонада йодоформной марлей. Операция 1/2 часа.	То же.	Тампонада йодоформной марлей.	Смерть. Смерть въ коллапсѣ черезъ 2 часа. Прим. Вскрытіе не было.

60. J. L. Faure. Gaz. d. Hôpitaux 1897, p. 550	Victor L. 9 л.	Прободение червеобразного отростка.	48 часов назад вдруг сильные боли сперва в области пупка, потом во всем животу. Несколько жидких послаблений, потом рвота и упорный запор. Газы не отходят.	Живот не вздут. Весь болезнен, особенно левая fossa iliaca. Ничего не прощупывается ненормального. Характерное выражение осунувшегося лица. Частый, но сильный пульс. Головная боль, бред. Темпер. 39,6.	Около 50 час. после наступления острых явлений. 20/лм 1895.
61. Опъ же. р. 634.	О. Поваръ 37 л.	То же.	48 часов назад начались сильные боли в животе, всего больше в правой подвздошной области. Рвота, вздутие, быстро развивающееся ухудшение.	Боль во всем животу, всего больше в области сосис. Здесь резистентность и прижатие при перкуссии. Состояние тяжелое: характерное выражение лица, холодный пот. Пульс малый 140. Сознание сохранено.	19/лм 1897.
62. Опъ же. М. I. Бёловшвейка 24 л.	Прободение желчного пузыря.	4 мѣсяца назад боли в области печени. Желтухи не было. 4 дня назад вдруг сильные боли в поясничной, правой подвздошной области и живота. Газы не отходят.	Живот вздут, очень болезнен, особенно в правой половине ниже пупка. Вздутие, лицо осунулось, глаза ввалились. Непрерывная рвота. Газы и испражнения не отходят. Пульс 120.	3/лх 1896.	
63. Опъ же. Charles X. 32 л.	Прободение червеобразного отростка.	28 дней назад заболѣлъ приступом аппендицита, котор. и прошел въ 5 дней. Через несколько дней опять ухудшение и снова боли. 2 дня назад началась рвота и общее состояние очень ухудшилось.	Живот очень вздут. Рвота; лицо осунулось, цианотично. Холодный пот, похолодание конечностей. Пульс еле ощутимъ.	23/лх 1896.	

Эндръ. Разрѣзъ ниже пупка по средней линіи. Кишки воспалены, вздуты, покрыты небольшимъ количествомъ фибрина и гноя. Скопления гноя нигдѣ нѣтъ. Прободение червеобразного отростка. Резекція его. Промывание полости живота кипяченой водой. Дренаж; рана зашита.	Промывание прокишечной водой.	Дренажъ.	Смерть через 9 час. послѣ операціи. Прим. Вскрытія не было.
Хлороформъ. Широкий разрѣзъ въ области fossa iliaca dext. Вытекло много гноя, а за нимъ масса серозной мутной жидкости. Appendix, несмотря на все вниманіе, не удалось найти, но, видимо, наибольшія извѣстия у сосис. Промывание 2 литр. кипяченой воды и очищеніе стерилизованными компрессами. 2 толстых дренажа и тампоны. Зашивание. Операція 30 мин.	Промывание 2 литрами кипяченой воды.	2 дренажа тампоны изъ стерилизованной марли.	Смерть. Вливаніе соляного раствора. Нѣкоторое облегченіе, но симптомы перитонита, рвота, нитевидный пульс и т. д. продолжаются. Прогрессирующая слабость. Смерть через 48 час. послѣ операціи. Прим. Вскрытія не было.
Эндръ. Разрѣзъ въ области сѣдой кишки. Вытекла желтоватая слегка-гнойная жидкость. Кишечные петли красны, воспалены, на нихъ отложенія фибрина. Appendix, матка и придатки здоровы. Разрѣзъ по средней линіи, здѣсь оказалось, что кишки воспалены меньше, почему рана зашита. Замѣтивъ очень желтое окращиваніе гноя, продолжил первый разрѣзъ вверх. Здѣсь фибрина на кишкахъ больше, попадаются сращения. Найдено прободение желчного пузыря. Зашить его не удалось. Очищеніе брюшной полости салфетками, губками и промываніемъ кипяченой водой. 1 толстый дренажъ къ желчному пузырю, тампонада больш. колич. стерилизованной марли, зашивание. Операція 45 мин.	Промывание кипяченой водой.	Дренажъ и марлевая полоски.	Выздоровленіе. На другой день состояніе прекратилось, пульс 100. На 4-й день вынуты полоски и оставленъ только дренажъ. На 14-й день рвота безъ причины (беременность). Дренажъ постепенно укорачивался и удаленъ на 22-й день. Прим. Въ мартѣ 1897 г. въ срокъ нормальные роды.
Неполный наркозъ хлороформомъ. Разрѣзъ надъ fossa iliaca. Изъ полости брюшины течетъ гной и серозно-гнойная жидкость съ клочьями. Червеобразный отростокъ прободенъ, резекція его. Полость живота промыта небольшимъ количествомъ кипяченой воды, очищена губками, при чемъ удаленъ конкрементъ. Дренажъ изъ стерилизованной марли и зашивание раны.	То же.	Дренажъ изъ тампоновъ стерилизованной марли.	Смерть. Умеръ черезъ 6 часовъ послѣ операціи.

64. J. L. Faure. Gaz. d. Hôpitaux 1896, p. 634.	Сл. 36 л.	Удар по попытотъ и разрывъ кишки.	Наканунъ получилъ въ правый бокъ ударъ попытотъ. Ударъ былъ очень силенъ. По достижении домою нѣсколько разъ вырвало. Умѣренная боль.	Животъ боленъ, умѣренно вздутъ. Печеночная тупость на лицо. Тимпанитъ. Въ области удара припухлость. Ощущение здѣсь очень боленно. Пульсъ 110. Температура 38,6. Сознаніе ясное.	28/xi 1895.
65. Björn Fladderus (pr. Lennander) A. f. cl. Chir. XXXIV. N. I.	К. G. C. 25 л.	Воспаленіе и прободеніе червеобразнаго отростка.	26/x 1895 послѣ три-ской задъ заболѣлъ болями въ животъ и ознобомъ. На слѣдующій день принялъ перцовою водку и ол. гігін, послѣ чего наступило ухудшеніе и рвота. Испражнения и газы задержаны. На 3-й день поступилъ въ больницу съ явленіями воспаления червеобразнаго отростка и перитонита.	Животъ сильно вздутъ и напряженъ, особенно въ правой половинѣ. Чувствительность большая, больше на правой сторонѣ. Печеночная тупость ослаблена, область значительна выше ребернаго края. Тошнота. Икота. Большая слабость. Цианозъ лица. Дыханіе поверхностно 26. Темпер. 38,7°. Пульсъ 96. Хорошаго наполненія, правильный.	Операция на слѣдующій день послѣ поступления. 30/x 95.
66. Fladderus Björn. Upsala Leksåseforenings Förh. ingår. 496. Bd. I (H.F.) H. 6. 7. utg. no Hildebr. Jahr.	Мужчина 25 л.	Прободеніе червеобразнаго отростка.	Ранѣе не было аппендицита. Вдругъ сильная боль, особенно въ области пупка. Рвота.	Животъ вздутъ, особенно въ правой сторонѣ. Въ правой подвздошной ямѣ прощупывается утолщенная кишка.	На 4-й день послѣ начала болѣзни.
67. Furner. The Lancet. 1898, Dec. 31. p. 1761.	Женщина 37 л.	Прободеніе изъ желудка.	Ранѣе страдала разстройствомъ пищеваренія и рвотой черезъ нѣсколько часовъ послѣ еды.	Сразу боль и коллапсъ, отъ котораго во время операціи лежнаго оправилась.	5 часовъ послѣ прободенія. 24/y 1895.

Разрѣзъ надъ мѣстомъ поврежденія. Въ полости живота сразу попали на клубокъ спайныхъ ложными перепонками кишечныхъ петель, плавающихъ въ жидкостяхъ и кишечномъ содержимомъ. Очищеніе губкой. Скоро отыскана поврежденная кишечная петля, на которой на протяженіи 30 см. оказалось 5 прободеній съ равными краями. Быстрое зашиваніе ихъ, очищеніе полости брюшины губками, быстрое промываніе, дренажъ изъ тампоновъ марли. Зашиваніе. Операция 25 м. Шоковый рѣзкій.	Промываніе послѣ большими количествомъ кипяченой воды.	Дренажъ изъ тампоновъ стерилизованной марли.	Смерть. Послѣ операціи глубокой шокъ. Вышаніе въ вену 1,5 литра солянаго раствора. Возбуждающія. Немного оправился, но черезъ 3 часа смерть отъ возвратившагося упадка дѣятельности сердца. Прим. Вскрытія не было.
Косой разрѣзъ черезъ правый ml. rectus на уровнѣ пупка. По вскрытіи полости брюшины вытекло около литра мутной серозной жидкости. На воспаленныхъ, сильно вздутыхъ кишкахъ фибринозные отложения. Разрѣзъ продолженъ книзу. Пункция и опорожненіе, черезъ разрѣзъ стѣнки тонкой, а потомъ толстой кишки. Когда рука была введена по направленію къ правой подвздошной впадинѣ, помель воючій сѣрый гной, который былъ осторожно удаленъ. Въ гнойной полости лежалъ прободенный appendix и вываившій конкрементъ. Appendix резецированъ съ наложениемъ ринса на его брыжейку, полость гнойника промыта солянымъ растворомъ, при чемъ остальную часть брюшины все время тщательно защипали стерилизов. салфетками, смоченными въ соляномъ растворѣ.	Промываніе.	Стекло-на-й дренажъ на средней линіи къ малому тазу. Тампонада стерилизованной марлей гнойника. Марлевая турунда въ наружный уголъ разреза.	Выздоровленіе черезъ 3 мѣсяца. Первые дни возбуждающія, подкормка соляной раств. Питательная еда. Былъ слабъ, страдалъ отъ метеоризма, который облегчался клизмами и введеніемъ трубки инт. Темп. постепенно падала, пульсъ улучшался. На 4-й день подъ наркозомъ удаленъ ринс и сдѣлана контрпертурта подъ Пунартовой связкой. Дальнѣйшее теченіе осложнилось образованіемъ съ 8-го дня anus praelernatur. spontan. Раны всѣ зажили, и anus закрылся черезъ 2 1/2 мѣсяца произвольно. Прим. Въ половинѣ апрѣля, т.-е. черезъ 6 мѣсяцевъ, явился для освидѣтельствованія: вполне здоровъ, исполняетъ крестьянскія работы, рубитъ отъ ранъ въ очень хорошемъ состояніи, никакихъ признаковъ гноя.
При вскрытіи полости живота вытекло около литра мутной жидкости. Предлежащая кишка вздута, сильно инъцирована и покрыта фибриномъ. Пункция тонкой кишки и опорожненіе. Резекція прободеннаго appendix'a, промываніе. Дренажъ въ малый тазъ.	Промываніе.	Дренажъ.	Выздоровленіе.
Въ эпигастріи найдены большой наполненный гнойнымъ гноемъ съ отверстіемъ въ желудокъ абсцессъ. Внизу этотъ абсцессъ сообщался съ полостью живота. Разрѣзъ надъ symphysis pubis. Обычное промываніе. Иодоформная там-	Промываніе послѣ большими количествомъ воды.	Иодоформные повязки и дренажъ.	Поправленіе, затѣмъ ухудшеніе и смерть черезъ 3 мѣс. Поправленіе послѣ операціи. Образовался желудочный свищъ. На 8-й день, когда больная уже начала есть, кровавыя испраженія, ко-

Таблица 1.



68. Furner. The Lancet. 1898. Dec. 31, p. 1761.	Женщина 22 л.	Прободение изъязвления желудка	5 летъ страдала анэмией и болями въ желудкѣ послѣ ѣды.	Колчансь. Вздутый и напряженный животъ. Боли. Отсутствие печеночной тупости.	24 часа послѣ прободения. 1/iv 1898.
69. О'нъ же.	Женщина 24 л.	То же.	Ранѣе страдала болями въ желудкѣ послѣ ѣды. Указаний на изъязв. не было. Сразу сильная боль, тошнота безъ рвоты.		6 1/2 часовъ послѣ прободения. 22/v 1898.
70. M. Gerulanos. D. Z. f. Chir. XXXIX. H. 2. 3. S. 303.	Marta B. 17 л. Горничная.	То же.	1 1/2 года болѣла круглой язвой желудка. Въ ночь съ 13 на 14 декабря 97 явления прободения, сопровождавшися тяжелымъ инокомъ. Доставлена въ больницу утромъ 16/хп.	Опредѣленъ общій перитонитъ отъ прободения; немедленно операція.	Приблизительно часовъ черезъ 30 послѣ прободения. 16/хп 1897.

понада полости абсцесса. Въ нижнюю рану дренажъ.							тория повторилась и въ слѣдующіе дни. Такъ какъ питательная клизма не удерживалась, авторъ сдѣлалъ anus praefernaturalis на высокомъ, отдѣлѣ тонкой кишки и вливая въ него питательныя вещества, кормилъ больную. Черезъ мѣсяць оперативно закрытъ anus. Однако большая погѣба черезъ 3 мѣс. послѣ операціи отъ септическихъ осложнений и общаго истощения.
Въ полости живота газы. Содержимаго желудка не было и самый желудокъ пустъ. Зашиваніе прободения на передней поверхности близъ sigaturae minoris. Промываніе солянымъ растворомъ, дренажъ въ желудку изъ полость жарли.	Промываніе солянымъ растворомъ.	Марьевыя полоски къ мѣсту прободения.	Выздоровленіе. На 12-й день повышеніе температуры. Определенъ плевритическій экссудатъ. Выкачиваніе 400,0 прозрачнаго экссудата. Полное выздоровленіе.				
Въ полости живота газы и содержимое желудка. Зашиваніе прободения на передней сторонѣ желудка. Полость живота промыта солянымъ растворомъ. Надъ supràphysis rubis животъ также вскрытъ и введенъ дренажъ въ малый тазъ. Полоски въ верхнюю рану.	То же.	Марьевыя полоски и дренажъ въ малый тазъ.	Выздоровленіе. Черезъ недѣлю при попыткѣ кормить черезъ ротъ, кишечное кровотеченіе, продолжавшееся 3 дня. Такъ какъ питательныя клизмы не удерживались, то, какъ и въ 1-мъ случаѣ, авторъ наложилъ кишечный свищъ и черезъ него питалъ больную. Далѣе все пошло хорошо. Черезъ мѣсяць была здорова. Свищъ закрытъ оперативно черезъ 4 мѣсяца. Выздоровилась вполне.				
Разрѣзъ отъ мечевиднаго отростка до лобка. Кишки сильно вздуты, сосуды гипципированы, кой-гдѣ спайки, отложения фибрина. Среди петель кишокъ серозногнойная жидкость въ значительномъ количествѣ. Въ передней стѣнкѣ желудка найдено покрытое отложениями фибрина прободение, Вырѣзаніе, зашиваніе, очищеніе желудка, особенно поддиафрагмальной области и кишокъ, обмываніе теплымъ солянымъ растворомъ и вытираніе сухомъ.	То же.	Иодоформная полоска къ мѣсту прободения желудка; остальное зашито наглухо.	Смерть на 11-й день послѣ операціи отъ прободения въ легкое поддиафрагмального парыва. Въ первые два дня быстрое поправленіе. Температура нормальная. Наступили произвольныя испраженія и отдѣленіе газовъ и мочи. Съ 6-го дня вечерніе подтемы температуры. Определена пневмония лѣвой доли. На 9-й день послѣ операціи прорывъ абсцесса въ легкое.				
			Прим. На вскрытіи вся брюшная полость найдена здоровой безъ всякихъ признаковъ перитонита. Нигдѣ нѣтъ отложений фибрина или скопления экссудата. Найдены абсцессы величиною въ 2 кулака между диафрагмой, желудкомъ и селезенкой, вскрытыя въ легкое черезъ плевру.				

71. Pearce Gould. Brit. Med. Journ. 1894. Vol. II. 859.	Служанка 20 л.	Прободение изъ двѣнадцати-перстной кишки.	До настоящего заболевания здорова. Черезъ 3 дня послѣ погрѣшности въ дѣтѣ (ѣла сливы съ косточками) должна была принять слабительное; вечеромъ вдругъ сильная боль въ правомъ подреберьѣ, а затѣмъ во всемъ животѣ и рвота.	Поступила почти черезъ сутки 30/ix 1893. Сильная слабость, коллапс, частая рвота. Животъ вздутъ умеренно, очень болезненъ. Печеночная тупость есть и нормальна.	Операция черезъ 24 часа послѣ появления признаков прободения.
72. Pearce Gould. Lanc. 1898. Jul. 1. 9.	Мужчина 25 л.	Аппендицитъ.	Среди полного здоровья припадокъ аппендицита. Авторъ увидѣлъ больного на 3-й день въ очень плохомъ состоянii.	Животъ сильно вздутъ и напряженъ, такъ что ничего нельзя прощупать. Языкъ сухъ, обложенъ; рвота желчными массами. Боли очень сильныя. Пульсъ 130, интеллигентный.	? 29/ix 97.
73. Онъ же.	Больной 42 л.	То же.	Часто страдалъ запорами и болями въ животѣ. Вдругъ сильная боль. Данъ былъ морфий и хлороформъ. Знобъ. Температура поднялась до 40,5. Авторъ увидѣлъ больного на 3-й день въ очень плохомъ состоянii.	Животъ сильно вздутъ и болезненъ. Пульсъ 130. Температура 36,9°.	На 4-е сутки.
74. Онъ же.	Мальчикъ 15 л.	То же.	Доставленъ въ больницу на 3-й день заболевания аппендицитомъ въ очень тяжеломъ общемъ состоянii.	Животъ вздутъ, напряженъ, очень чувствителенъ, больше въ нижней правой половинѣ. Пульсъ 130. Температура 38° С. Лицо осунулось, конечности холодныя.	На 3-й день. 18/ix 97.
75. Онъ же.	Мальчикъ 15 л.	То же.	На 4-й день заболевания аппендицитомъ пульсъ 130. Черезъ 2 дня определено прободение.	Тяжелое общее состоянiе. Животъ вздутъ. Сильныя боли. Пульсъ слабый 130. Температура 38° С. Рвота, отсутствие газовъ и испражнений.	Черезъ 2 сутокъ (?). 9/ix 97.
76. R. Hesse. Diss. Bonn. 1898.	Больной N. N. 18 л.	То же.	Лѣчился 5 дней отъ аппендицита въ больницѣ, но не вздутъ. При ощупыванii ясная резистентность по всему животу; въ ileocecal'ной области, прощупуясь 120. Подозрѣнiе на перфорацию. Переведенъ въ хирургическое отдѣленiе.	Животъ весь болезненъ, тотчасъ при ощупыванii ясная резистентность по всей поверхности и на лѣвую сторону. Пульсъ слабъ 120. Дыханiе спокойное.	Операция тотчасъ по поступленii. 8/ix 98.

Разрѣзъ по lin. alba ниже пупка. Въ полости живота серозно-гнойная жидкость, газы. Сращенный пѣтъ. Жидкость съ клеевыми запахами. Appendix и genitalia нормальны. Разрѣзъ выше пупка. Найдено прободение фиброид, которое и зашито. Брюшная полость промыта кипяченой горячей водой. Въ нижнюю рану стеклянный дренажъ и рана зашита.	Промывание кипяченой горячей водой.	Стеклянный дренажъ въ нижний уголъ раны.	Смерть черезъ 9 час. послѣ операции. Прим. Вскрытие показало общiй септический перитонитъ. Защитное отверстiе въ кишкѣ оказалось хорошо закрытымъ.
Въ полости живота много гнойной серозно-гнойной жидкости. Кишки инъцированы и раздуты. Фибринозные отложения. Сращенный пѣтъ. Ресектированъ прободенный appendix. Полость живота промыта стерилизованной водой (удалены два копролита). Стеклянный дренажъ.	Промывание стерилизованной водой.	Стеклянный дренажъ съ сосис.	Смерть черезъ 17 часовъ. Никакого ухудшенiя не наступило и черезъ 17 часовъ смерть при прогрессирующихъ явленiяхъ перитонита.
Въ полости живота большое количество гнойного серозно-гнойного экссудата. Кишки и сальникъ сильно воспалены. Фибринозные отложения. Сращенный пѣтъ. Ресекция прободенного appendix'a. Промывание полости брюшины кипяченой водой. Стеклянный дренажъ.	Промывание кипяченой водой.	Стеклянный дренажъ.	Смерть черезъ 2 дня. Операцию перенесъ хорошо. На слѣдующiй день клещи, было послабленiе. Далѣе ухудшенiе и смерть черезъ 2 дня. Прим. Вскрытия не было.
Разрѣзъ надъ сосис. Въ полости живота серозно-гнойная жидкость и фибринозные отложения. Ресекция прободенного appendix'a. Промывание полости живота стерилизованной водой. Стеклянный дренажъ въ тазъ.	Промывание стерилизованной водой.	Стеклянный дренажъ въ тазъ.	Постепенное выздоровленiе. Прим. Послѣдующее теченiе осложнилось образованiемъ ограниченного гнояника, который и былъ вскрытъ.
Въ полости живота много серозно-гнойной жидкости. Сращенный пѣтъ. Appendix воспаленъ, въ немъ большое прободение. Ресекция. Промывание полости брюшины, при чемъ удалено много гноя. Два стеклянныхъ дренажа.	Промывание.	2 стеклянныхъ дренажа.	Смерть черезъ 22 часа при явленiяхъ коллапса и бреда.
Разрѣзъ по правой сторонѣ m-li gestii длиной 18 cm. По вскрытii живота вытекла масса жидкого гнойного гноя, разлитого свободно среди кишокъ. Сращенный и отложившей фибрина на кишечныхъ петляхъ не было. Кишки красны, инъцированы. Несколько спаекъ въ области червеобразнаго отростка. Изъ всѣхъ отдаловъ живота и изъ-подъ печени течетъ гнойной гнои. Съ лѣвой стороны m-li gestii	Промывание полости брюшины 5 литрами соляного раствора.	Тампонада полостями йодоформной марли.	Смерть на 13-й день послѣ операции при явленiяхъ коллапса. Послѣ операции большая слабость, однако при усиленномъ примѣненii возбуждающихъ первыхъ 3 дня было замѣтное улучшенiе. Съ 4-го дня мѣстное вздутие въ области желудка, рвота. Въ это же время прекратилось отдаленiе гноя. Съ 9-го дня усилилось вздутие, пульсъ сталъ чаще.

77. Jowers. Sussex count. Hospital. Lanc. 1896. Jan. 20.	Дѣвушка 19 л.	Прободеніе язвы желудка.	Много страдала диспептическими явлениями. Кровавой рвоты не было.	Отсутствие печеночной тушности.	3 1/2 часа послѣ прободенія. 10/п 1896.
78. Kijewsky. Gaz. Lekarska 1896. № 51. Цит. по Hilde- brand's Jahresb.	Слесаарь 22 л.	Подкож- ный раз- рывъ кишки.	Получилъ ударъ по жи- воту лопнувшей трубкой.	Симптомы общаго септиче- скаго перитонита. Очень тя- желое состояніе.	На 4-й сутки послѣ повре- жденія.
79. Оуэ. же.	Рабочій 30 л.	То же.	Захваченъ въ маховикъ паровой машины и при- давленъ къ потолку.	Въ больницѣ, куда былъ доставленъ, сначала лѣчили выжидательно отъ ушиба живота и кровоизліянія въ брюшную полость. Со 2-го дня явленія со стороны брю- шины. Шкота, тошнота, рвота, метеоризмъ. На 4-й день опре- дѣлено прободеніе.	На 4-й сутки послѣ повре- жденія.

такой же разрывъ. Промываніе 5 литр.
соляного раствора. Заложены турунды,
влажная повязка.

Фибринозные отложения на желудкѣ и
печени. Прободеніе найдено на передней
стѣнкѣ желудка. Изсѣченіе язвы и за-
шиваніе. Промываніе полости живота боль-
шимъ количествомъ стерилизованной воды.
Дренажи: стеклянный и резиновый, обер-
нутый цинисто-рутиной марлей.

Найдены разрывъ тонкой кишки. Въ
полости живота очень много экссудата и
кишечнаго содержимаго. Наложены anus
praeternaturalis. Полость живота промыта
большимъ количествомъ соляного раствора.
Дренажъ изъ нѣсколькихъ резиновыхъ
трубокъ.

Перитонитъ. Найдены 1 разрывъ тон-
кой кишки, проникающей всю толщину, и 2
лишь сквозь мышечную стѣнку кишки.
Резекція кишки. Промываніе полости жи-
вота стерилизованнымъ солянымъ раство-
ромъ. Дренажъ.

появилось притупленіе въ нижнихъ
частяхъ живота съ обѣихъ сторонъ.
Пробный уколъ ничего не обнару-
жилъ. На слѣдующій день состояніе
еще хуже, притупленіе еще яснѣе.
Пробный уколъ снова, получить
жидкой гнойной гнои.

Прим. Вторичная запоромія
на правой сторонѣ въ области ста-
рой раны подъ хлороформомъ 20/у,
т.-е. на 12-й день. Найдены vol-
vulus петли тонкой кишки. Его
легко удалось распутать и воз-
становить проходимость. При опе-
раціи сдѣлана пункція кишки и
выпущены 1 литръ жидкихъ испраж-
неній. Послѣ второй операціи очень
большая слабость. Однако при при-
мѣненіи возбуждающихъ къ слѣ-
дующему 13-му дню общее состояніе
опять улучшилось, но къ вечеру
снова вдругъ коллапсъ и смерть.
Вскрытіе не было.

Выздоровленіе въ 44 дня.
Постепенно стала поправляться,
Первое испражненіе на 3-й день.
10/у показывалась вполне здоровой.

Выздоровленіе, потомъ смерть
послѣ операціи для закрытія anus
praeternaturalis.

Понемногу симптомы перитонита
прошли. Изъ раны долго выдѣля-
лось очень много гноя. Спустя нѣ-
которое время резекція кишки съ
цѣлью закрыть anus. Смерть.
Смерть на слѣдующее утро.

80. Kirrnisson Bul. et Med. de la S. d. Chir. 1898. № 10. Цит. по Hild. Jahresb.	Ребенок 8 л.	Прободение толстой кишки.		Боли в животѣ, рвота, издутіе. Въ правой сторонѣ живота принужденность. Передъ операцией подъ наркозомъ она опушлась уже въ лѣвой сторонѣ.	
81. A. Lea. The Lancet. 1898. Febr. 12, p. 441.	Больной 18 л.	Прободение черве- образнаго отростка при аппенди- цитѣ.	10 дней назадъ забо- лѣлъ болями въ слѣпой кишкѣ, издутіемъ и рво- той. Ранѣе опухоли съ бо- лями въ области сосѣи ип- когда не было.	Сильныя боли особенно внизу живота. Животъ издутъ и напряженъ. 5 дней запоръ. Рвота каловыми массами. Рег- иструмъ въ правой сторонѣ опредѣляется эскудатъ. Тем- пература 38,5°C. Пульсъ 100.	?
82. Lennan- der. Mit. a. d. Chr. d. M. u. Chir. Bd. IV. H. 1. 1898.	P. A. A. Сапож- никъ 37 л.	Прободен- іе двѣ- надцати- перстной кишки.	Послѣдніе годы страдалъ диспептическими явленіями. 25/п 98 при попыткѣ встать съ кровати среди- полнаго здоровья вдругъ очень сильныя боли подъ ложечкой и вправо отъ пупка. Боли держались нѣсколько часовъ, потомъ стало лучше, но встать не могъ. Рвоты не было. Кис- лая отрыжка. 26/п доста- вленъ за 50 километровъ въ больницу.	Животъ равномерно издутъ, болѣзненъ, особенно при по- пыткахъ двигаться. Тимпан- итъ. Притупленіе въ пояс- ничной области. При опущеніи очень чувствительна вздошная область. Общая сла- бость, цианозъ. Дыханіе 26, поверхностно. Пульсъ сла- бый, 140. Температура 39,3°; въ ночь бѣлокъ.	Операция 26/п черезъ 1 1/2 сут. послѣ про- боденія.

Разрѣзъ по средней линіи. Въ полости живота эскудатъ съ каловыми массами. Въ colon descendens около брызжеей и, сугм. найдено прободеніе. Зашиваніе. Вымываніе полости живота теплыми бор- нымъ растворомъ. Иодоформныя полоски между кишечными петлями.	Промы- ваніе теплыми борнымъ раство- ромъ.	Дренажъ изъ мар- левыхъ полосокъ.	Выздоровленіе. На 4-й день первый испражне- нія. Полоски марли удалены на 14-й день.
Разрѣзъ по средней линіи. Въ полости живота серозно-гнойный эскудатъ. Около сосиски вокругъ аррендихъ найдено отдѣл- ное скопленіе гноя среди кишечныхъ пе- тель, спускающееся въ малый тазъ. Уда- лить аррендихъ не удалось. Полость гнойника по возможности уединена швами отъ общей брюшной полости, въ нее дренажъ. Най- дено еще нѣсколько отдѣльных скопленій гноя среди кишечныхъ петель. Промываніе полости живота. Нѣсколько полосокъ иодо- формной марли между кишечными петлями. Пунційной кишечной петли удалено около пяти жидкихъ испражнений и газы.	Промы- ваніе.	Дренажъ въ по- лости гнойника, полоски марли между ки- шечными петлями.	Выздоровленіе. Рвота прекратилась черезъ 6 ча- совъ послѣ операціи.
Хлороформъ и эфиръ. Разрѣзъ по сред- ней линіи. Кишечныя петли кое-гдѣ спаяны и покрыты фибринознымъ налетомъ. Среди- ныхъ скопленіе серозно-гнойной жидкости. Въ маломъ тазу гнойная жидкость. Среди кишечныхъ петель въ одномъ мѣстѣ за- мѣченъ воздухъ и зеленоватая жидкость — указаніе на перфор. duodeni, гдѣ и найдена послѣ поперечнаго разреза m-li recti перфо- раціи, пронскавшая указательный палецъ. Зашиваніе кишки. Очистіе влажными сал- фетками по возможности всей полости жи- вота и поддиафрагмальныхъ пространствъ. Дренажи, рана не зашита, затамонирована стерилизованной марлѣй.	Промыва- ніе значи- тельнымъ количе- ствомъ соляного раствора 0,9%, темпер. ок. 45° C.	Дрен. че- резъ коп- траперт. въ дубар- ной обла- сти справа до двѣна- дцати пер- стной кишки, сѣбя мимо селе- зенки до диафраг- мы. Стер- илизов. Сильное мари. там- поны въ поддиа- фрагм. простра- нства объ- ихъ сто- роны и къ мѣсту пер- форации.	Смерть черезъ 20 часовъ послѣ операціи. Послѣ операціи большой упадокъ силъ, не поддававшійся дѣйствию возбуждающихъ, которыя вызывали лишь временное подніе пульса. Смерть при явленіяхъ возбужденія и бредѣ. Прим. При вскрытіи найдено: Peritonitis fibrinosa diffusa. Эскудата нигдѣ нѣтъ. Небольшое скопленіе гноя между желудкомъ, салынкомъ, завернутымъ вверхъ, и colon trans- версумъ. Швы хорошо держатъ и выполнѣ закрываютъ перфорацию. Сильное переполненіе кровью лег- кихъ. Смерть отъ недостаточности лѣваго сердца.

83. Lennander.
Mit. a. d. Gr.
d. M. u. Chir.
Bd. IV. H. 1.
1898.

Anna
Charlotte
I. 41 г.

Прободен-
ные язвы
желудка.

Давно страдает запорами и диспептическими явлениями. Годь как появились признаки болей под ложечкой. 16/x 96 вдруг сильные боли в области желудка, которые усиливались. Газы не испражнения не отходят. Состояние больной все ухудшалось; выпрыснуть морфий; перевезена в больницу (25 километр в экватор).

Живот болен, особенно под ложечкой и весь вздут. В области стальной кишки притупление. Брюшные стенки напряжены. Обшая слабость. Температура 37,9°. Дыхание поверхностное, частое 40. Пульс малый и слабый, около 100.

Прим. Так как сначала диагностика была *volvulus*, то применялось промывание желудка и клизмы, от чего не отмечено никаких дурных последствий.

Операция
через
26 час.
после
прободения.
17/x 96.

84. Онг же.

K. J. L.
Столяр
48 л.

То же.

10—12 летъ страдал диспепсией безъ болѣе рѣзкихъ указаній на язвы подъ ложечкой. Напряженіе было разъ кишечное кровотеченіе. 4/xi 96 черезъ 3 часа послѣ вѣдъ сильныя боли, все возрастало. Попытка прижать слабительное или вызвать рвоту. На 2-й день отъ везень въ больницу по

Сильныя боли во всемъ животѣ, главнымъ образомъ подъ ложечкой. Напряженіе брюшной стѣнки и утѣреніе изъмѣненія положенія туловища, указывающая на сносильныя боли, все возрастало. Рвота все время пути живота. Слабость; пульсъ 74. Температура 38,4.

Операция
черезъ
48 часовъ
послѣ
прободения.
6/xi 96.

Хлороформъ и эфиръ. Разрѣзъ выше пупка по средней линіи. Предбрюшинная клятчатка отчетна. Вытекла серозно-гнойная жидкость. На подлежащихъ желудка, кишечныхъ петляхъ и печени видны сосуды и фибриновые отложения. Перфорация подъ лѣвой долей печени на *сигнатура minor* близъ *pylorus*. Промывание полости живота большимъ количествомъ соляного раствора 40° С. Промывание не действовало угнетающе; напротивъ, состояніе сердечной дѣятельности улучшалось, повидимому. Зашиваніе, дренажи, зашиваніе раны.

Промыва-
ніе соля-
нымъ рас-
творомъ
черезъ
дренажи.
Нараско-
доваго
жидкости
около 50
2) къ се-
литровъ
3) въ обѣ
fossae ilia-
снєвверхъ
до печени
и селезен-
ки, 4) надъ
symphysis
pubis и 5)
черезъ
задній
сводъ.
Вокругъ
всѣхъ
дренажей
пикъ зашпи-
той изъ
тампоны
изъ
итрогевой
марли.

Толстая
дренажа-
ныя тру-
бки:
1) между
правой
долей пе-
чени и диа-
фрагмой,
2) къ се-
лезенкѣ,
3) въ обѣ
fossae ilia-
снєвверхъ
до печени
и селезен-
ки, 4) надъ
symphysis
pubis и 5)
черезъ
задній
сводъ.
Вокругъ
всѣхъ
дренажей
пикъ зашпи-
той изъ
тампоны
изъ
итрогевой
марли.

Выздоровленіе черезъ 66 дней. Въ дальнейшемъ смерть черезъ 2 мѣсяца и 22 дня послѣ операціи отъ гноя перикардита.

Постепенное улучшение. Первые 4 дня возбужденія. Съ 5-го внутрь яно и бульонъ. На 7-й день удалены дренажи изъ поясничной области и одинъ отъ печени. Черезъ 28 дней прекратилось отѣканіе изъ ранъ. На 40-й день признаки лѣво-сторонняго плеврита. На 47-й день изъ плевры выкачали 2 литра зеленоватой прозрачной жидкости, не содержавшей бактерий. На 60-й день встала.

Прим. Въ дальнейшемъ теченіи появились разстройство кишечника, плевритъ и перикардитъ, и больная умерла послѣ пункции плевры и выкачивания 600 к. с. свѣтлой жидкости. При вскрытіи въ полости живота немного сращеній салыника съ брюшной стѣнкой и съ стѣнкой желудка; брюшина нормальна. Надъ лѣвой долей печени абсцессъ величиною съ яблоко, отъ него затекъ по направлению къ перикардію, не сообщавшейся съ послѣднимъ. Полость брюшины свободна отъ сращеній. Въ перикардіи 1600 к. с. гноя.

Хлороформъ, эфиръ. Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка. Инфекція сосудовъ брюшины. Въ полости живота серозный гноевой экссудатъ. Разрѣзъ выше пупка. Отечность предбрюшинной клятчатки. Такой же экссудатъ съ примѣсью желчи. Перфорация подъ лѣвой долей печени, съ которой желудокъ плотно ссаянъ. Другихъ снаекъ во всемъ животѣ нѣтъ. Зашиваніе очень трудно и не удалось вполнѣ, почему заложены плотно тампоны изъ йодоформной марли, а остальная брюшинная отторжена салфетками изъ стерили-

Промыв-
25 ли-
рами со-
ляного рас-
твора
который
вытекалъ
всегда
однопре-
менно изъ
всѣхъ
дренажей
черезъ

2 тонкія
трубки
между пе-
ченью и
диафраг-
мой, 2) къ
селезенке
и диафраг-
мѣ, 3) въ
подпечен-
ную ямку,
4) надъ
пупкомъ,
5) надъ
симфизомъ
пупка.

Выписанъ 20/xi хорошо поправившимся, но съ желудочнымъ свищомъ, идущимъ изъ-подъ печени. Сначала возбужденія. Постепенное улучшение. Темпер. нормальна съ 17-го дня. Выздоровленіе осложнилось небольшимъ гноевымъ затекомъ въ мѣстѣ отторгнувшейся салфетки между брюшной стѣнкой и colon transvers.

Прим. Къ концу января были совѣтъ докторъ, и свищъ закрылся. До половины мая все яно

85. Lennander. M. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. IV. N. 1. 1898.	Matilda C. 34 л.	Прободение язвы двенадцатиперстной кишки.	Больше 12 летъ страдала диспептическими явлениями съ указаними на язву. Были кровавые рвоты и испражнения, послѣднія заперстной кишки. 5—7 дней до поступления.	За 2 дня поступила въ терапевтическое отдѣленіе съ жалобой на боли въ подложечной области, распространяющіяся на правую половину живота внизъ. Постепенное ухудшеніе. 19/xi 94. Переведена въ хирургическое отдѣленіе послѣ леченія опіемъ и морфіемъ въ теченіе 2 дней. Съ вечера накануне упадокъ силъ, пульсъ 130. При поступленіи: Вздутье живота, очень сильныя боли, распространяющіяся на весь животъ. Отекъ въ подложечной области стѣнокъ живота. Пульсъ 140°. Температура 37,8. Слабость. Рвоты умирная все время; холодный потъ. Испражнений нѣтъ 3 дня.	Не меньше чѣмъ 15 ч. послѣ перфорации. 19/xi.
86. R. MacLaren. Lancet. 1899. Vol. II. p. 1094.	Женщина 20 л.	Прободение язвы желудка.	Около года страдала значительными диспептическими явлениями. За 2 суток до поступления ночью сильныя боли въ животѣ, вскорѣ рвота. Пришла слабительное, которое и подействовало. На 2-я сутки позванный врачъ опредѣлить прободеніе.	Животъ умирно издуть, напряженъ. При перкуссии тимпанитъ, на бокахъ къ поясищѣ притупленіе. Область печеночной тупости уменьшена. Болѣзненность особенно усиливается при движеніяхъ. Дыханіе поверхностное 36 въ мин. Температура 38,8. Пульсъ 120. Лежитъ на правомъ боку съ приведенными бедрами. Лицо осунувшееся съ характернымъ выраженіемъ.	2 сутокъ послѣ прободенія. 8/iv 1899.

диспанной марли. Контрапертуры въ поясничной области съ обѣихъ сторонъ и подъ Пупартовыми связками. Промываніе большимъ количествомъ соляного раствора 39—41° С. То же дѣйствіе, что и въ предыдущемъ, но при промываніи подъ диафрагмой наблюдалась задержка дыханія.	вводившейся по всей ранѣ изогнутой накопичникъ дочиста. Т° раствора 39—41° С.	дренажъ въ тазѣ надъ symphysis и въ него катетеръ Пелатона. Полоски выведены въ верхнюю среднюю рану.	хорошо, съ мая снова признаки язвы, и въ концѣ мѣсяца смерть отъ кишечнаго кровотеченія.
Хлороформъ и эфиръ. Разрѣзъ черезъ мышце, гестусъ съ лѣвой стороны. Предбрюшинная кѣтъчатка и брюшная стѣнка сильно отечны. Въ полости живота газы и зеленоватая гнойная жидкость. Срашеній нѣтъ. Небольшия спайки между желудкомъ и лѣвой долей печени. Перфорация на малой кривизнѣ близъ pylorus'a: отверстие пропускало палецъ. Замщиваніе отверстія.	Промываніе полости живота 20 литр. соляного раствора.	Тампонада изъ іодоформной марли кѣтъчату защит. Полоски выведены наружу въ срединѣ брюшной раны.	Смерть черезъ сутки. Сначала глубокой коллапсъ. Нѣкоторые улучшеніе отъ возбуждающихъ. Соляной растворъ подъ кожу 400. Камфора, кофеинъ, клизмы съ коньякомъ и т. д. Прим. На вскрытіи серозно-фибринозный общій перитонитъ съ геморрагіями. Около 200—300 к. с. мутного гноя найдено главнымъ образомъ въ полости таза. Перитонитъ болѣе резко выраженъ въ правой половине живота. Защитная язва, находящаяся на правой поверхности pars horizont. duodeni хорошо закрыта, бромъ того въ желудкѣ три маленькихъ язвы.
Хлороформъ. Разрѣзъ по реберному краю стѣны. Прободеніе очень трудно найти. Оно открыто по выходу пузырьковъ газа и оказалось на задней стѣнкѣ желудка вверхъ у fundus. Вся bursa omentalis густо обложена фибриномъ. For. Winslovi проходимо. Замщиваніе съ трудомъ черезъ сдѣланное въ lig. gastro-coleum отверстие. Полость живота очищена, промыта большимъ количествомъ стерилизованной воды; въ рану заложены стеклянныя дренажи Keith'a, часть раны защитна.	Промываніе большимъ количествомъ стерилизованной воды съ послѣдующимъ осушеніемъ марлевыми салфетками.	Стекланный дренажъ.	Выздоровленіе. Большая хорошо перенесла операцию. Послѣ операциі пульсъ 116, общее состояніе хорошо. Температура 37,5. Боли и тошноты почти нѣтъ; хорошо прошла ночь. Первые 48 часовъ перъ осъ ничего. Затѣмъ глотки воды и ледъ. Жидкая пища черезъ недѣлю. Твердая пища разрѣшена черезъ мѣсяць. Въ первые дни повязки часто мѣнялись. Отдѣленіе изъ дренажа прекратилось на 4-я сутки, и онъ удаленъ. Еще на сутки была вставлена полоска іодоформной марли.

87. Maude. The Lancet. 1898. Oct. 15.	Мальчик. 16 л.	Прободение червеобразного отростка при аппендиците.	6 дней назад заболел аппендицитом. Со 2-го дня боли в животе на низ и не отходят газы.	Живот очень вздут, болезнен. В области слепой кишки ничего не обнаружено. Общее состояние очень слабое. Пульс частый и слабый.	На 6-й день заболевания. 29/IV 1898.
88. Maxwell. The Journ. of Amer. med. Ass. 1898. Sept. 10. Citr. no Hildebrand's Jahr.	Женщина. 40 л.	Заражение во время операции.	Операция удаления оварияльной кисты. Во время наркоза киста лопнула, и содержимое вышло в брюшную полость.	Через 48 часов после операции явления общего перитонита. Температура 39,5. Пульс 130. Жидкая каловая масса. Безболевое состояние.	48 часов после операции.
89. Оппе же.	Девушка. 23 л.	Прорыв гнойника в брюшную полость.	?	После операции температура 39,5. Пульс 130.	?
90. Mikulicz. A. f. d. Chir. XXXIX. 756.	Служанка. 19 л.	Прободение язвы желудка.	Полгода страдает болями в желудке, тошнотой, потерей аппетита и запорами. Накануне вдруг сильная боль в животе, слабость и дурнота. Доказана в большинстве случаев сальмонеллезной инфекции на следующий день перенесена в хирургическую клинику с диагностической прободением.	По средине живота вздут, равномерный тимпанит. В правой половине живота, задних отделах от lin. axillaris posterior до пояса притупление, не исчезающее заставлено в большинстве случаев сальмонеллезной инфекции. Тупость печени и селезенки нормальны. Темпер. по клинику с диагностической прободением. Пульс 110—120. Боли. Живот вздут и напряжен. Дыхание поверхностно и часто. В моче следы белка.	Больше суток после прободения. 23/VI 1889.

Разрѣзъ по срединѣ линии. Въ полости брюшины много серозно-гнойного экссудата. Въ области слепой кишки обильная сращивания, среди которыхъ разыскать аппендикс не удалось. Полость живота промыта большимъ количествомъ стерилизованной воды. Дренажъ.	Промывание стерилизованной водой.	Дренажъ.	Выздоровление. На слѣдующій день было послабление. Пульсъ сталъ 80, рвота прекратилась. Черезъ 3 недѣли образовался абсцессъ въ области слѣпой кишки, который и былъ вскрытъ подъ Пулартовой связкой. Вышелъ копролитъ. Средній дренажъ отъ первой операции удаленъ на 4-й недѣлѣ. Свищъ на мѣстѣ второй операции держался нѣсколько мѣсяцевъ, а черезъ 2 мѣсяца образовался еще нарывъ въ области слѣпой кишки. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ поправился.
Въ рану при операции былъ вставленъ стеклянный дренажъ. Теперь рана была немого расшита и введенъ другой дренажъ, послѣ чего черезъ него произведено промывание большимъ количествомъ соляного раствора въ 43,5° C. Вода пошла только тогда порядочнымъ напоромъ, по видимому были нарушены сращения.	Промывание горючимъ солянымъ растворомъ.	2 дренажныхъ трубки.	Выздоровление. Сейчасъ же послѣ промывания отмечено улучшение. Пульсъ сталъ 112, температура упала на 1½°. Рвота прекратилась, жажда меньше и черезъ нѣсколько часовъ послѣдовало послабление. Промывание повторилось сначала черезъ 4 часа, потомъ рѣже первые 4 дня. Показаніемъ къ промыванію служило улучшение пульса и подъемъ температуры. Съ 4-го дня все хорошо.
На операции найденъ гнойный гнойникъ, прорвавшийся въ полость брюшины. Стѣнки его вышиты въ рану и затампированы. Тампономъ отдѣлена по возможности и брюшная полость. Раздѣленіе сращиваний между кишками, отбрана масса фибрина и промывание большимъ количествомъ горячаго соляного раствора.	То же.	Дренажъ и тампонада.	Выздоровление. Температура упала, пульсъ сталъ лучше вскорѣ послѣ промывания. Дальѣйшее леченіе какъ въ предыдущемъ. На 5-й день состояніе больной было хорошо и прекращены промыванія.
Пробной дуликой убѣдились въ наличности гнойного экссудата. По бокамъ живота симметрично съ обѣихъ сторонъ сдѣланы разрѣзы по 6—8 см. и выпущено большое количество серозно-гнойной жидкости. Потомъ разрѣзъ по срединѣ линии выше пупка и къ нему перпендикулярно дополнительный выѣвъ. Здѣсь найдены мѣстныя спайки между желудкомъ и печенью, фибриновые отложения, гнойный секретъ съ примѣсью желчи. Здѣсь же оказалось прободеніе передней стѣнки близъ рубца. Прободеніе зашто, а около-	Промывание теплымъ борнымъ растворомъ.	Тампонада изъ йодоформной марли.	Смерть. Операцию перенесла удовлетворительно. Вечеромъ пульсъ 128. Температура 38,4. На слѣдующій день начался коллапсъ. Дневной пульсъ 144. Температура 39. Въ 6 часовъ вечера, почти черезъ сутки послѣ операции, смерть. Прим. Вскрытіе. Диафрагма стоитъ высоко. Въ левой плеврѣ скопление въ 200 к. с. серозно-крово-нистого экссудата, въ правой плеврѣ пропороптеки. То же въ перикардіи.

91. J. Mikulicz. A. f. cl. Chir. XXXIX. S. 756.	Студент 22 л.	Прободение тифозной язвы.	На 3-й недѣль умирно протекавшего тифа вдругъ явленіе прободенія и общаго септического перитонита съ быстро развивающимся коллапсомъ.	Пульсъ 170, едва ощутимый; холодный потъ; рвота; сознание ясное.	4 1/2 часа послѣ прободенія. 25/хл 1887.
92. Опъ же.	Женщина 37 л.	Ущемленіе грыжи и омертвѣніе кишки.	8 дней какъ ущемилась правая бедренная грыжа.	?	8 дней послѣ начала ущемленія. 23/хл 1886.
93. Опъ же.	Мужчина 30 л.	Ущемленіе и омертвѣніе при паховой грыжѣ.	Лѣвая паховая грыжа. Ущемлена 3 дня.	?	На 3-й день ущемленія.
94. Опъ же.	Мужчина 35 л.	Подкожный разрывъ толстой кишки.	Наканунѣ въ 6 ч. вечера получилъ сильный ударъ доской по животу. Въ тотъ же вечеръ доставленъ въ больницу въ умиротворенномъ состояніи. Рвота.	Постепенно всѣ явленія ухудшились; вечеромъ пульсъ 112. Метеоризмъ и вышележающая кишка въ умиротворенномъ состояніи. Рвота.	25 часовъ послѣ прободенія. 29/хл 1888.

лечения части очищены еудевоымъ сал-фетками. Промываніе борной водой при-пигацией черезъ дренажъ, пока не пошла чистая жидкость. Иодоформная тампона-ранъ, которая оставлена открытыми. Продолжительность операціи 1 1/2 часа.

Неполный наркозъ хлороформомъ. Раз-рѣзъ по средней линіи. Легко удалось найти прободеніе и зашить его. Брюшная полость очищена отъ широко-разлитого, содержащаго испарженія экскрата про-мываніемъ теплымъ борнымъ растворомъ. Частичное зашивание. Тампонада иодоформ-ной марлей.

Кишечная петля омертвѣла, на ней прободеніе. При расширеніи грыжевого кольца изъ полости живота вытекаетъ тонкая жидкость. Резекція куска тонкой кишки въ 30 см. Разрѣзъ брюшной стѣнки по средней линіи въ 8 см. Черезъ обѣ раны припигация съ помощью дренажа раствора салициловой кислоты 3°/оо, пока не стала вытекать обратно чистая. Въ грыже-вые ворота дренажъ, брюшная рана зашита.

Въ грыжевомъ мѣстѣ не оказалось кишки, но черезъ грыжевые ворота вы-текаетъ изъ брюшной полости содержа-емое съ примесью кала. Брюшная полость вскрыта продолженіемъ разрѣза до пупка. Общій гнойный перитонитъ. Резекція найденной въ брюшной полости омертвѣвшей прободенной кишечной петли. Полость жи-вота промыта теплымъ салициловымъ рас-творомъ и зашита. Нижний уголъ раны оставленъ открытымъ, введенъ иодоформ-ный тампонъ.

Разрѣзъ съ правой стороны параллельно crista ossis ilei до lin. axillaris posterior. Выпущено около 200 к. с. тной съ каловыми массами. Такой же разрѣзъ и съ лѣвой стороны. Вытекло немного мѣтѣ такой же жидкости. Найдена разорванная кишечная петля и зашита 8 швами. Сдѣлано еще

Промыва-ние бор-нымъ рас-творомъ.

Тампо-нада изъ иодо-формной марл.

Промы-ваніе до-вольна чиста растворомъ салицило-вой кпе-лоты 3°/оо.

Дренажъ въ грыже-вые во-рота.

Промы-ваніе рас-творомъ салицило-вой кпе-лоты.

Дренажъ изъ там-пона иодо-формной марл.

Обильное промыва-ніе теп-лымъ бор-нымъ рас-творомъ.

Тампоны изъ иодо-формной марл въ больномъ количе-ствѣ.

Общій гнойный перитонитъ съ фибринозными отложениями и слабыми спайками кой-гдѣ. Въ полости брюшины серозно-гнойный экссудатъ, который выполнилъ весь малый тазъ. Воспаленіемъ охвачена вся брюшина, кромѣ пространства между печенью и диафрагмой. Въ желу-дочной стѣнкѣ сидитъ вторая язва, спайная и пропускающая существо ранаeatis.

Смерть черезъ 4 1/2 часа. Умеръ при постепенно развивав-шихся явленіяхъ коллакса.

Прим. На вскрытіи найдены типичныя картины тифозаго про-цесса и общаго гнойнаго перитонита.

Смерть черезъ 24 часа. Прим. При вскрытіи общій пе-ритонитъ.

Смерть черезъ 10 часовъ.

Смерть черезъ 10 часовъ. Смерть при нарастающихъ яве-ніяхъ коллакса.

Прим. Рѣзко выраженный гно-йный септический перитонитъ во всемъ нижнемъ этажѣ брюшной по-лости. Брюшина верхняго этажа

95. H. W. Mills. Lancet. 1898. Oct. 1. 875.	Женщина	Параметрит, вскрывшийся в полость брюшины.	Раньше страдала переломом. Около 18 мбс. назад был параметрит, вскрывшийся per vaginam. Это повторилось затѣмъ нѣсколько разъ. То же и въ настоящемъ случаѣ. Лежала въ постели и дѣлала горячія спринцеванія. Однако абсцесс вскрылся въ полость живота и наступили признаки общаго перитонита.	Животъ сильно вздутъ. Постоянная тошнота и рвота. Бредъ. Температура 39,5° С. Пульсъ 140.	Черезъ сутки приблизительно.
96. John Morgan. Lancet. 1899. Febr. 11, p. 372.	Женщина 27 л.	Прободеніе изъ желудка.	Раньше страдала ясно выраженными явленіями круглой изъѣвы желудка.	Животъ весь вздутъ, очень болѣзненъ, особенно въ лѣвомъ подреберьѣ. Печеночной тупости нѣтъ. Дыханіе учащено, поверхностно. Пульсъ частый, слабый, легко сжимаемый. Большая общая слабость.	Черезъ 8 часовъ послѣ прободенія. 8/x 1897.
97. Онъ же.	Женщина 27 л.	То же.	Болѣе года страдала ясно выраженными явленіями круглой изъѣвы желудка. Была кровавая рвота. За сутки до поступления, напившись чаю, почувствовала сильный боли въ области желудка, съ отдачей въ спину и лѣвое плечо. Скоро развилась упадокъ силъ.	Животъ вздутъ, напряженъ, очень болѣзненъ, особенно въ лѣвой сторонѣ до fossa iliaca. Бедрa приведены къ животу, печеночной тупости нѣтъ. Пульсъ нитевидный 156. Дыханіе учащено и поверхностно. Характерное, опуснувшееся лицо.	Черезъ сутки послѣ прободенія. 7/ii 1898.

2 разреза на уровнѣ пупка и надъ symphysis pubis, изъ которыхъ выдѣлился такой же гной. Кишки сильно воспалены, фибринозные отложения, кой-гдѣ мелкія спайки, болѣе сращеній плотныхъ нитѣй нѣтъ. Во всѣ раны введены толстые дренажи, промыто борнымъ растворомъ, а затѣмъ дренажи замѣнены іодоформными тампонами. Операция 1½ часа. Пульсъ затѣмъ упалъ.	Промываніе стерильной изъ іодоформной марли.	Тампоны	Выздоровленіе. Снята съ операціоннаго стола въ глубокомъ коллапсѣ. Подъ кожу стрихнинъ. Клизма изъ горячаго кофе съ виномъ и проч. возбуждающія. Постепенное выздоровленіе, во время котораго нѣсколько разъ наступала непроходимость кишечника, уступавшая, однако, терапевтическимъ мѣропріятіямъ. Прим. Черезъ годъ послѣ операціи была вновь здорова.
Разрѣзъ по средней линіи. Много старыхъ сращеній, такъ что трудно было вскрыть брюшину настолько, чтобы ввести 3 пальца. Изъ полости живота вытекло нѣсколько квартъ коричнево-вой, вонючей жидкости съ ключами и подъ конецъ около ниты густого, вонючаго гноя. Верхній отдѣлъ брюшной полости былъ до нѣкоторой степени защищенъ сращеніями. Промываніе стерилизованной водой. Тампоны изъ іодоформной марли.	Промываніе большими количествами борнаго раствора.	Тонкій дренажъ изъ каучуковой трубки.	Выздоровленіе. Постоперационное теченіе первое время гладкое. Дренажъ вынутъ, на 2-я сутки: отдѣлялось лишь немного серозно-кровоанной жидкости. Первые 8 дней питаніе регестив. Температура нормальна съ 10-го дня. На 13-й день поднятіе температуры и обнаруженіе мѣстной гнойникъ въ брюшной стѣнкѣ у раны. Послѣ вскрытія температура упала, давшееся теченіе безъ осложнений. Смерть. Послѣ операціи глубокой коллапсѣ. Несмотря на примѣненіе всѣхъ возбуждающихъ: солянаго раствора, стрихнина, кофеина и т. д., смерть черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи. Прим. На вскрытіи общій гнойный перитонитъ.
Эвиръ. Разрѣзъ по средней линіи. Въ брюшной полости вонючіе газы, мутный серозно-гнойный экссудатъ съ ключами и желудочнымъ содержимымъ. Легко найдено и защищено прободеніе на передней стѣнкѣ желудка. Полость живота очищена какъ въ предыдущемъ случаѣ. Всю операцію пришлось провести и закончить очень поспѣшно, такъ какъ больная была очень слаба.	То же.	То же.	

98. Page. Lanc. 1896. May 23.	Женщина 28 л.	Прободение язвы желудка.	Ранѣ страдала явными язвами желудка. Кровавая рвота и боли были неоднократно.	6 часовъ послѣ прободения. 17/ш 1896.
99. Page. The Lancet. 1898. Apr. 2, p. 930.	Женщина 21 г.	То же.	Много лѣтъ страдала желудочноными язвами. Во время тащевъ наступили признаки прободения.	Животъ очень вздутъ. Сильныя боли. Рвоты нѣтъ. Конечности холодны. Пульсъ 140.
100. Опп. же.	Женщина 22 л.	То же.	Ранѣ здорова.	Вздутие живота. Отсутствие печеночной тупости, рвота, сильныя боли. Угладокъ силъ не очень большой.
101. I. Perkins, a. S. Wallace. Clinical. Soc. of Lond. Lancet. 1900. Febr. 17, p. 458.	Мужчина 52 л.	Прободение язвы двенадцатиперстной кишки.	3 дня страдалъ болями подъ ложечкой, которая внезапно очень усилилась. 6 часовъ назадъ.	Животъ вздутъ, напряженъ, полное отсутствие перистальтики и печеночной тупости. Рвоты нѣтъ и не было.
102. Peyrol, Société de Chirurgie Gaz. des Hôpitaux 1897. 533.	Мальчикъ	Прободение червеобразного отростка.	5 дней назадъ заболѣлъ съ признаками аппендицита.	Общее состояние очень тяжелое. Пульсъ 140. Температура 38,5.

Прободение на передней стѣнкѣ желудка. Запивание. Полость живота очищена обильнымъ промываніемъ стерилизованной водой. Дренажъ къ мѣсту прободения и въ Дугласово пространство — стеклянный.	Промывание стѣнокъ ригидизированной водой.	Дренажъ.	Выздоровленіе въ 1 мѣсяцъ. Черезъ 2 часа послѣ операции изъ дренажной трубки вытекло около унции жидкости. Тогда изъ нея стали черезъ каждый часъ выбирать шприцемъ скопившееся отдѣляемое и такимъ образомъ за первые сутки высосано 28 унцій жидкости. Черезъ 2 сутокъ послѣ клизмы послабленіе; на 11-й день удаленъ дренажъ. Черезъ мѣсяцъ исполнѣнъ здоровья.
Разрѣзъ отъ scrobicul. cordis до пупка. Въ полости живота желтоватая жидкость. Кишки сильно вздуты, нѣсколько свѣжее снаекъ. Найдено и зашто прободение вблизи pylori. Полость брюшины по возможности очищена отъ фибрина. Надъ symphysis pubis въ разрѣзъ введенъ дренажъ въ малый тазъ. Промывание дончиста солянымъ растворомъ. Операция длилась 50 минутъ.	Промывание солянымъ растворомъ.	Дренажъ въ тазъ надъ symphysis pubis, верхняя рана зашита наглухо.	Смерть черезъ 24 часа. Послѣ операции упадокъ силъ. Пульсъ 170. Возбуждающія инъекція стрихнина, соляного раствора до литра, вино. Прим. Вскрытія не было.
Разрѣзъ по средней линіи выше пупка. Въ полости живота газы, жидкій экссудатъ и желудочное содержимое (изюмъ и коринки). Въ передней стѣнкѣ желудка найдены и зашиты 2 отверстия. Промывание стерилизованной водой какъ въ первомъ случаѣ. Дренажъ надъ symphysis pubis въ малый тазъ, рана надъ желудкомъ зашита наглухо.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Въ послѣдующемъ теченіи отмѣчается нѣкоторое время подъемъ температуры. Нѣсколько разъ была рвота. Прим. Черезъ 4 недѣли совсѣмъ здорова.
Разрѣзъ черезъ правый ml. rectus. Прободение найдено на границѣ 1-й и 2-й трети duodeni. Сосуды кишки явно налиты, порѣзаны признакомъ перитонита нѣтъ. Запивание. Эвакуация и очищеніе брюшной полости промываніемъ стерилизованной водой съ послѣдовательнымъ осушеніемъ компрессами. Дренажъ изъ марли къ мѣсту прободения, рана зашита.	То же.	Дренажъ изъ полоски марли къ мѣсту прободения.	Выздоровленіе. Выздоровленіе безъ осложнений. Полоски удалены на 2-й сутки. Послабленіе послѣ клизмы на 3-й день. Кормленіе per os начали съ 10-го дня.
Разрѣзъ надъ fossa iliaca. Appendix воспаленъ. Второй въ полости живота. Сдѣлавъ второй разрѣзъ надъ лѣвой fossa iliaca. Второй выпущенъ, брюшина возможно очищена промываніемъ. 2 толстыхъ дренажа и йодоформная марля.	Промывание.	2 дренажа тампонами изъ йодоформной марли.	Выздоровленіе. Скоро замѣтное улучшеніе. Но состояние долго оставалось очень опаснымъ и требовало усиленнаго примѣненія соляного раствора и возбуждающихъ. Всталъ на 60-й день. Прим. Въ ранахъ получилась небольшая грыжа.

103. Peyrot. Soc. de Chir. Gaz. des Hôpi- taux 1897. 583.	Здоровый молодой человек.	Прободение через образного отростка. Заражение при опе- рации.	Сразу заболеть очень тяжелыми явлениями. Боли, рвота, вообще явления пер- форативного аппендицита. Больная оперирована по поводу большой фибромы матки. Во время экстирпа- ции per l'aragot. вытекло из матки несколько сли- зисто-гнойной жидкости.	?	Искус- ственный начала бо- лезни.
104. Pische- vin et Petit. Sem. med. 1895. 385.	N. N.		Больная оперирована по поводу большой фибромы матки. Во время экстирпа- ции per l'aragot. вытекло из матки несколько сли- зисто-гнойной жидкости.	Состояние не описано.	Операция по поводу перито- нита 2 су- ток пос- ле первой операции.
105. Sidney Phillips a. Quarry Sil- cock. Lancet. 1899. March 25, p. 832.	Девушка 20 л.	Прободение языка желудка.	Страдала болями и дис- пептическими явлениями уже 3 года. Кровавой рво- ты никогда не было. Че- рез часть послѣ завтрака вдруг почувствовала силь- ную боль в области же- лудка и слабость, так что упала на полъ. Скоро по- сѣдовала рвота. Къ ве- черу температура была 37,7. Въ ночь продолжа- лись боли и рвота и на сѣдующий день, по совету врача, доставлена въ боль- ницу для операции.	Животъ болѣзненъ, осо- бенно въ верхнемъ отдѣлѣ въѣво. Жалуются на боли въ правой fossa iliaca, но тамъ нѣтъ притупленія, ничего не ощущается и болѣзненность при дотрогиваніи меньше. Не- оченная тугость ограничена крайни грудной кѣтки. Не- много въѣво и вверхъ отъ пупка ощущается наиболь- шая резистентность; здѣсь же, на ограниченномъ простран- ствѣ легкое приглушеніе тим- паническаго звука. Общее со- стояніе тяжелое. Пульсъ 120. Температура 38. Характерное, осунувшееся лицо, рвота.	33 часа послѣ про- бодения. 15/ix 1898.
106. J. Platt. Lanc. 1899. V. 1, p. 505.	Мужчина 37 л.	Прободение тифоз- ной язвы.	Поступилъ на 10-й день болѣзни съ ясными при- знаками брошного тифа. На сѣдующий день силь- ныя боли въ животѣ, а черезъ 2 часа температура стала 40,3° С. На утро рвота одинъ разъ.	Животъ вздутъ и напря- женъ. Языкъ сухъ. Запоръ. Пульсъ 96, правильныхъ, удо- влетворительнаго наполненія, дикротиченъ. Черезъ 17 ча- совъ исчезла печеночная ту- гость.	22 часа послѣ про- бодения. 17/xi 1898.

2 разреза надъ обѣими fossae iliacae. Выпущенъ гной изъ полости брюшины. Промываніе, 2 толстыхъ дренажа и йодо- формная марля.	Промы- ваніе.	2 толст. дренажа и йодоформа- ные тамп.	Выздоровленіе. Выздоровленіе. <i>Прим.</i> Передъ операціей изсѣдо- ванъ гной, вынутый на клеи-м-пи- цетъ, которыми были зажаты шпро- кія связки. Въ гною опредѣлены ста- филококки; они же, исключительно, найлены въ гною, изъ полости брюшины, взятомъ при операціи.
Эвиръ. Разрѣзъ по средней линіи выше пупка и дополнительный въѣво. Въ полости живота скопленіе небольшого количества серозно-гнойной жидкости. На паріеталь- номъ и висцеральномъ листкахъ брюшины пѣзные фибриновые налеты, кой-гдѣ склеены. Прободение найдено на передней стѣнкѣ и зашито съ трудомъ (вѣется ткань). Окружающіе прободенія очищена и промыта стерилизованной водой (новы- димо, не тщательное вымываніе брюш- ной полости). Рана зашита почти доверху, а къ вѣсту прободенія толстый жгутъ въ цѣписто-рутуной марлѣ. Продолжитель- ность операціи 1 1/2 часа.	Обильное промы- ваніе брюш- ной поло- сти соля- нымъ рас- творомъ.	Vagina была там- пони- рована и снизу гной дрен- ировъ, такъ какъ лежали клетки.	Выздоровленіе. Выздоровленіе. Ночь послѣ операціи провела спо- койно, болей и рвоты не было. Температура на второй день поды- лась до 38,4. Перевязка, вскорѣ послѣ которой рвота кислыми же- лтыми массами; вскорѣ послѣ этого повязка промокла такой же жид- костью, и установился желудочный свищъ. На 4-й день послѣ опера- ціи развился паротитъ, и темпера- тура поднялась до 39°, однако па- ротитъ не перешелъ въ нагноеніе. Понемногу отдѣляемое стало воно- чить. На 7-й день появились бо- лезненности и притупленіе въѣво подреберья. Подъ наркозомъ про- веденъ зондъ и сдѣлана контрапер- тура, а свищъ въ стѣнкѣ желудка зашитъ. Большая хорошо перенесла 2-ю операцію, послѣ которой рана стала гранулировать, и послѣдовало выздоровленіе. Желудочный свищъ закрылся послѣ зашивания. <i>Прим.</i> Выписалась черезъ 3 мѣ- сяца здоровой.
Полулунный разрѣзъ съ правой сто- роны живота. Въ полости живота немного газовъ и гнойной, съ примѣсью кака, жид- кости. Кишки очень вздуты. По необхо- димости экстензия, безъ чего нельзя было найти прободенія. Зашиваніе послѣдняго. Обмываніе кишокъ и брюшной полости горя- чимъ солянымъ растворомъ. Толстый дрe- нажъ къ малому тазу. Зашиваніе остальной раны. Продолжительность операціи 50 мин.	Промыв. Качушко- образный тол- стый дрe- нажъ внизъ къ малому тазу.	Качушко- образный тол- стый дрe- нажъ внизъ къ малому тазу.	Выздоровленіе. Выздоровленіе. Послѣ операціи оправился. Пер- вые два дня сильное вздутие, жагда, тошнота. Температура упала. На 3-й день значительное облегченіе послѣ клизмы съ терпентиномъ, и съ этого дня постепенное поправленіе до 15-го дня послѣ операціи, когда начался рецидивъ тифа, который перенесъ благополучно. Дре- нажъ удаленъ черезъ 2 нед., рана зажила въ 40 дней.

107. J. Platt. Lane. 1899. V. 1, p. 505.	Юноша 17 л.	Прободение тифозной язвы.	Поступил 22/х 1898 вследствие брюшного тифа, протекавшего в тяжелой форме благополучно до 28-го дня.	На 28-й день рвота, к вечеру рвота и вздутие живота, печеночная тупость исчезла. В ночь живот еще больше вздулся, пульс стал 140.	18 часов после прободения, 20/х 1898.	Разрѣз крестом сива. Скоро найдено гнойный съ каломъ экзудатъ. Стѣнки кишки рвется, зашивание было трудно. Кишки не сильно вздуты, почему обошлось безъ эквентраціи. Промывание и дренажъ какъ въ предыдущемъ. Продолжительность операціи 40 минутъ.	Промыв. большимъ толстымъ дренажемъ горячего соляного раствора.	Каучуковый толстый дренажъ вшитъ къ малому газу.	Смерть. После операціи глубокой коллапс, но после вливанія въ вену 2 шпиг. теплаго соляного раствора больной оправился; однако коллапс скоро возобновился, и черезъ 8½ часовъ после операціи смерть. Прим. На вскрытіи найдены общій перитонитъ. Въ тонкой кишкѣ еще нѣсколько язв. Прободение зашито и нити хорошо держатъ.
108. Онъ же.	Мужчина 22 л.	То же.	Поступил на 10-й день болѣзни, страдая тяжелой формой брюшного тифа. На 20-й день болѣзнь ночью появились сильная боли въ животѣ.	На утро животъ сильно вздутъ и очень болѣзненъ. Лицо осунулось, блѣдно, а на 20-й день вечеромъ печеночная тупость.	Черезъ 19 часовъ после прободения, 20/х 1898.	Крестомъ разрѣзъ сива. Въ полости живота газы и около ниты гнойной, съ примѣсью кала жидкости. Кишки умеренно вздуты. Прободение легко найдено и зашито. Полость живота тщательно промыта горячимъ солянымъ растворомъ; дренажъ въ тазъ, остальная часть раны зашита. Продолжительность операціи 45 минутъ.	То же.	То же.	Смерть. Больной после операціи оправился, но затѣмъ скоро опять сталъ слабѣть и умеръ на 2-я сутки после операціи. Прим. На вскрытіи общій перитонитъ. Много кишечныхъ язв. Прободение хорошо зашито.
109. Quénu. Disc. de la Soc. de Chir. Gaz. des Hô- pitaux 1897. 597.	Мужчина.	?	После пневмоніи, осложненной гнойнымъ плевритомъ, вдругъ явленія со стороны живота. Боли, вздутие, скопление жидкости.	?	?	Разрѣзъ надъ лѣвой fossa iliaca. Вытекло 3—4 литра гноя. Весь тазъ наполненъ гноемъ. Проведя длинный кривой зондъ въ правую сторону, на него сдѣлали контрапертуру и ввели дренажъ. Промывание пропускаемъ 12 литровъ кипяченой воды.	Промывание 12 литр. воды.	Дренажъ. ?	Выздоровление.
110. Marmaduke Scheild. Lancet. 1895. March 2. 534.	Женщина 31 г.	Прободение желчного пузыря при брюшномъ тифѣ.	Заболѣла брюшнымъ тифомъ. На 11-й день болѣзни вдругъ сильная боль въ животѣ и коллапс, заставивши думать о прободеніи. Однако, дѣло обошлось въ послѣдующіе дни, и боли прошли. Явленія были не очень остры, почему не приступали къ операціи, такъ какъ надеялись, что не произошло полной перфорации съ выходомъ кишечнаго содержимаго. Въ концѣ второй недѣли болѣзнь случилась обострение тифознаго процесса. На 18-й день болѣзнь сильная боли, заставивши думать о прободеніи. Положение быстро ухудшалось. На слѣдую-	Животъ вздутъ и очень болѣзненъ, особенно въ правую сторону надъ пупкомъ. Газы и испражнения не отходятъ. Общее состояніе очень плохое. Пульс 140, слабый, нитевидный; темпер. 19,4. Языкъ не обложенъ. Сознаніе ясное. Лицо осунувшееся, характерное для перитонита. Сознаніе ясное.	48 часовъ после наступленія болѣи, 1/х 1894.	Анестезирующая смѣсь (?). Разрѣзъ по средней линіи. Эквентрація, вздутыя кишки запернуты по впадину салфетку и отложены вверхъ кверху. Сразу стало ясно, что исходный пунктъ болѣзни лежитъ въ правомъ подреберьѣ, гдѣ наиболее резко выражены воспалительныя явленія: немого серозно-гнойной жидкости, фибринозные отложения на печени и прилегающихъ кишечныхъ петляхъ. Желчный пузырь растянутъ, стѣнки его утолщены, резко воспалены и обильно покрыты фибринозными отложениями. На стѣнкѣ пузыря и въ ней прободение. Камней не оказалось. Подшить пузырь къ ранѣ не удалось, такъ какъ онъ легко рвался и плотно приросъ. Вставленъ дренажъ и тампонадой отторгающъ пузырь отъ кишечныхъ петель и полости живота. Все по возможности очищено, область печени промыта горячей водой и повторно очищена губками. Сильно вздутый со-	Промывание горячей водой.	Стеклянный дренажъ и обильная тампонада въ области желчного пузыря.	Выздоровление. Къ вечеру дня операціи слабость, пульсъ съ 148 упалъ до 108. Температура пала до 37,6°. Питание per rectum. Рвота постепенно прекратилась. На 3-й день состояніе хорошо. Перевязка, дренажъ остаются, полоски удалены съ трудомъ затрудненіемъ. Даны слабительныя соли. На 4-й день про-слабло и стало много лучше. При перевязкахъ дренажная трубка наполнялась антисептическою жидкостью, которая затѣмъ высасывалась, и такимъ образомъ очищалась дренажъ. Отдѣленіе было довольно обильно. На 7-й день стеклянный дренажъ зашнурованъ резиновымъ. Желчь не отдѣлялась въ рану. Рана хорошо поджила въ 4 недѣли, и больная вышла изъ больницы съ небольшимъ свищомъ.

111. Raymond Schaw. Br. med. Journ. 1898, p. 815.	Дѣвушка 20 л.	Прободеніе изъязы желудка.	мій 19-й день нельзя было оперировать изъ-за коллапса. Къ 20-му дню немного оправилась; операция. Около года дѣлалась отъ изъязы желудка. Сильнѣйшія боли подъ ложечкой наступили вдругъ послѣ ѣды. Уже черезъ 2 часа пульсъ 120, температура 37,8°.	Сильныя боли. Вздутье живота нѣтъ. Печеночная тугопостоять отсутствуетъ.	12 часовъ послѣ прободенія. 24/VI 1897.
112. Russel Stide. Lanc. Aug 1895. 264.	Дѣвушка 21 г.	То же.	Около 6 мѣсяцевъ страдала диспептическими явлениями и болями въ области желудка. Вдругъ, среди относительно полного здоровья, сразу сильныя боли, слабость, рвота.	Животъ напряженъ, вздутъ, умирено. Дыханіе поверхностно. Печеночная тугопостоять. Отсутствіе испражнений и газовъ. Перехъ операцией значительное ухудшеніе общаго состоянія. Вздутье больше. Отмѣчается присутствіе выпота въ полости брюшины. Температура 99° F.	Операция черезъ 19 часовъ послѣ прободенія. 18/XI 94.
113. E. Siegel Beiträge z. kl. Chir. 98. Bd. XXI. H. 2. 3. 395, случ. III.	B. St. Торговецъ 45 л.	Рана книжалою.	12/VI 96 въ первомъ часу ночи получилъ рану книжалою въ 15 см. длины въ животъ. За 3 часа до того много ѣлъ и выпилъ около 1 1/4 литра пива.	Въ лѣвомъ подреберьѣ на 3 пальца ниже края реберъ находится колото-рѣзаная рана въ 4 см. Кровотеченіе и болячизна умирены. Въ лѣвомъ подреберьѣ отъ края реберъ до Пупартовой связки, соотвѣтственно положенію солон descendens, припузаніе, не печашающее съ перемѣною положенія. Температура 37,4. Пульсъ 96. За ночь рвота и увеличеніе болей въ животѣ.	Операция, какъ видна по изъясненію, утромъ того же дня. (Точно не указано.)

ascendens были опорожнены пункцией, отверстие зашто и кишки вправлены. Операцию перенесла удовлетворительно. После промывания горячей водой пульс поднялся.	По вскрытии живота вышли газы и вытекла жидкость, много фибринозных отложений, особенно на желудке и печени. Контрапертура надъ symphysis pubis. В тазу также обильный экссудат. Перфорация находилась на передней стенке желудка; зашивание и пластика изъ салышка. Полость живота промыта большим количеством горячей воды. Стекланный дренажъ черезъ илжнюю рану въ Дугласово пространство. Тампоны изъ марли подъ печень и къ зашитому мѣсту перфорации. Продолжительность операции 1 1/2 часа.	Промываніе большимъ количествомъ горячей воды. Стекланный дренажъ въ илжнюю рану въ Дугласово пространство. Тампоны изъ марли подъ печень и къ зашитому мѣсту перфорации.	Стекланный дренажъ въ мѣсту перфорации и печени.	Прим. Черезъ 7 недѣль показывалась. Носила брюшной поясъ. Оставался неглубокой маленный свищикъ, который по дальнѣйшимъ свѣдѣніямъ скоро закрылся. Выздоровленіе. Операцию перенесла хорошо. Жидкая пища разбита съ 3-го дня. На 3-й день удалены полоски марли, на 7-й — дренажъ. Прим. Черезъ 10 мѣсяцевъ была вполне здорова.
По вскрытии полости живота ниже пупка вытекла гнойная жидкость съ ключами фибрина. Сразу коллапсъ: выливаніе въ вену 1 pinty солянаго раствора. Разрѣзъ продѣланъ выше пупка. Перфорация на передней стенке желудка. Зашиваніе. Стекланный дренажъ въ илжній уголъ раны и тщательное промываніе и ошпаченіе полости живота горячимъ солянымъ растворомъ. Операция продолжалась 1 1/2 часа.	Промываніе солянымъ растворомъ и ошпаченіе. Температура раствора 108° F. = 42,2 C.	Дренажная трубка въ мѣсту прободенія. Трубки Keith'a въ илжній уголъ раны.	Смерть черезъ 3 1/2 часа послѣ операции. После операции коллапсъ, который удалось побѣдить выливаніемъ возбуждающихъ, но скоро снова началось паденіе дѣятельности сердца и послѣдовала смерть. Прим. Общій перитонитъ. Въ bursa omentalis найдено еще прободеніе, желудочное содержимое и всѣ признаки развившагося перитонита. Швы на передней стенке держатъ хорошо. Смерть 14/VI при явленіяхъ быстро протекающаго гнойнаго перитонита. Прим. На вскрытіи всѣ признаки общаго перитонита.	
Очень жирная брюшная стенка. Разрѣзъ отъ мечевиднаго отростка до 4 см. выше пупка. Изъ полости живота вышли газы и кровинистая, мутная жидкость безъ запаха испражнений. Изъ верхняго угла раны поперечный разрѣзъ въѣво. Найдено поврежденіе lig. gastro-colicum, гдѣ перервана артеріальная вѣтка. Bursa omentalis наполнена кровью и желчи-содержащей жидкостью. Зашиваніе раны въ желудкѣ, промываніе брюшной полости солянымъ растворомъ. Зашиваніе брюшной стенки.	Промыв. сол. р-номъ. Разрѣзъ продѣланъ было не тщательно, т. е. указ., что призна- ния припузанія брюшной стѣнки вытекало много мутной жидк. изъ лѣваго подреберъ.	Иодоформная полоска въ мѣсту раны въ лѣвомъ подреберьѣ.		

114. Silcock. Aesclaping Soc. of Lon- don. Lane. 1897. Febr. 6. 382.	Молодая женщина 25 л.	Прободо- ние извы- желудка.	Ранга дѣлилась отъ извыжелудка. Вдругъ силь- ны боли въ области же- лудка и признаки прободо- ния. Черезъ 24 часа до- шло. Умалою силъ. Пузырь ставлена въ St. Mary's Hospital.	Животъ сильно вздутъ. Сильная боли. Вездѣ тимпа- нитъ, печеночной тупости нѣтъ. Общее состояніе тяже- лое. Умалою силъ. Пузырь 100. Температура 37,8. Ды- ханіе поверхностное около 20 въ мин.	24 часа послѣ про- боденія. 12/VI 1896.
115. В. Сне- гиревъ. Маточныя кровотеченія. Москва 1900. Изд. III.	Е. П. Кре- стьянка.	Зараженіе при опе- раціи hyster- ectomiae.	Оперирована по пово- ду can. coli uteri, начало какового заболѣванія от- носитъ годъ назадъ. 14/VI 1895 произведена hyste- rectomia. При операціи въ полость малаго таза по- ставленъ дренажъ по Mi- kulisz'y.	Упорный запоръ, животъ сильно вздутъ. Постоянная рвота. Сознаніе затемнено. Возбужденное состояніе.	На 5-й день послѣ первой операціи.
116. Tavel u. Lanz. Mitt. a. Klini- ken u. Med. Instit. d. Schweiz. I. R. N. 1. 1893.	Г-жа F. 65 л.	Зараже- ніе при резекціи кишки.	16 лѣтъ назадъ было уще- мленіе бедренной грыжи, въ результатъ чего fistula stercoralis, которая не за- живаетъ. Сдѣлано исцѣле- ніе свища, кишка вытѣ- нута въ рану и резек- тирована. Приводящая часть очень широка, отводящая напротивъ. 29/VI 1892.	Общее состояніе хорошо первые дни, затѣмъ появи- лись признаки непроходи- мости, поднятіе температуры и явленія перитонита.	5 дней послѣ пер- вой опера- ціи. 4/VI 1892.
117. Оппе. G. Chevro- let 30 л.	Г. Chevro- let 30 л.	Аппенди- цитъ.	Былъ вскрытъ перитонитическій гнойникъ. Черезъ 2 мѣсяца вдругъ, въ нѣсколько часовъ острый коллапсъ.	Животъ весь вздутъ и вездѣ, особенно надъ Пупар- товой связкой справа, очень болитъ. Цианозъ, очень сильный, похолоданіе конеч- ностей. Языкъ сухъ, обло- аенъ.	4/VI 1892.

Разрѣтъ въ лѣвомъ подреберьѣ, вышло много газовъ. Найдено прободеніе на пе- редней стѣнкѣ желудка, изъ котораго въ полость живота вытекло содержимое желудка. Признаки перитонита, отложе- нія фибрина. Полость брюшины по возмоз- ности очищена компрессами и припудрой. Тампонъ изъ марли къ мѣсту зашитаго прободенія. Рана зашита.	Промыва- ніе при- пудрой и содою. Рану зашили.	Марлевая турунда въ мѣсту пробо- денія.	Выздоровленіе. 10 дней питаніе per rectum, съ 10-го дня понемногу жидкая пища. Рана зажила черезъ нагное- ніе; въ общемъ поправленіе безъ осложненій. Выписалась изъ боль- ницы черезъ 47 дней. Прим. Судя по найденному при операціи количеству излившагося содержимаго желудка и выражен- ности признаковъ перитонита, слу- чай представлялъ лишь очень мало надежды на выздоровленіе. По даль- нѣйшимъ свѣдѣніямъ черезъ 3 мѣс. была совсѣмъ здорова и вышла за- мужъ.
По вскрытіи живота найдены фибри- нозно-гнойный экссудатъ на кишкахъ, мочевого пузыря и въ маломъ тазу. Кишки многихъ мѣстахъ склеены и прира- щены въ маломъ тазу. При извлеченіи и раздѣленіи петель кишекъ найдены не- претъ и ущемленіе среди склеекъ. На глазахъ возстановилась проходимость. Эксу- датъ удаленъ. Промываніе солянымъ рас- творомъ. Дренажъ по Mikulisz'y.	Промыва- ніе соля- нымъ рас- творомъ.	Дренажъ изъ марли.	Выздоровленіе. Уменьшеніе вздутия и послабле- ніе на низъ на слѣдующій день. Постепенное выздоровленіе въ те- ченіе мѣсяца.
Лапаротомія надъ Пупартовой связкой. Вытекла желтоватая, мутная жидкость безъ запаха. На мѣстѣ резекціи и кишечнаго шва оказалось маленькое прободеніе. По- лость живота промыта обильно солянымъ растворомъ съ содой. Дренажъ надъ лѣвой lig. Pupartii. Перфорация тщательно зашита.	То же.	Дренажъ подъ лѣвой Пу- партовой связкой.	Смерть. Скончалась на слѣдующій день при возрастающихъ явленіяхъ кол- лапса.
Разрѣтъ надъ Пупартовой связкой, вы- текло много гнойнаго гноя. Предлежащая и вытѣнута въ рану кишки покрыты фибриномъ. Общій перитонитъ.	?	?	Выздоровленіе. Выздоровленіе полное. Разрѣтъ надъ лѣвой Пупартовой связкой закрывался медленно, тогда какъ справа образовался anus praeferna- turalis, потребовавшій операціи re- sectio intestini, съ успѣхомъ сдѣлан- ной 18/VI 1892.

118. Toogood. Lancet. 1898. Jan. 15, p. 158.	Дѣвушка 21 г.	Прободеніе извы желудка.	Животъ вздутъ и напряженъ. Печеночной тупости нѣтъ. Большой упадокъ силъ. Пульсъ 130. Дыханіе очень учащено (34) и поверхностно.	14 часовъ послѣ прободенія. 17/х 1897.	
119. Turner. St. Georges Hospital. Lancet. 1900. May 5, p. 1277.	Мужчина 58 л.	Подкожный разрывъ кишки.	Имѣлъ много лѣтъ грыжу. Въ тотъ же день пелъ на головѣ кусокъ свинца, споткнулся и при паденіи грузъ упалъ на лѣвую половину живота и лѣвый пахъ. Послѣ удара грыжа тотчасъ вправилась. Очень сильная боль, нѣсколько разъ вырвало.	При поступленіи сильная боль и значительный упадокъ силъ. Подробное изслѣдованіе невозможно благодаря боли. Низъ живота и область мошонки ушиблены, ссадины. Опухоль нѣтъ. Рвота коричневыми массами. Катетеромъ выпущена нормальная моча. Определенъ разрывъ кишки и рѣшено оперировать; однако больному дать согласіе лишь черезъ 5 часовъ послѣ поступленія, когда усилились боли и появилась припухлость стѣнки живота и опухоль мошонки.	Менѣе 10 часовъ послѣ прободенія. 31/III 1898.
120. Owen Thurston and Charles Box. Lancet. 1899. Apr. 1, p. 897.	Дѣвушка 17 л.	Прободеніе круглой извы желудка.	Ранѣ страдала диспепсическими явленіями съ признаками круглой извы (кровоая рвота). Вдругъ сильная боль вскорѣ послѣ ѣды. Скоро рвота. Боли продолжались, черезъ 12 часовъ отвезена въ больницу.	Животъ умеренно вздутъ и весь болѣзненъ. Напряженія и газы не отходятъ. Напряженіе стѣнокъ очень сильное. Признаковъ развитіи экзудата нѣтъ. Печеночная тупость очень уменьшена. Темпер. 37,8. Пульсъ 124.	13 1/2 час. послѣ прободенія.

Въ полости живота газы и около 400,0 темнаго экзудата, сѣяннаго съ содержимымъ желудка. Прободеніе въ передней стѣнкѣ желудка, вокругъ него нѣсколько сращеній съ брюшной стѣнкой. Запирание, раздѣленіе сращеній. Обильное промываніе (нѣсколько галлоновъ) стерилизованной водой 1° 43° С. Особое вниманіе обращено на поддиафрагмальныя области и Дугласово пространство. Полоски марли въ верхній отдѣлъ раны. Стеклопная трубка въ нижній отдѣлъ.	Промываніе большимъ количествомъ стерилизованной воды 43° С.	Дренажъ стеклянный въ тазѣ, полоски марли въ верхній отдѣлъ раны.	Выздоровленіе въ 64 дня. Въ тотъ же вечеръ вынуты полоски. Полоска вправо суха; вѣнво пропитана отдѣляемымъ, почему первая вынута вовсе, вторая введена снова, сѣкая. Дренажъ вынутъ черезъ 60 час. Выписалась 20/х 1897.
При операціи въ мошонкѣ найдено hydrocele и пустой грыжевой мѣшокъ, изъ котораго вытекло небольшое количество коричнеато-окрашенной, не очень вонючей жидкости. Рана продолжена вверхъ и скоро въ полости живота найдена разорванная петля тонкой кишки съ неправильнымъ надрывомъ въ 3/4 дн. Запирание. Въ полости живота кой-гдѣ фибринозная отложка. Полость живота промыта горячей водой, въ верхній отдѣлъ раны вставленъ стеклянный дренажъ и рана зашита много-этажнымъ швомъ. Рана мошонки дренирована. Продолжительность операціи 1 1/4 часа.	Промываніе большимъ количествомъ горячей стерилизованной воды.	Стеклопный дренажъ.	Выздоровленіе. Операцію перенесъ хорошо. На слѣдующій день рвота, боли въ животѣ. Пульсъ 102. Температура нормальная. Языкъ сухъ, но не обложенъ. Стеклянный дренажъ замѣненъ двумя каучуковыми. На слѣдующій 2-й день пульсъ 84, температура нормальная, самочувствіе хорошо. На 3-й день послабленіе и стать хорошо поправляется. 5 дней питаніе per rectum, потомъ понемногу стали кормить. Дренажъ удаленъ на 18-й день.
Эноръ. Разрѣзъ по лѣвому ml. rectus. Въ брюшной полости умеренное количество мутнаго экзудата. На желудкѣ и прилежащихъ къ rugosus печени и кишечныхъ петляхъ нѣбный фибринозный налетъ. Прободеніе находится на передней стѣнкѣ въ центрѣ большого инфильтрованного участка. Изъ него выступаютъ газы и желудочное содержимое. Прободеніе зашила, ввернула всю инфильтрованную часть. Окружающіе его, особенно область селезенки, очищена губками, послѣ чего тщательно промыта солянымъ растворомъ брюшная полость, кровъ bursa omentalis. Въ маломъ тазу скопленіе экзудата, почему сдѣлана контрпертура надъ лобкомъ и введенъ стеклянный дренажъ по Keith'у. Полость живота снова возможно осушена	Промываніе большимъ количествомъ стерилизованной соляного раствора.	Дренажъ изъ марли въ мѣсту прободенія и стеклянный въ малый тазъ.	Выздоровленіе. Операцію перенесла хорошо. Вздутія живота не было, боли прекратились. Рвота держалась въ первые 2 дня, но не часто и безъ мучительной тошноты. Изъ стеклянного дренажа шло много серозно-кровоанного отдѣленія, почему въ него введенъ фитиль изъ гипоскопической марли. Дренажъ удаленъ черезъ 32 часа и назначена клизма, принесшая большое облегченіе. Питаніе per rectum. Введеніе соляного раствора съ виномъ per rectum. Напряженіе послѣдовало произвольно на 3-й день, послѣ чего пошло быстрое поправленіе. Тампонтъ къ мѣсту прободенія вынутъ

121. Randolph. Winslow. Baltimore. Anal. of Surg. XXVIII. Dec. 1898, p. 487.	Р. Д. Бѣлый 60 л.	Огнестрѣльная рана, проицающая в брюшную полость.	21/xi 1893 вечером получил огнестрѣльную рану в животъ изъ револьвера. Сперва доставленъ домой, а вѣ больницѣ на слѣдующій день. Все время находился въ удовлетворительномъ обществѣ.	Входная рана на 4 дм. внутри отъ spina ant. superioris правой стороны. Пуля, пройдя сквозь iпсm, очутилась подъ кожей правой ягодицы.	Операция черезъ 22 часа послѣ повреждения. 22/xii 93.
122. Онъ же.	S. T. Негръ 12 л.	То же.	4/ix 97 получил огнестрѣльную рану изъ револьвера kal. 22.	Рана находится на средней линіи живота, немного выше, на половинѣ разстояніи отъ мечевиднаго отр. до пупка.	Операция черезъ 6 часовъ послѣ повреждения. 4/ix 97.
123. Онъ же.	T. F. Негръ 23 л.	Рана двѣнадцати-перстной кишки.	Получилъ рану изъ револьвера 14/ix 97. 11 час. вечера и доставленъ въ больницу. 9 час. утра въ клинику.	Рана находится въ правой боковой стѣнкѣ живота у верхушки хряща 11 ребра. Рвота послѣ повреждения, послѣ крови.	Операция черезъ 11 часовъ послѣ пораненія.

губками. Къ мѣсту прободенія марлевый тампонъ.	Хлороформъ. Разрѣзъ въ области входнаго отверстия. Въ полости живота ступки крови, фекальные массы и нѣсколько частей одежды. Тонкая кишка близъ valv. Bauhinii повреждена въ 4 мѣстахъ. Зашиваніе отверстій. Полость живота промыта. Область раны тампонирована марлей, выведенной наружу. Небольшое зашиваніе брюшной стѣнки, повязка.	Промываніе горячей кипяченой водой.	Дренажъ изъ марли въ область раны и поврежденія кишки, до мѣста поврежденія задней стѣнки живота.	на 4-й день, но его пришлось снова вставлять до 14-го дня. Дальнѣйшее теченіе осложнилась angina follicularis. Питаніе per os началось съ 11-го дня. Выздоровленіе въ 5 недѣль. Выздоровленіе. Операция вызвала небольшой упадокъ силъ, скоро прошедшій. То до операции была 101 F., послѣ операции 99,4 F. Пульсъ: до—104, послѣ—120. Въ дальнѣйшемъ выздоровленіе безъ особыхъ осложнений. Турунды удалены на 6-й сутки. Прим. Черезъ 2 недѣли появились инфильтратъ въ правой подвздошной ямѣ, а на слѣдующій день флюктуирующая опухоль, пульсация и свѣжее кровотеченіе, вслѣдствіе поврежденія глубокой art. circumflexa ilei, которая и была перевязана. Далѣе быстрое и полное выздоровленіе.
Разрѣзъ по средней линіи. Найдено поврежденіе лоскутъ края правой доли печени на глубинѣ 1 дм. Далѣе пробить colon transvers. и въ 5 мѣстахъ тонкая кишка. Въ полости живота ступки крови и вытекающее изъ всѣхъ отверстій кишечное содержимое. Брюшина очищена, тампонада изъ марли къ мѣсту раны печени. Тампоны выведены въ брюшную рану, которая частью зашита.	?	Тампонада изъ марли.	Выздоровленіе. Операцию перенесъ хорошо. Въ первое время усердно принимался возбуждающій. Первое время питаніе per rectum. На 2-й день клизма, вызвавшая послабленіе. Животъ мягокъ, но болѣзненъ. Съ 4-го дня начато питаніе per os маслянымъ сокомъ. Тампоны удалены на 4-й день. Прим. Три недѣли жидкая пища. Черезъ мѣсяцъ возвратился къ обычному образу жизни.	
Хлороформъ. Въ полости живота темная кровь, желчь и содержимое желудочно-кишечнаго канала, которая по тяжести опустилась до таза. Пуля прошла между желудкомъ и печенью и ранила 12-перстную кишку въ верхнемъ отдѣлѣ. Зашиваніе раны очень трудно, но удалось. Полость живота тщательно промыта горячей кипяченой водой и очищена компрессами. Поставлены толстые стеклян-	Тщательное промываніе кипяченой стерилизованной водой.	2 стеклян. толстыхъ дренажа въ обл. печени и въ малый тазъ. Марлевый турунды.	Выздоровленіе. Питательная и водянная клизмы каждые 3 часа. Перевязка ежедневно; изъ дренажныхъ трубокъ отдѣляется жидкость, которая постепенно уменьшается. На 3-й день удалены трубки и часть полосокъ. Съ этого дня небольшими порціями молоко per os. На 4-й день удалены оставшіяся полоски. Черезъ	

124. Randolph Winslow. Baltimore Annals of Surg. XXVIII. Dec. 1898, p. 487, случ. № VII.	Е. А. В. 44 л.	Огне- стрельное ранение полости живота.	2 часа назад получив рану пулей вправо от средней линии 1 дм. выше пупка.	Общее состояние хорошо.	2 часа после поврежде- ния. 6/IX 1897.
125. Whipple. Br. Med. Journ. Nov. 5. 1898, Carr. Hilde- brand's Jahresb.	Мужчина 38 л.	Прободе- ние язвы двенад- цати- перстной кишки.	Ране много страдал диспептическими яв- лениями. Вдруг сильные боли в живот, коллапс.		Через 3 суток после про- бодения.
126. В. Зы- ков. Моск. дисс. 1900.	Евгения Ш. 26 л.	Заражение при опера- ции эхино- коккото- ми.	Обратилась с жалобой на боль под ложечкой, диспептические явления. Последние 2 года сильно похудела.	При исследовании в кли- ник найдена опухоль по средней линии в подложеч- ной области. Диагностика эхинококка печени, который и оперирован 9/х 1897. Во время операции часть нагноившегося содержимого эхинококковой кисты попала в брюшную полость. Со 2-го дня явления раздражения брюшины. К вечеру 11/х тяжелая картина разлитого перитонита, почему вторичная лапаротомия. Очень тяжелое состояние. Пульс 140. Тем- пература 39,5. Непрерывная рвота; вздутие и чрезвычай- ная болезненность живота.	Около 21/2 суток после 1-й операции. 30 часов после на- чала язве- ния 11/х 1900.

ные дренажи к ране кишки и в малый таз, рядом с ними марлевые тампоны. Средина раны зашита.					
Лапаротомия. Найдено 6 пулевых от- верстий в тонких кишках и 1 в сал- ник. Зашивание. Полость живота промыта кипяченой водой, заведено несколько по- лосок марл, выпущенных наружу. Рана зашита почти на всем протяжении.	Промыва- ние пере- кишеч- ной водой.	Дренаж из мар- левых полосок.			2 ведра уже получал яйца, хлбб, суть. Прим. Все течение прошло очень гладко. Рана зашита вторично на 12-й день и быстро зажила. Пузы вышла per rectum на 16-й день и оказалась конической кал. 38. Выздоровление. На следующее утро 1° 39,2° С. Пульс 112, дыхание 36. После полудня пульс 142. Вздутие жи- вота, рвота, признаки перитонита. Распух 1 шов, вытнуты по- лоски, вытекло порядочное количе- ство серозно-кровянистой жидкости. Снова тампонада. Температура по- степенно упала, общее состояние улучшилось. Питание per rectum 3 дня. С 3-го дня жидкая пища с 3-й недели твердая. Выздоро- вел в шов 24 дня.
При операции найдены общий перито- нит. Прободение в передней стенке первой трети duodeni. Зашивание. Про- мывание брюшной полости. Дренаж.	Промыва- ние.	Дренаж.			Смерть через 8 часов после операции.
Комбинация мѣстного и общего наркоза. Выдыхание кислорода. Разрезъ слева надъ Пупартовой связкой. Вытекло много се- розно-кровянистой жидкости. В пилеи уголъ прежняго разреза ввести яточ- ный наконечник и через него промыва- ние 10 литрами соляного раствора 38°С(?). Сначала въ моментъ разреза надене пульса, потомъ при промывании состояние очень улучшилось: пульс 120, дыхание 20.	Промыва- ние 10 литрами соля- ного рас- твора.	Повиди- мому, при- мѣнялся.			Выздоровление. Через сутки после операции опять появились признаки перито- нита, почему под общим нарко- зом повторено промывание. Рана раскрыта и, какъ въ первый разъ, сдѣлано промывание 3 ведрами стерилизованнаго соляного раствора. Снова улучшение, и дальѣйшее те- чение представляло уже гладкое вы- здоровление. Въ клиникъ наблюда- лась довольно долго, такъ какъ заклиwienie шитаго эхинококковаго мѣшка шло медленно. Никакихъ осложнений въ послѣдующемъ те- чении не было.

Gaz. Hebd. de
Med. et de
Chir. 1898.
Dec. 18.

Berthe P.
36 J.

Перфорация желчного пузыря, может быть вследствие удара ногой въ животъ, и желчные камни.

7 зѣтъ до наступления болѣзни были желчно-каменные колики. 7/ix 98 припадокъ сильныхъ болѣй, какъ 7 зѣтъ назадъ. Тошнота. Продолжительность приступа 5 дней. Черезъ 5 дней болѣи утихли. Усилилась тошнота, лихорадка. Состояніе все ухудшалось, на 7-й день поступила въ больницу.

При поступленні в станцію не очі очі тяжіло. Ліхорадка не велика, пульс 100, хоч-то на-рошій. Живіть в заду, умі-ренню, боїзнєй при опу-щєнні більше в області жєлєзної пупури. Припух-лєня нигдє не озмєчаєтєся. Жєстукє вираженє очє слє-бо. Лєчєнє вєдєлєтєлє: гєдє, опій, пєкоє, цєлєщєна-водє. Вє першєй дєнь уч-щєнє ошєго станєнєя. Т° 39,2. На слєдуючєй дєнь рїзкєє ухуждєнє. Пульс 120°; ухуждєнє за дєнь прєгрєссуєтє. Явлєня пєритонєя. Вє 5 часовєй дєнє опєрацєя.	Опєрацєя приблиз-но тєль-но на 8-й дєнь по-слєд-нєр-форєнє, 15/х 98.
---	--

Операція
приблизно на
8-й день
послѣ пер-
форациі.
15/ix 98.

Хлороформ. Разрѣзъ отъ мѣсцнаго отростка до пупка. Сейчасъ же потекъ гной съ желчью. Вышли вздутыя, воспаленныя кишечныя петли и салники. Изъ пнянаго отѣла раны съ правой стороны вытекаеть серозно-гнойная жидкость. Введенной въ разрѣзъ рукой къверху и вправо обнаружены и вытиснены еще скопленія гноя, а изъ глубины удалены 2 желчныхъ камня. Перфорация кишки или желчепроводящихъ органовъ на операціи не найдено.

Промыва- ние поло- сти пере- кипячен- ной водой.	Дренаж.
--	---------

Смерть через 4½ часа от слабости и коллапса.

Прим. На вскрытии найдена обширная перфорация дна желудка пупыры. Перитонит общий, сосредоточенный по выраженности патолого-анатомических изменений в правую отбда брюшной полости по протяжении восходящего отбда толстой кишки и у начала ее перехода в поперечную. Appendix по состоянию не изменен. Брюшина малого таза повидному нормальная. Сращений повидному совсем не было, так как в подробном акте вскрытия о них не говорится. При бактериологическом исследовании содержимого найдено 4 вида микроорганизмов: почти пять *Bact. coli* comm., стрептококки, стафилококки и еще опасная более подробно описанная.

Т А Б Л И Ц А И.
Случаи, гдѣ при операциі прижился дренажъ безъ предварительнаго промыванія брюшной полости.

Авторъ и годъ.	Возрастъ и полъ больного.	Причина возникновенія перитонита.	Анамнезъ.	Status praesens.	Сколько времени спустя послѣ начала явлений перитонита приступило къ операциі.	Описаніе операциі.	Промываніе.	Дренажъ.	Исходъ и послѣдующее теченіе.
1. Bennet. Lancet 1898, Febr. 26. 365.	Женщина 26 л.	Прободеніе изъ желудка.	Много лѣтъ страдала диспептическими явленіями. 3 дня назадъ нагнувшись почувствовала сильную боль въ области epigastrii. Наступила рвота и слабость.	Животъ вздутъ, весь боленъ. Большой упадокъ силъ. Пульсъ слабый и частый. Производитъ впечатлѣніе безнадежнаго случая.	72 часа послѣ прободенія. 7/xi 1897.	Разрѣзъ на средней линіи выше пупка. Изъ полости брюшины вытекла гнойная жидкость съ содержимымъ желудка. Очѣнена общая мутность брюшинныхъ покрововъ. Большое прободеніе близъ cardia. Зашиваніе. Очищеніе брюшной полости губками. Дренажъ.	Непримѣнимо.	Дренажъ.	Выздоровленіе. Выздоровленіе шло медленно и постепенно.
2. Онъ же.	Женщина 30 л.	То же.	Много лѣтъ страдала диспептическими явленіями. 11 лѣтъ назадъ была кровавая рвота. Послѣ приема ol. ricini, вдругъ сильная боль подъ ложечкой, упадокъ силъ, рвота.	Животъ сильно вздутъ и боленъ. Печеночной тупости нѣтъ. Явные признаки общаго перитонита. Пульсъ 132. Температура 39° C. Тошнота.	48 часовъ послѣ прободенія. 2/xi 1897.	Разрѣзъ по средней линіи выше пупка. Вытекло обильное количество жидкости съ желудочнымъ содержимымъ. Брюшной покровъ помутнѣлъ. Прободеніе близъ cardia. Зашиваніе, очищеніе брюшной полости губками. Въ рану дренажъ.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Быстро стала поправляться. Въ періодъ выздоровленія развились пневритъ, однако, до образования экссудата не дошло. Пункция, — отрицательный результатъ. Выбыла 10/xi 1898.
3. Busch. Brit. Med. Journ. 1898. Nov. 5, p. 1407.	Женщина 26 л.	То же.	Давно страдала изъю желудка.	На лицо всѣ симптомы прободенія. Печеночная тупость отрицалась.	Черезъ 26 часовъ послѣ прободенія.	Вскрытіе живота. Прободеніе оказалось на задней стѣнкѣ желудка въ bursa omentalis. Туда проникли черезъ lig. gastro-colicum. Зашиваніе, очищеніе губками и марлевыми салфетками. Дренажъ въ bursa omentalis.	То же.	То же.	Выздоровленіе отъ перитонита, смерть на 4-й недѣлѣ послѣ операциі, внаслѣдствіе отъ паралича сердца. Прим. Вскрытіе не дало ничего для выясненія причины смерти.
4. Онъ же.	Женщина 24 л.	То же.	Ранѣ неопредѣленный страданія желудка безъ указанія на изъю.	На лицо всѣ симптомы перитонита. Печеночной тупости не было.	18 часовъ послѣ прободенія.	Въ брюшной полости не было найдено содержимаго желудка. Не было и жидкаго экссудата. Сосѣдніе съ прободеніемъ участки брюшины очищены салфетками. 2 дренажныхъ трубки.	То же.	2 дренажныхъ трубки.	Выздоровленіе.
5. Campbell. Br. Med. Journ. 1898, July 6, p. 150.	Женщина 35 л.	То же.	Ранѣ много страдала явленіями со стороны желудка. Ночью проснулась отъ сильной боли подъ ложечкой; утренняя рвота.	Передъ операцией пульсъ 104. Температура 38,3° C.	14 1/2 ч. послѣ прободенія. 20/xi 1897.	Въ полости живота газы и содержимое желудка. Жидкаго экссудата около 2 унцій. На желудкѣ и кишкахъ отложения фибрина. Изъясненіе и зашиваніе на мѣстѣ прободенія у малой кривизны, спереди. Bursa omentalis иссѣжена черезъ отверстіе въ lig. gastro-colicum и найдена нормальной. Очищеніе брюшной полости салфетками. Тампонада марлевыми полосками.	То же.	Дренажъ изъ марлевыхъ полосокъ.	Выздоровленіе. 5 дней питаніе per rectum. Марлевая полоска удалена на 5-й день.
6. Collingwood Andrews. Lancet. May 28, 1898, 1464.	Мальчикъ ?	Прободеніе червеобразнаго отростка.	3 дня до поступленія въ больницу послѣ погрѣшности въ діетѣ приступъ аппендицита.	Брюшина стѣнки очень напряжены. Сильныя боли. Дыхательныхъ движеній брюшныхъ мышцъ нѣтъ. Опухли не прощупывается. Метеоризмъ. Темпер. нормальная. Пульсъ 115. Лицо съ характернымъ для перитонита выраженіемъ.	3 дня послѣ начала боленія. 21/xi 1897.	Разрѣзъ надъ сосисъ. Рѣзкій запахъ изъ вскрытой полости живота. Брюшинные покровы явно воспалены. Въ правой подвздошной впадинѣ скопленіе большого количества серозно-гнойнаго содержимого. Appendix прираченъ къ тонкой кишкѣ, прободенъ. Резекція. Очищеніе брюшной полости компрессами. Дренажъ въ тазъ и тампонада области сосѣи йодоформной марлей.	То же.	Дренажъ. Йодоформные тампоны.	Выздоровленіе. Легко отдышался темный гной. Турунда вынута на 2-й, дренажъ на 15-й день.

7. Deanesly. 1898. Br. Med. Journ., vol. 1, 422.	Больной 30 л.	Прободение червеобразного отростка.	Проснулся ночью от сильной боли в правой стороне живота. Наступила рвота и прочие явления раздражения брюшины. Через 36 ч. доставлен в больницу.	Живот вздут и напряжен. Опухли в области слепой кишки и таз. Унаслались. Частый, слабый пульс. Температура 38,3° C. Facies Hippocratica.	Около 40 час. 21/VI 1897.
8. Онг же.	Мальчик 14 л.	Прорыв туберкула при аппендиците в брюшную полость.	Захворал припадком аппендицита. На 3-й день появилось припухание в области слепой кишки. Состояние было не очень тяжелое. На 4-й день вдруг сильная боль и коллапс, указывающие на прорыв туберкула в брюшную полость.	Живот вздут, напряжен и болезнен, больше в правой половине. В правой половине живота опухоль или оседлость. До 11-го дня болей болезненности нет. Регистрируется опухоль, плохое состояние — застойная картина, тогда поступил в больницу в савант госпитале.	В 1-м сутки. ?
9. Онг же.	Мальчик 11 л.	Прободение червеобразного отростка.	Явления воспаления в области слепой кишки развивались постепенно в течение недели, с 7-го дня болей болезненности нет. Регистрируется опухоль, плохое состояние — застойная картина, тогда поступил в больницу в савант госпитале.	Живот вздут, напряжен и болезнен, больше в правой половине. В правой половине живота опухоль или оседлость. До 11-го дня болей болезненности нет. Регистрируется опухоль, плохое состояние — застойная картина, тогда поступил в больницу в савант госпитале.	26 часов. после прободения. 13/VI 1896.
10. M. Le Dentu. Gaz. des Hôpitaux 1897, p. 572.	I. P. 38 л.	Прободение язвы желудка.	Накануне поступления в больницу вокруг острого живота, который распространился на весь живот. Призванный врач диагностировал аппендицит и посоветовал поступить в больницу для немедленной операции.	Живот порядочно вздут, напряжен, чувствителен, но не так сильно опухоль. Наибольшей болезненности соответствует fossa iliaca dextra. Опухоль здесь не прощупывается. Боли были стул, отходили газы. Язык сухой, обложен, жажда. Рвота желчными массами. Пульс част и слаб. Т° 37. Диагностика аппендицита или прободения желудка.	Операция через 18 час. 15/VI 1898.
11. Eichel. Beit. z. Kl. Chir. B. XXIII. II. 1. S. 220. 1898.	Капопир. 20 л.	Мож. прободение кишок и брюшной полости.	На тазу упал с лошади, ударился о барьер, а упавшая лошадь слезла, упала, придавила живот больного. Потерял сознание.	Живот порядочно напряжен, чувствителен, но не так сильно опухоль. Наибольшей болезненности соответствует fossa iliaca dextra. Опухоль здесь не прощупывается. Боли были стул, отходили газы. Язык сухой, обложен, жажда. Рвота желчными массами. Пульс част и слаб. Т° 37. Диагностика аппендицита или прободения желудка.	Операция через 18 час. 15/VI 1898.

Разрез по средней линии. При операции находят выраженный перитонит нижнего отдела брюшной полости. В полости брюшины около шитых мутного экзудата с фибринозными хлопьями; appendix резецирован, полость живота очищена губками. Стеклой дренаж в малый таз. Полоски к соседям.	Неприменилось.	Стеклой дренаж в малый таз, к слепой кишке полоски марли.	Смерть на 8-й день. После операции наступило улучшение. Симптомы раздражения брюшины прошли, однако температура оставалась высокой. В конце недели наступило максимальное возбуждение, на 8-й день смерть при явлениях возрастной слабости. Прим. Вскрытия не было. Выздоровление.
Операция. Разрез по средней линии. В полости живота около кнаты мутной вонючей, гнойной жидкости, разлитой по всему нижнему этажу брюшной полости. Резекция appendix'a, во время выделения которого вытекала более густая гнойная жидкость. Очищение полости живота губками. Дренаж в малый таз, полоска к соседям.	То же.	То же.	Выздоровление.
Разрез по средней линии. Операция при диагностику, колеблющейся между appendicitis perforativa, incarceration и invagination. Найдено большое количество вонючей гноя в тазу и в обеих боковых отделах живота. Appendix прободен, в малом тазу найдены копролиты. Сражений около appendix'a нет. Резекция. Очищение губками. Стеклой дренаж в малый таз, полоска к слепой кишке. Вскрытие полости живота, как при аппендиците. Вымыли газы и 2—3 литра зеленовато-гнойной со свертками жидкости. Appendix нормален. Разрез выше пупка. В области желудка те же явления перитонита. Прободение, густо обложенное фибринозными пленками, десны под печенью очень глубоко, так что зашивание невозможно. Очищение брюшной полости сколько доступно сухими компрессами, 2 дренажа обернутых марлей к мбту прободения.	То же.	2 резинных дренажа, обернутых марлей, в тапшоны из йодоформной марли к мбту прободения.	Выздоровление. После операции коллапс. Возбуждающий, соляной раствор, в т. д. Первый день после операции состояние очень плохое, потом оправился и послужило быстрым выздоровлением без осложнений.
Хлороформ. Лапаротомия по средней линии. Вытекла мутная серозная жидкость с хлопьями фибрина. Кишки, вздуты и покрасневшие, покрыты фибринозными пленками и склеены между собой. При	То же.	2 дренажа: один в верхний угол раны на	Первое время после операции соляной раствор 500,0. Возбуждающий. Постепенно улучшение. Газы отходят много гноя, еще до

12. Огн. же.	Столяръ 31 г.	Повреждение тонкой кишки ударомъ по животу.	при наде-но скоро пришелъ въ себя. нн съ ло-и доставленъ въ госпиталь. шади.	Утромъ 9/iv 98. При работѣ на круговой пилѣ вырвало доску и концомъ ея ударило по животу. Могъ дойти до проклати самъ. Сильныя боли держались весь день и ночь, на утро доставленъ въ больницу.	стат. Пульс 80, темп. 37,8. Дыханіе 20, поверхностно. На слѣдующее утро, т. е.: черезъ 18 ч. послѣ паденія, безъизменность не увеличилась, но газы и испражнения все время не отходили. Темп. 38,2, пульсъ 120, дыханіе 30.	Общее состояніе удовлетворительно, боли не очень сильны, но пульсъ 140, при температурѣ 36,5, совѣзмъ не соответствуетъ общему состоянию. Животъ сильно напряженъ. Въ нижнемъ отдѣлѣ до пупка и въ поясничныхъ областяхъ обѣихъ сторонъ притупленіе. Моча чистая.	Операция въ то же утро 10/iv, т.-е. почти черезъ сутки.
--------------	---------------	---	--	---	---	---	---

попыткѣ извлеченія петель кишокъ положить газъ и испражнения. Вынуть весь пакетъ спаянныхъ петель. Найдены и зашиты 2 разрыва тонкой кишки. Изъ полости живота удалено около $\frac{1}{2}$ литра эксудата. Зашиваніе раны живота.

Подъ мѣстной анестезіей, по Schleich'у, вскрыты сперва грыжевой мѣшокъ имѣвшейся у больного паховой грыжи(?): въ немъ ничего ненормальнаго и онъ пустъ. Лапаротомія съ правой стороны. Вытекло много воспаленаго, окрашеннаго желтаго эксудата. Предлежаніи салыникъ и тонкія кишки покрыты фибринозъ. Близъ spina a. s. dex. лежалъ прободенная кишечная петля. Зашиваніе, резекція части салыника. Послѣ раздѣленія спаекъ вынули эксудатъ изъ Дугласова пространства и области печени. Заложено нѣсколько полосокъ стерилизованной марли туда, гдѣ былъ эксудатъ; рана не зашита.

уронилъ пупка, а другой въ ипаши утолщ. раны.

Полоски стерилиз. марли.

20/iv, т.-е. болѣе мѣсяца, и заживленіе наступило 29/iv.

Смерть черезъ 90 ч. послѣ операции.

Во время операции поднятіе пульса, сдѣлано было вливаніе солянаго раствора. Съ первой же ночи значительное ухудшеніе. На слѣдующій день просить ѣсть. Повязка сильно промокла. Первые 3 дня состояніе было хорошо, хотя во время сна являлась икота и иногда рвота, противъ чего промываніе желудка. Газы отходятъ свободно. Съ 4-го дня ухудшеніе, поднятіе температуры. Затрудненіе дыханія. Цианозъ. Пульсъ 150. На утро смерти при явленіяхъ коллапса.

Прим. На вскрытіи. Салыникъ спаянъ съ брюшной стѣнкой и среди спаекъ мелкіе абсцессы. Въ правой половинѣ живота жидкій гной, въ лѣвой густой. Гной въ правой сторонѣ скопился у верхняго края col. asc. между colon transversum и печенью. Такимъ же жидкимъ гноемъ наполненъ найденный нарывъ между печенью и диафрагмой. Серозный эксудатъ въ правой плеврѣ, фибринъ на pleura diaphragmatica. Тонкія кишки склеены фибринозъ, среди нихъ гной. 2 полоски плутъ, одна — къ завернутой вверхъ слѣпой кишкѣ и другая въ Дугласово пространство. Въ ближайшей ихъ окружности брюшина суха и покрыта лишь тонкимъ слоемъ фибринознаго эксудата. На днѣ Дугласова пространства болѣе густыя массы фибрина, непрерывно продолжающіяся къверху въ въ вышеописанный гнойникъ, наполненный густымъ гноемъ.

13. J. L. Faure. Gaz. des Hôp. 1897, p. 634.	Г-нъ С. 22 л.	Прободение изъязвления желудка.	Два дня назад песткорзину по лестницъ. Когда взошел заручку входной двери, почувствовал в области желудка съ отдаленной в лѣвое плечо.	Животъ вздутъ и совершенно болезненъ. Общее состояние очень тяжелое. Холодный потъ, цианозъ лица и конечностей, которыми похолодали. Состояние возбужденія, одышка. Пульсъ нельзя считать. Температура 38.	Через 2 суток. 26/хп 1896.
14. Онъ же. Eugène V. Gaz. des Hôp. 1897, p. 574.	46 л.	Аппендицитъ и прободение.	2 дня назад во время испражнения вдруг сильная боль въ животъ безъ определенной локализации, поводному боль справа. Сильная боль продолжалась до поступления.	Животъ очень вздутъ и весь, особенно въ области слѣпой кишки, болезненъ. Рвоты нѣтъ. Общее состояние очень плохо. Лицо осунутое, дыханіе поверхностно, температура 38,5. Запоръ, газы не отходятъ.	4/iv 1896.
15. Онъ же.	Г-нъ Х. 35 л.	Заворотъ кишекъ.	2 дня назад сильная боль, локализующаяся около пупка и въ лѣвой подвздошной области. Запоръ, газы не отходятъ, рвота.	Всѣ явленія усилились. Температура нормальная.	7/vi 1896.

Подъ коканпомъ разрылъ ниже пупка въ 12 смъ. Потекла мутная, серозная жидкость, а потомъ гной, которымъ наполнилъ весь малый тазъ. Гной идетъ изъ правой fossa iliaca, что принято за указание на аппендицитъ. Быстрое очищение сухими компрессами, 2 дренажа съ сесимъ и въ малый тазъ и марлевые тампоны. Операция 25 мин.	Непримѣнимо.	2 дренажа въ малый тазъ и въ слѣпой кишки.	Смерть. Послѣ операции чувствовалъ значительное облегчение. Общее состояние лучше. Пульсъ поднялся. Впито 300 гр. соляного раствора. Въ послѣдующіе часы вышло много жидкости, тазъ что повизжа промокла. Черезъ 5 ч. послѣ операции внезапно смерть. Прим. При аутопсии полость живота чиста. Вымываніемъ нельзя лучше очистить. Appendix и весь нижній отдѣлъ брюшной полости нормальны. Желудокъ оказался прободеннымъ на мѣстѣ круглой изъвы. Вокругъ нѣсколько сращеній утолщенной его стѣнки.
Эпиръ. Разрылъ по средней линіи ниже пупка. Полость брюшной зашла серозно-гнойной, волочей жидкостью. Въ сторонѣ сесей нѣсколько сращеній. Добавочный кося разрылъ вправо. Найдены и резецированы прободенный appendix. Слѣпая кишка, представляющая опасность омертвѣнія, фиксирована въ ранѣ. Въ полости живота около сесимъ лежатъ копролиты.	То же.	Обильный дренажъ изъ йодоформной марли.	Смерть. Къ вечеру состояние хорошо, пульсъ 90. Чувствуется значительное облегчение. На слѣдующій день состояние похуже. Рвота. Съ этого момента постепенное ухудшеніе, снова явленія перитонита и смерть черезъ 2 сутокъ послѣ операции. Прим. На вскрытіи найдены перитонитъ, особенно резко выраженный въ области сесимъ, гдѣ скоплено большого количества гноя. Оказалось, что кетгутъ (довольно толстый), который былъ примененъ для перевязки appendix'a разошелся (сохранились на мѣстѣ узелъ и кончики, а средина исчезла) и отверстие appendix'a зияло въ полости брюшины.
Эпиръ. Разрылъ по средней линіи. Изъ полости живота течетъ серозно-гнойная жидкость съ хлопьями. Вздуты кишечники петля тѣзуть наружу. Изъ перебрала вдоль всего тракта. Оказалось, что у впаденія ilei кишка пуста. Препятствіе найдено не было, а кишка стала на глазахъ наполняться (заворотъ). Для вправленія пупочной кишки и выпустить содержимое. Промываніе не дѣлалось. Тампонада стерилизованной марлей. Заммиваніе раны. (Надъ вправленіемъ кишекъ до нуницы много, но тѣтсно старались).	То же.	Тампонада стерилизованной марлей.	Смерть. Умеръ черезъ 1 часъ послѣ операции. Прим. На вскрытіи ничего особеннаго.

16. Гесселевич. „Больничная Газ.“ Боткина 1897. Дек. 30.	И. Д. 24 л. Крестянин.	Прободение тифозной язвы.	19 дней болезнь; определен тиф, положен в больницу. В день поступления вечером вдруг сильная боль во всем животе. Зноб, рвота, пульс 106. Темп. 40°. Назначены опий. Постепенно улучшение, слабость, пульс стал к утру 114. Дыхание 40.	Очень большая слабость, пульс 114. Дыхание 40. Живот сильно вздут, бо-льзнен и напряжен; печеночной тупости нет. Признаков скопления жидкости нет.	Операция через 18 часов после прободения. 6/x 1897.
17. Pearce Gould. The Lancet. 1898. Jan. 1. p. 9.	Большой 24 л.	Прободение червеобразного отростка.	Наклонность к запорам. После большой по-толки на возмущен, ве-чером, боли в области соса. Слабительное, за-тмь вымучь. На слду-ющий день признаки перитонита.	Сильные боли в животе. Отсутствие испражнений и га-зов. Живот вздут и на-пряжен, пульс 108 сла-бый, температура 39° С.	Операция через 24 часа 1/v 96.
18. Онг же.	Девочка 14 л.	То же.	На 40-й день аппенди-цита вдруг сильная боль с признаками общего пе-ритонита.	Живот утврено вздут. Бо-льзнен, неподвижен при дыхательных движениях. Внизу живота, в области соса, более рзкая на-пряженность брюшных мышц. Пульс 150. Темп. 39,5° С.	? 19/xii 96.
19. Онг же.	Мальчик 5 л.	То же.	После погрбности в-дтз припадок аппенди-цита. На 4-й день ухудше-ние с признаками общего перитонита.	Живот очень вздут. Тм-панит кроме области соса. Боли приступами. Рвота жел-чными массами. Общее состоя-ние очень плохо. Пульс 126 слабый. Температура очень высока. Похолодание конеч-ностей.	? 5/xii 96.
20. Онг же.	Девушка 19 л.	То же.	После двух дней про-должающегося нарушения отравлений желудочно-ки-шечного канала вдруг	Живот плоский, на-пряженный, особенно внизу и вправо, весь бо-льзнен. Опу-хлость в области соса нет.	Бо-ль-е суток 26/ii 97.

Коканит и хлороформ. Разрз от-пушка до stump. руб. Вытекло небольшое количество серозной жидкости с клочьями фибрина. Кишки и салники воспалены, покрыты клочьями фибрина. В подзодеш-ной кишке много язв, ясно различимых, с серозной поверхности. Найдено про-бодение на 21 см. от valv. Bauhini и зашто, равно как и одна язва, гото-вая к прободению. Рана не зашто.	Несприм-вязь.	Тампоны из стерилизо-ванной марли во-всхх на-правле-ниях.	Смерть через 43 ч. после опе-рации. Постепенное падение д-витель-ности сердца, несмотря на всх возмущающа и инъекции соляного раствора под кожу. Прим. Вскрытие: очень тяжелый тиф. Много очень глубоких язв. Нагноившийся инфаркт селезенки, гнойник в одной из забрюшин-ных желез. Двусторонняя пнев-мония в нижних отделах обоих легких. На вскрытии брюшина пред-ставляется воспалительно измнен-ной лишь в области заштой пер-форации; более отдаленные отдала нормально блестяца, повидному здорова. Смерть, по мнению автора, от общих причин.
Разрз над сосем. Из полости жи-вота выпущено около 3 унций очень во-пного жидкого эксудата. Срачений нет. Воспаленный аппендикс висит свободно. На нем три прободных отверстия, на кишках фибриновые отложения. Типич-ная резекция. Тампонада области соса иодоформной марлей, смоченной в рас-творе карболовой кислоты.	То же.	Тампо-нада из иодо-формной марли.	Выздоровление. На слду-ющий день пульс 90. Отшли газы.
Разрз над сосем. Из полости жи-вота вытекло около унц во-пного, гной-ного эксудата, скопившегося вблизи соса. Срачений нет. Аппендикс сильно воспален, свободно свисивается в-таз. На конц его перфорация. Резекция. Очнение полости брюшины марлевыми салфетками.	То же.	Дрен. из резиновой трубки, обернутой иодоформ. марлей к- слзлой кишке.	Выздоровление. Рана зажила через нагноение.
Вскрытие полости живота над сосем. Вытекло около 4 унций гнойного, во-пного эксудата. Срачений нет. Аппендикс сильно воспален, на нем прободение. Брюшина матовая с фибриновыми с-рораво-желтыми отложениями. Очнение марлевыми салфетками. Толстый дренаж.	То же.	Толстый дренаж из рези-новой трубки к- слзлой кишке.	Выздоровление. Постепенное улучшение.
Разрз над сосем. Брюшина инфи-трирована, не блестяца. Вытекло около 1 1/2 унций во-пного эксудата. Срачений нет. Прободения и воспаленный аппен-	То же.	Дренаж.	Выздоровление. Прим. В послдующем те-чении образовался отграниченный гнойник, который вскрылся про-

21. Grewe. Freie Verein- igung d. Chi- rurgen Berlins C. f. Ch. № 39. 1898.	Мужчина 31 г.	Прободение в живот. Вследствие ударов туловища орудием.	Сильные боли в животе. Общее состояние довольно плохое, пульс 120. Температура поднялась до 39,3°, пульс част и слаб. Вследствие несогласия большой операции только через сутки.	Плоский, доскообразный, очень напряженный живот. Чисто реберное дыхание, пульс 80.	Операция через 5 ч. после повреждения.
22. R. Hesse. Ueber die Be- handlung der acuten, allge- meinen, septi- schen Perito- nitis. Diss. Bonn. 1898.	А. М. Сельский хозяин. 25 л.	Аппендицит.	20 х изаболъ-аппендицитом и тучиши опием. Сначала наступило ухудшение, затѣм снова ухудшение, все увеличивавшееся со дня на день. Сильные боли, признаки перитонита, t° колеблется от 36,5° до 40°.	10 хл 95. При поступлении сильные боли во всем животѣ, слабость, затруднение дыхания, холодный потъ. Животъ, все увеличивавшись, вздутъ; въ животѣ слышны отдаленные приглушенные. Температура 37,5, пульс очень слаб. 120, конечности холодны. Очень ослаблен перевозкой. Къ сѣдущему утру послѣ усиленного прижигания возбуждающих общее состояние нѣсколько лучше. Операция.	Операция 11/хл 95.
23. Horrocks. The Lancet 1895. Oct. 12, p. 915.	Женщина 33 л.	Прободение язвы желудка.	Ранѣ много страдала перитоническими явлениями. Послѣ питья горячаго чая вдругъ сильная боль, слабость, тошнота, потъ.	Боли не очень сильны, при движенияхъ увеличиваются. Животъ весь чувствителенъ, стѣнки его напряжены, вздуты нѣтъ. Печеночная тупость на лицо. Рвота нѣтъ. Пульс 98, хоронъ.	Операция через 14 час. 30/хл 1894.

дѣхъ лежать свободно около сосисы. Дренажъ, зашивание части раны.

При вскрытіи живота вытекла окрашенная испражнениями жидкость. Прободение найдено въ 40 см., не доходя до Valvula Bauhini. Въ нижнемъ отдѣлѣ живота въ большомъ количествѣ жидкой кровавистый экссудатъ, сгущенный съ испражнениями. Кишечная петля вокругъ прободенія покрыта фибринозно-гнойнымъ налетомъ и гиперемизирована. Резекція кишки на протяжении 5 см. съ пуговкой Murphy.

Хлороформъ. Разрѣзъ въ 10 см. сабѣ по наружному краю m-li costi надъ припухлостію. По вскрытіи брюшины предстаетъ сильно вздутая, покрасѣвшая кишечная петля. По отодвиганіи ихъ въ сторону вытекло много сначала жидкаго, потомъ густого желтаго гноя. Гной различенъ между сильно покрасѣвшими, покрытыми фибриномъ и очень кровотоочными кишечными петлями, не ограниченными спайками. Вычищение полости живота, по возможности, стерилизованными салфетками.

Разрѣзъ по средней линіи. Въ полости живота газы. Экссудата или желудочнаго содержимаго не найдено. Кишки не вздуты. Изъѣненіе язвы на передней стѣнкѣ желудка и зашивание. Брюшина ошита компрессиою безъ промыванія. 2 стекляннхъ дренажа въ направленіи къ почкамъ.

Очищеніе сухими стерилизованными салфетками.

Неприкрытый.

То же.

Иодоформъ. Полоска въ мѣсту поврежденія выведена въ пиланій конецъ раны, остальное зашито наглухо.

Воздорженіе. Гладкое постдорженіе теченіе безъ всякихъ осложненій. Черезъ 6 недѣль вернулся къ обычнымъ занятіямъ. Прим. Отмѣченъ какъ важный и ранній признакъ выходения кишечнаго содержимаго въ брюшную полость — плоская доскообразно-напряженная передняя стѣнка живота, что и послужило въ данномъ случаѣ показаніемъ къ операци.

Смерть на 11-й день при явленіи общаго перитонита. Первые дни проявлъ неурно, затѣмъ наступило ухудшеніе, прогрессировавшая слабость и на 11-й день смерть при явленіяхъ общаго перитонита.

Прим. Вскрытіе. Въ брюшной полости скопленіе серозно-гнойной жидкости. Кишки инъцированы, фибринозные отложения и спайки. Желудочная рана зашита прерасно.

Трубками.

24. П. Коро- ловский. Большая Газ. Боткина 1898, стр. 9.	М. Я. 26 л. Черно- рабочий.	Прободо- ние тифоз- ной язвы.	За два дня до по- ступления заболел ти- фом в легкой форме, который и перенес на полах. Последнее время становилось лучше. 21/чт ночью вдруг сильная боль в живот. На сле- дующий день доставлен в больницу, 2 дня не было стула и не отходил газ.	Живот умеренно вздут, очень болезнен. Стенки его напряжены. Печеночная ту- пость intact. Мочевыделение затруднено. Рвоты intact и не было. Селезенка увели- чена. Умеренно развитый бронхит. Общее состояние хорошо. Температура 39. Пульс 84.	Операция через 22 часа после про- бодения.
25. Lebrun. С. f. Chir. 1898, № 39 р. 989.	Мальчик. 7 л.	Прорыв в брюш- ную полость гноя при ап- пендиците.	?	?	Между 12 и 24 час- после про- бодения.
26. Pr. Len- pander u. G. Glucksmann. Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Chir. B. I. H. 2. S. 168.	W. Sch. Купец. 50 л.	Прободо- ние круг- лой язвы двенад- цати- перстной кишки.	10—15 лет страдал диспепсическими яв- лениями и болями в области желудка и кровотечениями кишечного характера. Во время пребывания в боль- нице, где лечился от язвы желудка, ночью при повороте в кровати силь- ная боль под ложечкой справа, и с этого мо- мента постепенно ухуд- шение и признаки перит- онита.	Сильная боль в живот, ощущение вздутия, болезнен- ная икота. Непроходимость для газов и испражнений. Жи- вот втянут лодкообразно и напряжен. Температура 38,1°, пульс не ускорен. Ядро втянуто, характерное выражение.	Операция через 12 часов после про- бодения. 18/чт 1895.
27. Lennan- der. M. a. d. Gr. d. M. u. Chir. 1898, Bd. IV, H. 1.	Дьявуха 25 л.	Пробод- ение двенад- цати- перстной кишки.	3—4 года страдала дис- пепсическими явлениями с ха- рактерными на язву. Ухуд- шение за последние дни, появление боли и вздутия. Рвоты не было.	Вздутие живота. Дыхание поверхностное, реберное. Боли при опускании в области соед. и col. ascend. Боль в области epigastrii. Легкое при- стание. В области fossa iliaca dextra. Per rectum и vagin.	В день поступле- ния 23/чт 90° Точно по- бодено.

Хлороформ. Косой разрез как при аппендиците. По вскрытии брюшины ха- рактерно-серозно-гнойная жидкость. Спаясь в полости брюшины intact. Кишки гипе- рэмированы, мезентерия фибринозная отло- жения. На подложной кишке на 40 см. от впадения в соедин. найдено прободение, характерное для тифа. Изъятие, заши- вание. Тампонада в разрезе направле- ниях в брюшную полость из полосок марли и в малый таз.	Неприят- но.	Полоски марли в разных напра- влениях.	Выздоровление. Операцию перенес хорошо. По- следующее течение удовлетвори- тельно. Болезненность и вздутие постепенно исчезли в 3 дня. На 3-й день самостоятельно на изъ- е. Тампоны вынуты на 6-й день. По- ним обильно вытекало отделяемое из брюшной полости и ежедневно промокала повязка. Прим. В последующее время в прилегающих к ране кишеч- ных петлях появились 2 свища, которые во времени сообщения, т.-е. через 1 1/2 мкс. после операции, еще не закрылись. В остальных вы- здоровлях без осложнений.
Большой разрез вдоль правого края и-й recti abdominis. Ощущение брюшной полости стерилизованной марлей. Тампо- нада иодоформной марлей. Червеобразный отросток найден не был.	То же.	Тампо- нада иодо- формной марлей.	Выздоровление. Выздоровление последовало в 12 дней.
Разрез от прог. xiphoides до пупка, 2 добавочных в бою на уровне ниж- него края ребер. Сильно вздут желу- док, брюшина помутнела. Введен же- лудочный зонд per os, вышущены газы и кофейно-окрашенная жидкость. Стенки желудка все нормальны. От двуденной близ ругог показывается такая же кро- ваватая жидкость, как из желудка. Про- бодение на задней стенке двуден. Защиты это нельзя, почему сделано обшивание на- матальной брюшиной и притянуты швами прилежащие органы, желудок, соед., сал- ники. В области ругог дренаж и иодо- формная тампонада. Разрез продолжает до symph. pubis. Из общей полости вы- сущено около 2—3 литров гнойно-кро- ваватой жидкости. Вычищение стерили- зованными салфетками.	То же.	4 тол- стых дренажа по кон- цам кре- стообраз- ного раз- реза. Тампоны от двуден- ного вы- ведены в верхний конеч раны.	Выздоровление через 3 мкс. янца. Первое время большая слабость. Усердное приятие возбужда- ющих и питательных клизм. Пер- вые 3 дня темпер. от 38—39,5°. В последующий день упала посте- пенно. Один раз была кровь с испражнениями. Рана зажила в 2 мкс. янца. Прим. Последняя свдвдния через 5 мкс. после операции. Очень не правильно, крови в испражнениях не бывает. Только после погрешности в диете, которую ему приходится соблюдать довольно строго, бывают боли под ложечкой и икота. Рвоты не бывает.
Разрез над Пупартовой связкой. Попали в полость, ограниченную киш- ками, спаянными между собой и брюш- ными стенками, продолж. вниз в малый таз и вверх вдоль соед. Сильная кишка (appendix) найдена нормальной. Достиг- ли верхней границы полости пальцами	То же.	Стекла. дренаж вверх и вниз в малый таз. Тампон.	Смерть за 4-е сутки. Сначала избыточное удушение. Все время обильное отделение из раны. Со 2-го дня ухудшение, развитие явлений общего перитонита, рвоты. Прим. На вскрытии найден бол. абсцесс, соответствующий бур-

28. Lennan- der. Mit. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. IV. H. 1.	Прободен- ие язвы желудка. 24 л.	Всегда имѣла слабое пищевареніе. Годъ появи- лись болѣе сильныя дис- пептические явленія. Рвота безъ крови. 29/III 93 вдругъ сильныя боли и сразу пришлось лечь. Отправлена въ больницу за 10 километровъ рас- стоянія послѣ низкій морфій.	ничего. Пробный уколъ: надъ- fig. Pupart. серьезная жидкость съ фибриномъ, безъ запаха. Т ^{во} нормальна. Колебание между язвой желудка и appendicit. perit.	Черезъ 21 ^{1/2} часовъ послѣ про- боденія; 30/III 93.
29. Онъ же. Служанка 22 л.	То же.	3 года ранѣе были припадки болей. Мучилась отъ язвы желудка. Перфо- рація приваденія. Сильныя боли постепенно распро- странились на весь животъ. Рвота безъ крови. Боли	Очень плохое общее со- стояние. Признаки общаго пе- ритонита и скопления эксу- дата въ маломъ тазу и сѣмъ въ поддиафрагмальномъ про- странствѣ.	Операция черезъ 6 дней послѣ слу- чившейся перфорат. 6/IV 97.

<p>не удалось. Вытирание сухомъ. Продолжительность операціи 45 минутъ.</p>	<p>полости юдоформной марлей.</p>	<p>sae praegastriae. Перитонитъ въ области печени и поддиафр. пространства, гнойникъ спускается по сальнику до таза. Тонкія кишки вздуты и спаяны фибринозными отложениями. Перфорация язвы duodeni на задней стѣнкѣ, сообщ. съ полостью абсцесса.</p>
<p>Хлороформъ. Вскрытіе задняго свода влагалища. Вытекла желтоватая гнойная, вонючая жидкость. Промываніе солянымъ растворомъ черезъ дренажъ малого таза. Далѣе вскрыта полость живота выше пупка. Съ трудомъ найдена перфорация подсросшейся съ желудкомъ лѣвой долей печени близъ sigmat. minor у рубогаз. Зашиваніе. Экссудатъ не вонючій близъ правой доли печени и colon. Вычищеніе сухимъ путемъ. Въ друг. отдѣл. экссудата и содержимаго желудка нѣтъ.</p>	<p>Промываніе брюшной полости не применялось.</p>	<p>Юдоформ. тамп. въ зашит. прободеніе, между желудкомъ и печенью и между правой долей долей mesocolon transversum. Въ выведены въ средину брюшной раны. Дренажъ и полоска въ Дугласово пространство.</p> <p>Смерть на 17-й день отъ острого перерожденія внутреннихъ органовъ. Постепенное улучшеніе, на 3-й день отошли произвольно газы и испражненія. На 7-й день появился аппетитъ. Бульонъ и яйцо. На 8-й день перемены турдулы. Рана влагалища почти закрылась. Съ 9 дня признаки лѣвосторонняго плеврита. Сильное повышение температуры до 39,5°—40,5°. Пульсъ 130. На 11-й день резекція ребра. Серозный экссудатъ въ плевръ. Диафрагма сращена съ легкимъ. Отдѣлено сращеніе. Вскрытіе небольшого поддиафрагмального парыва съ поврежденіемъ селезенки и кровотеченіемъ, скоро остановленнымъ тампонадой. Смерть на 17-й день при возрастающей слабости и очень высокой температурѣ.</p> <p>Прим. Вскрытіе. Брюшина, малый тазъ вполне здоровы и свободны отъ спаекъ. Между тонкими кишечками кой-гдѣ спайки. Между печенью и желудкомъ спайки и вътѣво отъ fig. teres среди нихъ небольшое скопленіе густого гноя. Подъ диафрагмой небольшая полость, содержащая гной и въ прилегающей селезенкѣ также абсцессъ въ орѣхъ величину, сообщающійся съ этой полостью. Въ органы очень драбны.</p>
<p>Разрѣзъ и дренажъ въ задній сводъ влагалища. Разрѣзъ и тампонада въ лѣвой лумбальной области съ нѣмъ вызвать спайки и вскрыты поддиафрагмальное скопленіе по 2-й сеансъ. Въ обоихъ разрѣзахъ виденъ фибринозно-гнойный перитонитъ и сращения между прилежащими</p>	<p>То же.</p>	<p>Дренажъ въ малый тазъ. Тампонада въ лузаръ. разрѣзъ.</p> <p>Смерть на 4-й день послѣ 1-й операціи.</p> <p>Прим. Вскрытіе. На задней стѣнкѣ желудка близъ sigmat. minor перфорация. Ограниченное скопленіе гноя, занимающее поддиафрагмальное пространство, сирова спус-</p>

30. Lennander. Mit. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. IV. H. I. 1898.	Женщина 29 л.	Септич. флегмо- нозный гастрит на почве язвы.	2—3 года страдала диспептическими явлениями. 5/1 98 ночью боли в области желудка и рвота. Боли все ухудшались. В рвоту несколько раз- кровь. 13/1 значительное ухудшение, явления перитонита.	Принята в больницу 14/1. Равномерно вздутый живот. Сильная болезненность, особенно под ложечкой. При перкуссии притупление в подложечной и пупочной области. Большая слабость, цианоз, пот. Темпер. 39,5°. Дыхание 60, поверхностно; пульс 130. В ночь блок.	Операция 14/1.
31. Leopold Reinprecht. Beitr. z. kl. Chir. Bd. XXIV. H. I. 1899.	Вино J. 22 л.	Пробле- ние черве- образного отростка.	До настоящего забол- вания здоров. 2 1/2 дня до поступления вдруг силь- ная боль в области слеп- ной кишки, которая все увеличивалась. Появились икота и рвота. В следую- щие 2 дня рвота хотя и прекратилась, но боли де- лались сильнее, почему и обратились в клинику.	Живот очень вздут и болезнен. Ощущать опухоли не удается. Звук при пер- куссии тимпанический. Пече- ночная тупость почти исчезла. Большой блѣдный, лицо осуну- лось, глаза ввалились. Язык сух, обложен. Пульс слаб 124. Температура 37,8°. Ды- хание поверхностно, учащено.	Операция тогда же по пост. 2 1/2 дня после за- болев- ния. 4/1 1898.

органами. Вследствие слабости больной
этим пришлось ограничиться. 9 и второй
сансы. Предполагалось скопление в об-
ласти над селезенкою и под диафрагмой,
но гноя не найдено.

Вертикальный разрез по средней линии.
Отек предбрюшной клетчатки выше
пупка. Перед свободной передней стѣнкой
желудка мутная серозная жидкость. В bursa
praegastrica желудок спаян с приле-
жащими органами, покрыт толстым
слоем фибрина и очень воспален. Такие же
спайки в лѣвом поддиафрагмальном
пространствѣ. Кое-гдѣ среди спаянных
органов небольшой скопления серозно-
гнойной жидкости. В остальных частях
живота и в тазу брюшина нормальна по
виду. Перфорации нѣтъ не было.

Наркозъ смесью Бильрота. Разрезъ
начаты выше пупка до сумрѣ. Тонкая
кишка очень вздута, съ налитыми соу-
дами, ихъ серозная поверхность мутна,
покрыта фибриномъ. Изъ полости живота
вытекаетъ жидкость съ хлопьями. Разѣ-
щения рѣже, ближе къ сосисѣ и по на-
правленію къ желудку постепенно становятся
менѣе рѣзкими. Очистив полость живота

Не прихв-
тилось.

Толстый
дренажъ
съ тампо-
номъ, стер-
илиз. марл
черезъ
лужбину
область
правой
стороны
до печени.
Стерилиз.
тампоны
подъ диа-
фрагму и
сзади по-
крутъ же-
лудка.
Рана не
защита, а
затампо-
н. стерилиз.
марлей.

То же.

Тампонъ
по Мик-
лису
къ слѣпой
кишкѣ.

калошесъ внизъ по colon asc. по
canalis later. Зерномъ, занимающее
малый тазъ и подним. по flex.
sigmoides до spina ant. super. лѣвой
стороны. Эта полость черезъ foram.
Winslow сообщалась съ bursa omen-
talis, гдѣ также скопление. Въ лѣвомъ
поддиафрагмальномъ пространствѣ не-
большое скопление гноя. Ближе пра-
вого яичника гнойникъ, вскрытый во
влагалище и два малыхъ гнойника
въ большомъ сальникѣ. Остальная
брюшина мутна и гиперемирована
прочіе органы въ состояніи пере-
рода. въ зависимости отъ инфекции.

Смерть черезъ 60 ч. после опера-
ции при явленияхъ острой пневмонии.

После операции обогатили суб-
ективныхъ явлений, болѣе и рвоты.
Отшли газы.

Прим. На вскрытіи найдены
два язвы желудка не перфориро-
ванные и отъ нихъ флегмонозный
гастритъ, захватившій весь органъ,
давній сначала мѣстный перито-
нитъ, который потомъ сдѣлался об-
щнымъ. Главными патолого-анатоми-
ческими измѣненіями найдены въ bursa
praegastrica. Въ остальныхъ отде-
лахъ брюшины измѣнена мало. Кроме
того найдено омертвѣніе части диа-
фрагмы. Серозно-гнойный плевритъ и
бронхитъ лѣвого легкаго. Отекъ пра-
вого легкаго. Дряблая мышца сердца.

Выздоровленіе въ 42 дня.

Первые четыре дня держались
признаки перитонита. Боли, метеор-
измъ, икота, отсутствие газовъ и
испражнений и частый пульс. Да-
вали опиѣ. На 5-й день носъ клизмъ
прослабilo, отшли газы, стало
лучше. Въ слѣдующіе 4 дня клизмъ,
газовые трубки въ rectum. Постепенно по мѣрѣ опо-
и кишекъ частью сухими, частью смочен-
ными салциловымъ растворомъ. компрессиями.
прекратились. На 8-й день удаленъ тампонъ.
Резекціи перфорированнаго appendicis. Там-
понъ по Миклису къ слѣпой кишкѣ. Пунк-
тионъ кишечной петлѣ — зашивание раны.

Прим. Черезъ нѣсколько недѣль после выписки изъ
больницы явился въ больницу здоровымъ: вернулся къ тяже-
лому труду.

32. Rough- ton. Br. Med. J. 1898, p. 84.	Двухшн- 20 л.	Прободен- ие язвы желудка.	2 года страдала дис- пептическими явлениями.	Сильная боль. Общее со- стояние удовлетворительно. Пульс не очень плох. Рвоты нет. Печеночная тупость уничтожена.	13 часов после про- бодения 9/iv 98.
33. K. Schu- chard. A. f. kl. Chir. Bd. 50. S. 615. 1895.	W. G. 16 л. Горнич- ная.	Прободен- ие круг- лой язвы желудка.	Здорова. Последние 2 месяца легкая боль в области желудка. 10/xi 94 вдруг сильная боль и слабость.	12/xi 94. Внутренность тя- желой. Темпер. 39,3°. Пульс 132. Живот равно- мерно вздут, умеренно бо- лезнен. Ненормальных при- ступлений нигде не отмечается. Печеночная тупость на ливо. Язык обложен. Рвоты нет. Запор упорный. Назначен опий и согревающий компресс на живот. Через 2 дня вздутие сильное в верх- ней отделе живота.	Операция 14/xi, через 4 суток.

В полости живота газы. Содержимого желудка не было. На желудке, кишках и печени фибрин. Связки спайки. На передней стенке близ cardia найдено в защиту прободение. Область желудка и прилежащих органов обмыта раство- ром йодистой ртути 1:5000. Дренаж из полосок марли в мѣсто язвы.	Непримь- налось.	Дренаж из поло- сок марли въ мѣсто пробо- дения.	Смерть. Сначала пошло хорошо. Рвота, бывшая по первому дню, прекра- тилась после промывания желудка. На 3-й день удалена часть подо- сок, на 4-й день остальные. Ко- нечные носки изъезжены дурной запах, почему вставлена новая. На 6-й день боль в левом подреберье. Тошнота, рвота, температура 38,5°. пульс 128 и через сутки, на 7-й день, смерть при явлениях перитонита.
Хлороформ. Большой разрез от прог. хургоидов до пупка и дополнительный вздув. В полости живота газы с ка- ловым запахом, гной, обильная фибри- нозная отслойка во всем верхнем отделе. Долог обыскивали толстую кишку и тонкую, которые были эвентрированы, но они нормальны и брюшина на них гладкая, блестящая. Далеко найдена и за- щита перфорация круглой язвы близ siguata min. у cardia. Очищение сухих салфетками. Тампонада йодоформной марлей обл. раны и защиты язвы. Двѣ кон- трапертуры по бокам под мѣсто при- крѣпления диафрагмы.	То же.	Иодоформ- ные там- поны въ рану, 2 дренажа въ поддиа- фрагмаль- ное про- странство через контра- пертуры, длиной по 20 см. и толщиной по 2 см.	Выздоровление въ 67 дней. После операции слабость. Пульс первую неделю держался около 130. Из раны обильно выделяется во- сточная гнойная жидкость. Через 2 суток переизбыток и первое само- стоятельное испражнение, несмотря на приемы опия. Съ 9-го дня боли въ груди, затруднение дыхания. Небольшое припухание въ нижних отделах правой и главным обра- зомъ левой плевры. Пробный укол дал отрицательный результат. Въ сѣдующие дни явления не умень- шились. Температура поднялась до 39° къ 18-му дню. Все это время хрипы, шум трения и бронхиаль- ное дыхание слышны въ нижней доле легкого. Въ силу этихъ данныхъ предположить поддиафрагмальный на- рывъ въ лѣвой сторонѣ и 2/1 95 сдѣлана опять под хлороформомъ операция, при которой гной не найден, но случилось не- ожиданное вскрытие лѣвой плевры, обомеднившееся благополучно. Вскорѣ после 2-й операции боли пе- чезли и постепенно температура упала. Дальѣйшее теченіе гладкое. 19 и 95 выписалась здоровой. Прим. 17 iv 1895 представлена въ Берлинскомъ хирургическомъ Обществѣ въ вѣст- номъ видѣ.

34. Dr. Schulz. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. XLIV. H. 5. 6. S. 443. 1897.	A. M. 25 л. Сельский хозяйник.	Воспале- ние черве- образного отростка.	20/хл 95 заболѣлъ ап- пендицитомъ. Сначала при- обычною внутреннею ат- тении описъ улучшение; затѣмъ ухудшение и при- знаки общего перитонита. Съ 1/хл, т.-е. съ 10-го дня болѣзни: усиление болей, распространение ихъ на весь животъ, вздутие, рвота, явлений непроходимости. Послѣ того какъ пробѣжали 2 мили до больницы, все явления значит. больше. Колебание темпер. отъ 36,6° до 40°.	Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ. Въ лѣвой сторонѣ притупление и наибольшая болѣзненность. Полная за- держка испражнений и газовъ. Сильный упадокъ силъ, хо- лодный потъ, характерное лицо. Похолодание конеч- ностей. Пульсъ очень слабъ, 120 въ минуту. Температура 37,5°. Поступилъ въ боль- ницу 10/хл.	Операция 11/хл, т.-е. на 11-й день ухудше- ний, когда несколько опра- вился, благодаря возбу- ждаю- щихъ переѣзда въ боль- ницу.
35. Sonnen- burg. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. XXXVIII. S. 282.	C. B. 44 л. Упра- вляющій.	Прободѣ- ние черве- образного отростка.	12 дней назадъ забо- лѣлъ аппендицитомъ.	Животъ вздутъ и напри- яженъ. Въ правой подвздошной выпуклѣ ограниченное чув- ствительное мѣсто. Инфил- тратъ здѣсь не ощущается. Рвота. Языкъ сухой, обло- женъ. Температура 38,2°, пульсъ 88.	25/л 1893.
36. Онъ же.	L.	То же.	Уже довольно долго страдалъ.	Во время операціи былъ въ состояніи коллапса.	Май 1890.
37. Онъ же.	H. S. 25 л. Столяръ.	Абсцессъ при аппенди- цитѣ безъ прободѣ- нія.	Недѣлю назадъ впе- зано заболѣлъ болями въ животѣ, пикотъ и по- носомъ. Скоро замѣтилъ опухоль въ области сѣд- ной кишки. За послѣдніе дни она увеличилась.	Животъ болѣзненъ, на- пряженъ умеренно. Нижний отдѣлъ его справа слегка вы- пуклъ. Скоро замѣтилъ на пространствѣ въ ладонь притупление при ощу- щаніи. Языкъ очень обло-	23/хл 1891.

Хлороформъ. Разрѣзъ въ области при- тупления вертикально вверху отъ Пупар- товой связки по краю m-li recti 10 см. По вскрытіи брюшины видны вздутыя кишечныя петли, плавающие въ гною, безъ сращеній, насколько можно убъ- диться черезъ сдѣланный разрѣзъ. Кишки очень красны, легко кровоточатъ, на по- верхности мѣстами покрыты фибриномъ. Очищеніе брюшной полости по возможности сухими стерилизованными салфетками и тампонада йодоформной марлей. Рана не защита. Въ полости живота найдены жел- товатый гной не очень жидкій.	Промы- ваніи не примѣня- лось.	Тампо- нада въ разныхъ направле- ніяхъ йодофор- мной мар- лей, асеп- тическая повязка.	Выздоровленіе черезъ 3 мѣсяца. Послѣдующее лѣченіе состояло въ систематическомъ призываніи воз- буждающихъ (кальфора и вино). Про- тивъ болей — водъ козу морфій. Первая перевязка черезъ 2 сутокъ. Отдѣленіе довольно обильно. Ме- теоризмъ достаточно выраженъ. Далѣе постепенное улучшение, па- деніе температуры до 38,5°. Первыя испражненія сопровождалась повышеніемъ температуры до 38,5°. 25/хл прекратилось отдѣленіе изъ раны и тутъ же совершенно исчезло вздутие. Прим. Въ дальнѣйшемъ теченіи все шло хорошо. Однако, несмотря на назначеніе брюшного пояса, че- резъ 7 мѣс. образовалась на мѣстѣ рубца грыжа, по поводу которой и была 1/лх 97 сдѣлана операція. При зашиваніи брюшной стѣнки оказалось, что спаявъ ни между отдѣльными кишечными петлями, ни съ брюшной стѣнкой въ мѣстѣ рубца не было. Операція грыжи удалась вполнѣ. Смерть. Постепенное ухудшеніе общаго состоянія. Изъ раны выдѣлялась гнойная жидкость съ примѣсью крови и кала. Со 2-го дня хрипы въ легкихъ. На 3-й день смерть при явленияхъ затрудненія дыхаанія и коллапса. Прим. Вскрытія не было.
Разрѣзъ надъ Пупартовой связкой. Брю- шина и клетчатка инфильтрованы и спаяны въ общую, не раздѣляемую массу съ мыш- цами. Осторожно, разрезомъ вскрыта по- лость, изъ которой вытекло около столо- вой ложки гнойной, коричневой жидкости. Изслѣдованіе пальцемъ не обнаружило гра- ницъ полости. Не выяснено: гнойникъ это или полость брюшины. Осторожная тампонада. Вскрыть большой гнойникъ.	То же.	Тампо- нада.	Смерть. Умеръ въ день операціи. Прим. Вскрытіе — sepsis.
Разрѣзъ надъ Пупартовой связкой. При послѣбномъ стѣченіи инфильтрованныхъ выпуклѣ показались при разрѣзѣ m-li trans- versi гной. Ходъ расширенъ тумнымъ пу- темъ и вымучено 3 столовыхъ ложки гноя. Въ верхнемъ отдѣлѣ раны гной цѣлетъ изъ глубины. Тампонада. На слѣдующій	То же.	Тампо- нада.	Смерть. На слѣдующій день очень слабъ. Бредъ. По всему тѣлу точечныя кровоизліянія въ кожу. На 3-й день смерть при явленияхъ прогрессир- ующаго коллапса.

38. Sonnenburg. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXVIII. S. 282.

Carl B. Портной.

Рвоты все время не было. Сильная болезненность во всем животѣ.

Недѣлю назадъ заболѣлъ аппендицитомъ. После ступилъ въ хирургическое отдѣленіе съ ясной опухолью въ правой подвздошной области. Здѣсь болезненность; прочие отдѣлы живота не чувствительны. Оній, ледъ. Въ ночь проснулся отъ сильныхъ болей во всемъ животѣ. На слѣдующій день тяжелое общее состояніе, икота, рвота, осунувшееся лицо, впалые глаза, учащенное дыханіе и пульсъ. Рвота желчными массами.

Болезнь. Лицо красно, осунулось. Одышка, температура 38,7°, пульсъ 100.

Большая слабость. Языкъ сухой, коричневыи, легкая желтуха. Животъ вздутъ, напряженъ. Припухленіе въ правой сторонѣ рѣзкое. Затрудненное мочеиспусканіе. Запоръ. Рвота желчными массами. Одышка. Пульсъ слабъ 120. Температура 36,5°.

На 3-й сутки послѣ прорытия гнойника 2/xi 1893. (Ранѣ не создалась операція).

39. Онь же. Ученикъ 16 л.

То же.

Три дня назадъ послѣ предварительно бываго запора и болезненности въ правой сторонѣ живота вдругъ сильныя тешныя и небольшое припухленіе. Ресіи послѣдствіе, но Изысканія не наступило.

Тяжелое общее состояніе. Животъ умирно вздутъ и тешенъ, особенно справа. Надъ lig. Pupartii и правѣи тешенъ. Изысканія не наступило. Температура 37,7°, пульсъ 92.

3 сутокъ послѣ начала болѣзни и черезъ 2 сутокъ послѣ первой операціи, 12/vii и 14/vii 1890.

день ухудшеніе. Опять подъ наркозомъ расширена рана вверхъ. Изъ въбрюшинно въ позвоночникъ, не нашли гноя, а лишь инфильтрацію. Вскрыта брюшина. Свободнаго гноя нѣтъ. Кишки налиты, покрыты налетомъ, мѣстами спаяны. Осторожная тампонада.

Энтри. Разрѣзъ какъ при аппендицитѣ. Вскрытіе огромнаго гнойника, изъ котораго выпущено около 1/2 литра вонючаго гноя. Контрапертура на поясницу. Дренажъ, тампонада.

Непримѣнялось.

Тампонада и дренажъ гнойника.

Прим. На вскрытіи перитонитъ съ развитіемъ сращеній. Рана велела въ полость гнойника и имѣетъ надъ os pubis маленькое сообщеніе съ брюшной полостью. Забрюшинная кѣтъчатка, musculus iliacus intern. и окодопочечная кѣтъчатка гнойно инфильтрованы. Гипостазы въ легкихъ. Кровотокъ въ плеврѣ и перикардіи.

Смерть. Послѣ операціи оправился. Субъективное ощущеніе лучше. Рвота прекратилась. Икота рѣдка. Пульсъ 140. Температура поднялась до 39°—39,5°. Дыханіе глубже. На 2-й день значительное ухудшеніе. При перевязкѣ выдѣляется много гноя изъ глубины. Пульсъ еле ощутимъ. Состояніе возбужденія сѣняется сонливостью. Къ вечеру, несмотря на возбуждающія, смерть.

Прим. Общій разлитой гнойный перитонитъ. Сращеній нигдѣ нѣтъ. Огромныя скопленія гноя, особенно въ маломъ тазу. Вскрытый гнойникъ въ одномъ мѣстѣ сообщается съ полостью брюшины (мѣсто прорыва), въ немъ находится прободенный appendix.

То же. Дренажъ и тампонада йодоформной марлей.

Смерть. Послѣ операціи на слѣдующій день рвота. При перевязкѣ расширено отверстие въ брюшинѣ, выпущена масса гноя, дренажъ. Колансъ и смерть въ тотъ же день.

Прим. На вскрытіи найдено скопленіе массы гноя между кишечными петлями въ видѣ сообщенныхъ между собою очаговъ. Длинный червеобразный отростокъ свѣшивается въ малый тазъ, гдѣ прилежитъ къ rectum; онъ прободенъ въ 3 мѣстахъ.

40. Sonnenburg. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXVIII. 278.	Садовникъ 63 л.	Прободеніе червеотростка.	Лечился въ больницѣ отъ порока сердца. Вдругъ образнаго во время приступа стенокардіи сильныя боли внизу живота справа. Знобы. Температура 37,5°. Чувствительность области сосаі.	Большой упадокъ силъ. Притупленіе въ области слѣпой кишки и почти до срединѣй линіи. Пульсъ малъ, аритмиченъ, 95. Температура 39,1°.	Черезъ 2 сутокъ послѣ прободенія. 30/vi 1891.
41. Онъ же.	Машинистъ 33 л.	То же.	Годъ назадъ припадокъ аппендицита. За 8 дней заболѣлъ запоромъ и болѣю въ правой сторонѣ живота. Черезъ 4 дня рвота, тяжелое общее состояніе, болѣзненность всего живота.	Одышка. Животъ весь вздутъ и болѣзненъ, особенно при ощупываніи подвздошной области. Здѣсь же притупленіе и неясно обозначенная припухлость. Темпер. 39°.	На 8-й день болѣзнь, на 4-й послѣ ухудшенія. 28/v 1892.
42. Онъ же.	V. K. 49 л.	То же.	Заболѣлъ послѣ того, какъ во время бурнаго морского пути долженъ былъ нѣсколько дней удерживать испраженія и выпилъ много холоднаго пива.	?	?
43. Онъ же.	S. Купецъ ?	То же.	Около 8 дней какъ опредѣляетъ экзудатъ въ подвздошной области.	Сильное вздутіе живота. Коллапсъ. Общій перитонитъ.	?
44. Онъ же. Mitf. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. III. H. I. S. I. 1898.	Karl S. 7 л.	То же.	За 3 недѣли скарлатина. 11/x 97 вдругъ сильныя боли.	Животъ сильно вздутъ. Рвота. Очень тяжелое общее состояніе. Пульсъ 140. Темп. 37,6°. Главныя боли въ области слѣпой кишки, здѣсь уплотненіе и притупленіе.	Операция 15/x 95.
45. Онъ же.	Hermann Sch. 42 л.	Аппендицитъ съ омертвѣніемъ отростка.	Заболѣлъ 17/x 97. Запоръ, тошнота, рвота. Боли въ области пупка, потомъ слѣпой кишки.	Очень болѣзненное уплотненіе въ лево-сосаіной области.	Операция 25/x 97.

Разрѣзъ надъ Пупуртовой связкой до брюшины. Нижній отдѣлъ ея и катетеръ отечно-инфильтрованы. Экстраперитонеальными путями вошли по катетеру въ сосисъ, отдѣляя брюшину. Общій перитонитъ. Тампонада.	Непримѣнялось.	Тампонада изъ іодоформной марли.	Смерть. Въ тотъ же день умеръ при явленияхъ коллапса. Прим. Гнойный перитонитъ, занимающій главнымъ образомъ правый отдѣлъ живота и протеснѣвшій отъ прорыва гнойника, образовавшагося между сосисой и подвздошной костью, въ который произошло прободеніе appendix'a.
Разрѣзъ надъ Пупуртовой связкой. Мышечный слой пронитанъ серозной жидкостью, брюшина зеленоватымъ окрашена. Въ нижнемъ отдѣлѣ раны брюшина вскрыта насквозь и рана расширена туговымъ путемъ. Выдѣлялось много гнойнаго гноя. Границы гнойника остались неопредѣленны.	?	?	Смерть. За первые сутки безжизненное состояніе, частая рвота, одышка, ощущение сердечной тоски. Боли въ животѣ, вздутіе. Температура 39°. Смерть на 2-я сутки послѣ операции. Прим. Общій перитонитъ. Прободенный червеобразный отростокъ лежалъ въ полости первичнаго гнойника, очевидно вскрывшагося въ общую брюшную полость.
При операціи найдены общій перитонитъ.	?	?	Смерть. Прим. Смерть отъ перитонита, протеснѣшаго отъ прорыва въ брюшную полость гнойника, образовавшагося около прободеннаго appendix'a.
Вскрытіе гнойника.	?	?	Смерть. Прим. Общій перитонитъ отъ прорыва въ полость брюшины гнойника, образовавшагося вокругъ прободеннаго appendix'a.
Разрѣзъ боковой, вскрытіе нарыва. Со всѣхъ сторонъ между кишечными петлями вытекаетъ гной. Резекція червеобразнаго отростка. Оказалась перфорация его и гитрена всей слизистой. Нѣсколько копролитровъ.	Непримѣнялось.	Тампонъ раны стѣнокъ живота, съ цѣлью дать свободный стокъ.	Выздоровленіе. Послѣ операціи очень тяжелое состояніе, упадокъ силъ.
Боковой разрѣзъ. Отечность и окрашеніе фасцій, мускулатуры и брюшины. Вскрытіе полости абсцесса съ гнойнымъ содержимымъ, въ границахъ которой двѣ вскрытыя гнойными отложениями кишечныхъ петель. Резекція червеобразнаго отростка, въ немъ перфорация длиной въ 3 см. среди зеленой мѣлущейся ткани.	То же.	То же.	Смерть 28/x 97. Прим. На вскрытіи общій гнойный перитонитъ.

46. Sonnenburg. Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. III. H. 1. S. 1. 1898.	Emma Müller 19 л.	Аппендицитъ съ омертвѣніемъ отростка.	Заболѣла 24/ix 97. Сильныя боли въ животѣ, запоръ, рвота.	Умеренное издѣіе. Общая болѣзненность, особенно въ ileo-coecal'ной области. Задѣрка мочи. Языкъ сухъ. Температура 38,6°. Пульсъ 100.	Операция 6/x 97.
47. Онъ же.	Emilie B. 53 л.	То же.		Рвота, сильное издѣіе живота. Стѣнки живота сильно напряжены. Въ области слѣпой кишки резистентность и большая болѣзненность. Температура 39,5°. Пульсъ 120.	Операция 12/x 97.
48. Онъ же.	Jenny C. 8 л.	То же.	Первый приступъ аппендицита.	Очень сильное издѣіе живота. Въ области слѣпой кишки притупленіе въ 1/2 ладони. Большая болѣзненность при давленіи. Рвота. Тяжелое общее состояніе. Высокая температура. Пульсъ 130.	Операция 20/ix 97.
49. Онъ же.	F. 9 л.	То же.		Очень сильное издѣіе. Картина общаго перитонита. Притупленіе и утолщеніе справа въ заднюю величину. Очень большая болѣзненность. Глубоко ушедшіе въ орбиты глаза. Упорная рвота.	22 ix 97.
50. Tietze. Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. V. H. 1. 1899. № 1.	Emma H. 18 л.	Прободеніе язвы желудка.	Ранѣе признаковъ язвы не было. Вдругъ во время танцевъ сильная боль, слабость и обморокъ. Запоръ и отсутствіе газовъ около сутокъ послѣ заболѣванія.	Животъ издѣтъ и весь болѣзненъ. Въ среднѣй животѣ тупинатъ слегка приглушенъ. Область слѣпой кишки не представляетъ ничего ненормальнаго. Запоръ и отсутствіе газовъ. Рвота бурными массами. Темпер. 38,9°. Пульсъ 120, слабъ. Общее состояніе очень тяжелое. Легкій цианозъ. Дыханіе часто и тяжело.	30 часовъ послѣ прободенія.
51. Онъ же. № 7.	Рабочій 18 л.	Аппендицитъ.	17 дней болѣлъ аппендицитомъ. Болѣзнь началась вдругъ очень бурными симптомами. При пріѣздѣ въ Augusta Hospital припухлость надъ правой Ili. Pupartii, гдѣ и вскрытъ гнойникъ. Червеобразный отростокъ не найденъ.	Очень сильныя боли во всемъ животѣ. Метеоризмъ, частая рвота. Такъ какъ излеченіе началось вслѣдъ за введеніемъ дренажа, то являлась мысль о прободеніи стѣнки гнойника въ брюшную полость, и рѣшено оперировать.	1/2 сутокъ ?

Боковой разрѣзъ. Брюшина росла съ слѣпой кишкой и петлями тонкихъ. Сальникъ воспаленъ. Резекція червеобразнаго отростка. Appendix перфорированъ, его слизистая вся омертвѣла; омертвѣніе въ центральной части перешло и на мускулатуру его.	Непримѣнялось.	Тампонада стѣнокъ живота съ цѣлью дать свободный стокъ.	Смерть 8/x 97. Прим. Общій гнойный перитонитъ.
Боковой разрѣзъ. Вскрытіе полости брюшины. Предлежащая толстая кишка представляла признаки перитонита. Вскрытіе гнойника, продолжающагося вверхъ въ направленіи къ печени. Въ немъ омертвѣвшій червеобразный отростокъ. Тампонада.	То же.	Тампонада полости гнойника и раны.	Смерть 3/x 97. Послѣ первоначальнаго улучшенія, одышка, цианозъ. Прим. На вскрытіи найденъ поддиафрагмальный нарывъ, вскрытый въ полость плевры.
Боковой разрѣзъ. Выпущено много воиющаго гноя. Нигдѣ нѣтъ спасень.	То же.	Тампонада раны.	Смерть 20/ix 97. Прим. Вскрытіе. Общій перитонитъ.
Боковой разрѣзъ. Вскрытіе полости живота. Вытекаетъ въ большомъ количествѣ воиучій гной. Сращеній нигдѣ нѣтъ.	То же.	То же.	Смерть 24/ix 96. Прим. Вскрытіе. Общій перитонитъ.
Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка. Вытекла въ изобилии серозно-гнойная жидкость. Къ малому тазу гноя все больше и на днѣ его уже чистый густой гной. Слѣдая кишка и appendix нормальны. Разрѣзъ продолженъ вверхъ. Изъ верхняго отдѣла вытекаетъ почти чистая серозная жидкость. Исходный пунктъ перитонита остается темнымъ. Тампонада полости живота. Рана остается открытой.	То же.	Обильный дренажъ, тампонада изъ марли.	Смерть черезъ 11 часовъ. Операцию перенесла хорошо. Ночью, однако, началась упорная рвота, а затѣмъ постепенно коллапсъ и смерть. Прим. На вскрытіи найдено прободѣніе желудка на задней стѣнкѣ. Bursa omentalis наполнена коричневою жидкостью съ примѣсью содержимаго желудка.
Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка. Предлежатъ рядъ спаянныхъ кишечныхъ петель, которыя и были осторожно раздѣлены. Изъ глубины малого таза вытекло порядочное количество серозной, мутной жидкости, однако безъ примѣси гноя. Кишки здѣсь мѣстами спаяны и сильно налиты. По направлеіи вверхъ брюшная полость сращеніями не отдѣлена, но ви-	То же.	Обильная тампонада таза марлей, также турунды въ разныхъ направле-ніяхъ	Выздоровленіе. Температура скоро упала. Тампонады и несколько дней подавали жидкость, промачивавшую повязки. Рана гранулировалась. Послѣдующее теченіе осложнилось поддиафрагмальнымъ нарывомъ, который и былъ вскрытъ. Рана зажила.

52. Tietze. № 13. Mit. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. V. H. 1. 1899.	Дѣвочка 12 л.	Аппенди- цит и про- бо- деніе.	Вскрыть еще абсцесс между пузыремъ и правой кишкой. На 8-й день удален дренажъ изъ тазового абсцесса, а черезъ 3 дня снова поднялась температура. Дренажъ былъ введенъ снова и начался весьма бурный являніи.	Животъ очень вздутъ, стѣнки его очень напряжены. Вездѣ тимпанитъ и чрезвычайная чувствительность къ самому легкому давлению. Темпер. 38,6°. Пульсъ 108. Языкъ сухъ и очень обложенъ. Постоянная рвота. Характерное лицо, сознание нѣсколько затенено.	На 5-й день заболѣла. 12/хв 1898.
53. Онъ же. № 14.	Большая 22 л.	То же.	8 дней назадъ, заболѣла аппендицитомъ, протекавшимъ сначала безъ угрожающихъ явленій. 2 дня спустя появились признаки для назадъ рѣзкое ухудшение. Сильныя боли въ животѣ. Рвота, высокая температура, частый пульсъ, а за послѣдніе 12 час. подавленное сознание.	Животъ сильно вздутъ. Звукъ при перкуссии слегка притупленъ внизу и въ боковыхъ частяхъ. Уплотненія нѣтъ. Рвота. Языкъ очень сухъ и обложенъ. Пульсъ 120. Температура 39°. Безсознательное состояніе.	2 сутокъ послѣ появленія признаковъ рвоты.
54. Онъ же. № 15.	R. L. 10 л.	То же.	8 дней назадъ заболѣла запоромъ, рвотой и болью въ животѣ, послѣ чего скоро послѣ слабительнаго поправился. 3 дня назадъ боли въ правой подвздошной впадинѣ. До- ставленъ въ лѣчебницу пр. Mikulicz'a. Ночью рвота, вздутіе живота, затемненіе сознания.	Животъ очень вздутъ и обложенъ, особенно въ области слѣпой кишки, гдѣ небольшое притупленіе и резистентность. Рвота желчными массами. Жажда. Пульсъ 120. Темпер. 37,6°. Очень затемненное состояніе.	На 4-й день явленій.

димо брюшина ея не воспалена. Тампонада въ разныхъ направленіяхъ, особенно въ глубь таза. Рана оставлена открытою.	въ брюшную полость.			
Неполный наркозъ хлороформомъ. Пробный уколъ 8 см. внутри отъ spina anter. superior съ отрицательнымъ результатомъ. Вскрытіе брюшной полости справа. Ясная картина разлитого септического перитонита. Эскудата и гнойныхъ массъ очень немного. Тампонада іодоформной марлей. Такой же разрѣзъ и тампонада симметрично слѣва. Пробный уколъ per rectum въ Дугласово пространство далъ отрицательный результатъ. Тѣмъ же путемъ уколы послѣдовательно 3 утолщающихся труакарами, изъ которыхъ послѣдній и закрѣпленъ линкимъ пластиремъ in situ. Асептическая влажная повязка.	Непримѣнялось.	Тампонада іодоформной марлей въ изобилии.	Смерть.	
Мѣстная анестезія. Крестообразный широкий разрѣзъ посреди живота. Вытекло много слегка мутноватой съ хлопьями желкости, которой много скопилось въ тазу. Кишки очень налиты, кой-гдѣ фибринозные пленки. Около соеимъ сращенія, въ которыхъ вѣроятно впаивае appendix. Ихъ не трогали. Тампонада полости живота, чѣмъ и закончена операція.	То же.	То же.	Смерть черезъ 6 часовъ. Умерла, не приходя въ сознание.	
Мѣстная анестезія. Разрѣзъ въ 12 см. параллельно Пупартовой связкѣ. Гнойникъ въ дѣтскій кулакъ, наполненный воончимъ содержимымъ, изъ котораго ходъ въ малый тазъ. Общій перитонитъ. Толстый дренажъ и тампонада.	То же.	Дренажъ и обильная тампонада.	Смерть черезъ 6 часовъ. Смерть при постепенномъ ухудшеніи явленій и бредѣ.	

55. Tietze. № 16. Mit. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. v. H. 1. 1899.	Мальчик. 15 л.	Аппенди- цитъ.	Вдруг заболѣлъ бо- лями и вздутиемъ живота, особенно въ правомъ ниж- немъ отдѣлѣ. Въ правой подвздошной ямѣ отмѣчено небольшое притупленіе. Черезъ 2 дня доставленъ въ частную лѣчебницу Mikulicz'a.	Животъ очень болѣзненъ, ощущеніе не возможно. Пульсъ малъ и очень частъ. Большой породоочно исто- щенъ. Подъ наркозомъ отмѣ- ченнаго притупленія не оказа- лось. Пробный уколъ на этомъ мѣстѣ, равно какъ и кверху и внутри отъ spina anterior superior далъ отрицательный результатъ. Животъ умеренно вздутъ, частое поверхностное дыха- ніе. Сильный цианозъ лица и паль- цевъ. Икота, частая рвота коричневыми массами. Быв- шія до того притупленія и резистентность надъ Пупар- товой связкой исчезли. Тем- пература нормальна. Пульсъ частъ и слабъ. Сознаніе по- давлено.	2 сутокъ отъ начала явленій. 29/у 1897.
56. Онъ же. № 17.	Купецъ 29 л.	Аппенди- цитъ и пробо- деніе.	5 дней до того забо- лѣлъ первымъ приступомъ аппендицита. На 5-й день вдругъ рѣзкое ухудшеніе: упадокъ силъ, сильная боль, рвота, частый и малъ пульсъ, цианозъ.	Животъ умеренно вздутъ, частое поверхностное дыха- ніе. Сильный цианозъ лица и паль- цевъ. Икота, частая рвота коричневыми массами. Быв- шія до того притупленія и резистентность надъ Пупар- товой связкой исчезли. Тем- пература нормальна. Пульсъ частъ и слабъ. Сознаніе по- давлено.	10 часовъ послѣ прободе- нія. 23/III 1897.
57. Онъ же. № 18.	S. Дѣвушка 20 л.	Прободе- ніе черве- образнаго отростка.	Пять дней болѣла ап- пендицитомъ, при чемъ не было ничего угрожающаго. На 6-й день, во время рѣзкаго движенія въ кро- вати, вдругъ сильная боль въ животѣ и упадокъ силъ. Быстрое ухудшеніе. Че- резъ 6 часовъ доставлена въ Frauen-Hospital.	Животъ рѣзко вздутъ; въ области слѣпой кишки при- тупленіе и резистентность, тушеніе и резистентность, тушеніе въ остальныхъ мѣстахъ тупо- шнать. Пульсъ 120, очень малъ. Лицо блѣдно, зрачки плохо реагируютъ, цианозъ, бессознательное состояніе. Инъекціями камфоры и соля- ного раствора удалось нѣ- сколько поднять пульсъ и тогда операція.	12 часовъ послѣ прободе- нія.
58. Онъ же. № 19.	Густ. В. 60 л.	Прободе- ніе слѣпой кишки.	Нѣсколько дней какъ заболѣлъ явленіями острого перитифита. 24 часа какъ присоединилась тяжелая явленія со стороны брю- шины. Доставленъ въ частную лѣчебницу Mikulicz'a.	Животъ плоскій, очень на- пряженъ, чувствителенъ къ давленію, особенно въ области слѣпой кишки. Здѣсь же бо- льшая резистентность. Призна- ки въ животѣ явственны. Пульсъ очень частъ и слабъ. Уми- ренный цианозъ.	24 часа послѣ начала явленій перито- нита.

Хлороформъ. Разрѣзъ надъ правой lig. Purathii. Признаки общаго перитонита. Кишки очень красны, кой-гдѣ слегка спаяны, очень вздуты, нигдѣ нѣтъ вынота. Симметрично слѣва также разрѣзъ. Здѣсь выпущено около чайной ложки гнойной жидкости. Тампонада іодоформной марлей въ оба раны.	Непримѣ- нялось.	Тампон. іодо- формной марлей.	Выздоровленіе. Постепенно съ ослабленіемъ сим- птомовъ инфекціи брюшины наступило выздоровленіе.
Разрѣзъ по средней линіи. Очень взду- тыя кишки выпираютъ наружу. Въ по- лости живота нѣтъ жидкости. Кишки стали осторожно поднимать кверху, чтобы до- браться до области appendicis. Тотчасъ же съ правой стороны вышло около 3 к. с. слизкообразнаго гноя. Полость живота отгорожена отъ таза салфетками. Тампо- нада таза изъ средняго и двухъ допол- нительныхъ, наложенныхъ вдоль Пупар- товыхъ связокъ разрѣзовъ. Раны оста- влены открытыми.	То же.	Обычная тампонада марле- выми по- лосками и салфет- ками.	Выздоровленіе. Явленія перитонита медленно про- ходили въ теченіе первыхъ 3 дней. Рвота лишь въ первый день. Даль- нѣйшее теченіе осложнилось абсцес- сомъ праваго легкаго, который и былъ оперированъ благополучно. Выписанъ черезъ 10 недѣль въ от- личнои состояніи. Прим. Въ первый годъ два раза были приступы аппендицита въ бо- лѣе слабой степени, сопровождав- шіеся явленіями непроходимости, вѣроятно въ результатѣ сращеній. Ко времени сообщенія случая уже цѣлый годъ чувствуетъ себя вполне здоровымъ. Смерть ранѣ конца операціи.
Разрѣзъ по средней линіи. Изъ таза вытекло умеренное количество гноя. Вто- рой разрѣзъ съ боку надъ мѣстомъ слѣпой кишки. Легко отысканъ прободенный на центральнои концѣ конcrementомъ ар- pendicis. Изъ правой половины таза около слѣпой кишки выдѣляется умеренное ко- личество гноя, больше его вытекло изъ лѣвой подвздошной ямы. Больная умерла до окончанія операціи, длившейся менѣе 15 минутъ.	То же.	Тампон. іодо- формной марлей.	Смерть черезъ 6 часовъ.
Косой разрѣзъ на правой сторонѣ. Брюшинный покровъ очень красенъ, на немъ отложенія фибрина, такъ же какъ и на кишкахъ. Ближе къ слѣпой кишкѣ кишки даже какъ бы гноино инфильтрованы. На передней поверхности слѣпой кишки несколько прободеніе въ чечевичное зерно. Тампонада іодоформными салфетками.	То же.	Тампон. іодо- формной марлей.	Смерть черезъ 6 часовъ.

59. Tietze. № 21. Mit. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Vol. V. H. 1, 1899.	Jacob G. 37 л.	Заражение при опе- рации.	Гастро-интеростомия по поводу рака привратника по Wölfler'y. По вскрытии желудка вдруг рвота и часть желудочного содержания пошла в брюшную полость. Слѣдующие 3 дни все благополучно, лишь вырвало нѣсколько разъ. На 4-й день вдруг упадокъ силъ, цианозъ, едва ощутимый пульсъ, чувствительность живота къ давлению.	Послѣ инъъекции возбуждающихъ состояніе нѣсколько улучшилось, но рвота все держалась, а потому вторичная лапаротомія.	На 6-й сутки послѣ первой лапаротоміи.
60. Онъ же. № 22.	Helene W. 36 л.	То же.	Резекція привратника по поводу рака. Полость живота зашита наглухо. Первые 36 часовъ проишч. благополучно, а затѣмъ быстро наступили брюшинныя явленія.	Животъ болѣзненъ. Икота, частый, малый пульсъ. Вѣдъность лица. Инъекція камфоры оказала лишь преходящее дѣйствіе. Инъекція соляного раствора. Пульсъ немного поднялся. Лихорадка, рвота.	?
61. Онъ же. № 23.	Pauline S. 28 л.	То же.	Оперирована по поводу опухоли въ тазу. Опухоль оказалась спустившейся почкой, которая и была поднята вверхъ и фиксирована швами у позвоночника. Запирание полости живота наглухо. Въ первый день отмѣченъ ускоренный пульсъ, нѣсколько разъ рвота.	Частая икота, рвота. Температура 38,5°, частый и слабый пульсъ, небольшой цианозъ, животъ ясно вздутъ, вездѣ болѣзненъ при дотрогиваніи, притупленія тимпанического звука нигдѣ нѣтъ.	1½ сутокъ послѣ первой операциі.
62. Онъ же. № 24.	Gust. X. 42 л.	То же.	Оперированъ по поводу эхинококка печени. Послѣ удаленія паразита запирание наглухо. Уже вечеромъ большой безпокоенъ, температура повышена, малый частый пульсъ, частая икота и рвота. На слѣдующее утро несомнѣнно перитонитъ.	Температура 38,5°. Пульсъ 116. Животъ вздутъ, болѣзненъ въ верхнемъ отдѣлѣ, произвольно и при дотрогиваніи; частая рвота.	Около 1½ сутокъ послѣ первой операциі.

Лапаротомія. Желудокъ, салыникъ, кишки, нѣсто анастомоза — все покрыто фибринозно-гнойнымъ налетомъ. Швы все держатся хорошо. Тампонада іодоформной марлей.	Непримѣ- нялось.	Тампо- нада іодо- формной марлей.	Смерть черезъ нѣсколько часовъ. <i>Прим.</i> На вскрытіи фибринозно-гнойный перитонитъ. Швы при гастроинтеростоміи держатъ очень хорошо.
Лапаротомія вторично. Брюшина инъцирована, но блестяща. Около желудка показалось около столовой ложки серозно-кровоянистой жидкости безъ запаха. Желудокъ раздутъ. При манипуляціяхъ съ нимъ замѣченъ свистъ выходящаго въ тонкое отверстіе газа. Тампонада этой области желудка. Промываніе желудка, изъ котораго вытекло нѣсколько литровъ коричневатой жидкости.	То же.	То же.	Смерть черезъ 5 часовъ.
Брюшина рана раскрыта, жидкаго экссудата нѣтъ, но всѣ видныя кишки очень вздуты, съ налитыми рѣзко сосудами, покрыты фибринозными отложениями. Тампонада во многихъ направленіяхъ іодоформной марлей.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Въ слѣдующіе за 2-й операцией 2 дня все мало-по-малу вернулось къ нормѣ. Тампоны оказались сильно пропитанными отдѣляемымъ.
Брюшина рана раскрыта. Изъ полости брюшины вытекла мутная жидкость, въ которой были опредѣлены стрептококки. Кишки, сколько ихъ видно, вздуты и очень полнокровны. Брюшина утратила свой блескъ. Сраженій нѣтъ. Въ полость брюшины заложены въ разныхъ направленіяхъ тампоны изъ іодоформной марли, одинъ большой въ печени.	То же.	То же.	Выздоровленіе. Къ вечеру повязка сильно промокла, а температура упала; пульсъ не такъ частъ, рвота прекратилась. Больной поправился постепенно, но выписался съ глубокимъ спичомъ въ области печени. <i>Прим.</i> Дальнѣйшая судьба не известна.

63. Zeidler. (Обуховская больница). Mit. a. d. Gr. d. M. u. Chir. Bd. V. H. 4. 5. 1900.	Аграфена М. 20 л.	Инваги- нация, гангрена кишки.	Около 3 недѣль забо- лѣла болями въ животѣ и поносами, черезъ недѣлю присоединился рвота. 5 дней назадъ поносъ вдругъ прекратился, рвота и боли остались.	Животъ умеренно и равно- мерно вздутъ, при перкусии и опущивании болѣзненъ. По бокамъ къ поясничной об- ласти и надъ Пупартовымъ связками притупленіе. При из- сѣдываніи рег чапіамъ опре- дѣляется присутствие эксу- дата. По временамъ схватко- образныя боли. Лицо блѣдно, осунулось. Отекъ въѣкъ и ступней. Въ мочѣ бѣзъ, индиканъ. Газы и испражне- ніе не отходятъ. Пульсъ 112. Температура 36,8°.	?
64. Онъ же.	Ал-дра III. 38 л.	?	4 дня назадъ безъ ви- димыхъ причинъ заболѣла болью въ животѣ, запо- ромъ и отсутствіемъ от- хожденія газовъ. Со 2-го дня рвота. Слабительное не дѣйствуетъ. До того вполнѣ здорова.	Животъ равномерно и сильно вздутъ. Перисталь- тики не замѣтно. Вездѣ тим- панитъ. Болѣзненности нѣтъ ни при давленіи, ни при перкусии. Общее состояніе, пульсъ, видъ лица удовле- творительны. Темп. 36,7°. Диагностика колебалась между перитонитомъ и заворотомъ S. Romani.	?
65. Р. Ва- нахъ. Больн. Газ. Боткина, 1898 г., стр. 183, ч. IX.	Николай С. 22 л. Фабрич- ный.	Прободѣ- ніе язвы двѣнадцатиперстной кишки.	Всегда пользовался хо- рошимъ здоровьемъ. Раз- стройства пищеваренія и желудочныхъ явленій ни- когда не было. 24/и 97, послѣ ужина въ 11 ч. ве- чера вдругъ сильныя боли въ животѣ и рвота. Глав- ное мѣсто боли — область пупка и правая половина живота.	Поступилъ утромъ събду- много дня. Лицо осунувшееся, глаза впалые. Темпер. 38,2°, пульсъ слабъ, 120. Дыха- ніе 43. Животъ умеренно вздутъ, видны перистальти- ческія сокращенія кишокъ. Животъ очень болѣзненъ и напряженъ. Печеночная ту- пость есть, но начинается на 2 пальца выше реберъ.	Операция черезъ 15 часовъ послѣ по- явленія призна- ковъ про- боденія. 25 и 97.

Сухая асцитика. Хлороформъ. По вскрытіи брюшной полости вытекло много мутнаго серознаго эксудата. Брюшинный покровъ висцеральный и паріетальный индиффе- рентъ. Въ области слѣпой кишки эти явле- нія болѣе рѣзки. Близъ сосисъ видѣние ілеи въ ілеумъ, омертвѣніе, прободеніе. Ре- секція съ Мугру. Брюшная рана немного уменьшена швами. Тампоны въ брюшную полость.	Непримѣ- нялось.	Нѣ- сколько тампо- новъ въ полость брю- шинъ.	Смерть. Послѣ операціи оправилась, про- ходимость восстановилась, на 2-й день послѣбленіе. Въ дѣлѣйшемъ теченіи явленія не очень бурнаго перитонита. Боли, временами рвота. Пульсъ 100—132. Температура 37,8°—38,7°. На 5-й день концы кишки почти совсѣмъ разошлись. Пришлось ихъ шить въ рану (anus praeternaturalis). Смерть на 7-й день послѣ операціи. Прим. Вскрытіе: острый гной- ный перитонитъ рѣзче всего въ ма- ломъ тазу. Gastritis et entero-colitis chron. polyposa. Случай этотъ дока- зываетъ, что при наличии перито- нита спайки плохо образуются. Выздоровленіе. Въ послѣ-операционномъ теченіи 4 дня рвота. На низѣ на 3-й день. Температура не поднималась выше 37,1°. Первая перемѣна тампоновъ на 7-й день. Выздоровѣла вполнѣ. Прим. Авторъ склоненъ считать причину заболѣванія гонококковое пораженіе genitalis, чѣмъ, по его мнѣнію, и объясняется столь благо- получное теченіе и исходъ болѣзни. Бактеріологическія изслѣдов., къ сожа- лѣнію, повидимому не было сдѣлано. Выздоровленіе въ 3 мѣсяца. Температура вечеромъ въ день операціи 37,5°. Выздоровленіе безъ осложненій. Отдѣленіе по тампо- намъ шло хорошо, безъ задержекъ, на что указывало промокание по- вязки. На 3-й день самостоятель- ное послѣбленіе. Первые дни пи- таніе въ клизмѣ. Съ 3-го дня по- немного молоко. Первая перемѣна тампоновъ на 6-й день. Совсѣмъ удалены тампоны на 56-й день. Прим. Показывался черезъ 6 мѣсяцевъ. Случай попрежнему на фабрикѣ. Бѣтъ грубую пищу рабо- чего. Никакихъ диспептическихъ явленій.
Сухая асцитика, хлороформъ. Ланарото- мія. Всѣ кишки сильно вздуты. Серозные налеты, а среди петель кой-гдѣ гнойный эксудатъ, не полный. Спаекъ между киш- ками нѣтъ. Въ маломъ тазу нѣсколько большее вышеописаннаго эксудата, но не много. Въ области слѣпой кишки и при- датковъ ничего ненормальнаго открытъ не удалось. Въ дѣлѣйствіе слабости большой пришлось быстро закончить операцію, введя обильное количество тампоновъ въ малый тазъ, между петлями кишокъ, въ пояснич- ный выдѣны и т. д. Разрѣзъ какъ при appendicitis (перво- начальная діагностика). Въ полости жи- вота жидкій гной съ свертками фибрина, безъ запаха. Срашеній нигдѣ нѣтъ. Ки- шечныя петли гиперемизированы, покрыты мѣстами фибриномъ, плаваютъ въ гною. Appendix нормаленъ (резецированъ, такъ какъ выдѣленъ при изслѣдованіи). Такъ какъ сверху въ полости живота измѣненія болѣе рѣзки — разрѣзъ сверху. Изъ тѣла подробѣе идетъ много гноя. Обращено вниманіе на желудокъ и подпеченочную об- ласть, при чемъ найдено perforatio duodeni и закрыто швами. Тампономъ іодоформной марли въ 12-перстной кишкѣ; нѣсколько тампоновъ внизъ между петлями кишокъ; раны не зашиты.	То же.	Большое число там- поновъ въ разныхъ направле- ніяхъ.	То же. Дренажъ изъ мар- левыхъ полосокъ безъ ука- занія плана ихъ размѣ- щенія.

Т А Б Л И Ц А И I.
Случаи, гдѣ при операциі примѣнялось промываніе брюшной полости съ послѣдующимъ зашиваніемъ раны наглухо.

Авторъ и годъ.	Возрастъ и полъ больного.	Причина возникновенія перитонита.	А н а м н е з ъ.	Status praesens.	Сколько времени спустя послѣ начала явлений перитонита приступлено къ операциі.	Описание операциі.	Промываніе.	Дренажъ.	Исходъ и послѣдующее теченіе.
1. Boldt. Wiener Med. Presse. 1895, p. 1979. Ref. Hildebrand's Jahreshesb. Peritonitis.	Женщина 31 г.	Разрывъ оваріальной гематомы съ изліаніемъ содержимаго въ брюшную полость.	Внезапно наступили боли внизу живота и общая слабость.	Животъ вздутъ, колансъ. Пульсъ 140. Темпер. 39,1°.	На 4-й сутки послѣ прободенія.	Въ Дугласовомъ пространствѣ найдены кровавые сгустки и кровавистый экссудатъ. Удалены тѣлые придатки. Полость живота промыта большимъ количествомъ горячей воды безъ разрыва сѣзжеобразованныхъ спаекъ. Зашиваніе наглухо.	Промываніе.	Зашиваніе полости живота наглухо.	Выздоровленіе.
2. Henry Pearce Dean. Brit. Med. J. 1894. Vol. I, p. 1014.	Женщина 27 л.	Прободеніе двѣнадцати перстной кишки.	14 дней страдала болями въ груди и области желудка. Нѣсколько разъ была рвота. 7—8 дней было на низъ. За 24 часа до поступленія въ больницу вдругъ сильныя боли въ верхней части живота и рвота. Колансъ.	17/и 94 поступила. Слабость. Животъ вздутъ, ущемленъ, напряженъ, очень болезненъ особенно въ верхней части. Пульсъ 120, слабъ; дыханіе учащено и не правильно.	Операциі черезъ сутки послѣ начала признаковъ прободенія. 17/и 94.	Разрѣзъ внизъ отъ пупка. Въ полости брюшины гнойный выпотъ, кишки вздуты, разлиты, фибринозные отложения. Такъ какъ въ пищеводъ отбѣлъ все нормально, то разрѣзъ сверху. Въ области желчнаго пузыря фибринозные отложения болѣе обильны; въ одномъ мѣстѣ показались пузырьки газа. Быстро найдено прободеніе на передней стѣнкѣ двудені. Избѣженіе, зашиваніе. Полость живота промыта борной водой и тщательно вытерта. Зашиваніе наглухо.	Промываніе растворомъ борной кислоты.	То же.	Выздоровленіе послѣ операциі, но смерть черезъ 2 мѣс. отъ непроходимости. Закливленіе безъ реакціи per primam. 17 днѣ питаніе per rectum. Черезъ мѣсяцъ обыкновенная пища. Встава съ постели. Прим. 13/и 94. Вдругъ боли въ животѣ и признаки острой непроходимости. Черезъ 2 сутокъ чревоущемленіе. Найдена перемычка, въ которой и произошло ущемленіе петли подвздошной кишки. Разсѣченіе перемычки, освобожденіе ущемленія, промываніе полости живота. Зашиваніе раны. Смерть черезъ 36 ч. На аутопсіи найдены выше перечисленныя 2 перфорациі кишки въ результатѣ омертвѣнія отъ ущемленія.
3. Dubouja-doux. Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. 1898. № 29. (Hild. Jahr.).	?	Ударъ копытномъ въ животъ.	Развилась явленія перитонита.	Сильное напряженіе мышцъ брюшной стѣнки.	18 часовъ послѣ поврежденія.	Лапаротомія. Найдено 2 прободенія въ тонкой кишкѣ. Кишки воспалены, покрыты фибриномъ. Обтираніе растворомъ сулемы 1:1000 и промываніе горячей стерилизованной водой.	Промываніе горячей стерилизованной водой.	?	Выздоровленіе.
4. T. Escher. Mischel M. Wien. Med. Woch. 1887. № 21.	Мисхелъ М. 17 л. Котельный мастеръ.	Подкожный разрывъ тонкой кишки.	Упалъ съ небольшой высоты и ударился животомъ о выстоявшій копынецъ балки. Тотчасъ сильныя боли въ животѣ, ате, зѣвотъ рвота съ кровью и желчью. Въ тотъ же день доставленъ въ больницу. Исслѣдованіе жи-	На слѣдующее утро безъ перемѣтъ, однако, къ вечеру ухудшеніе. Появилось неопредѣленное притупленіе, вздутие, усиленные боли. Отбѣла отъ того морфема. На предложенную операциі не согласился. Къ утру много хуже. Начался упадокъ силъ, взду-	Черезъ 44 часа послѣ поврежденія. 10/и 1887.	Разрѣзъ по средней линіи. Газовъ въ полости живота нѣтъ. Подъ сальникомъ замѣченъ клубокъ неправильно и не вполне слѣженныхъ петель кишокъ. Изъ глубины полости выпоача, съ примѣсью кала жидко-красная. При вытаскиваніи кишечныхъ петель, непрочны сращенныхъ между собой съ окружающими органами, нашли въ 20 см. отъ начала іей полный по-	Промываніе борной водой и очищеніе насухо.	То же.	Смерть. Послѣ операциі оправился, но вдругъ умеръ при явленіяхъ острого коланса, когда поднялъ голову, чтобы напиться воды, черезъ 3 часа послѣ операциі. Прим. На вскрытіи ничего особеннаго. Никакихъ сдѣловъ поврежденій ни въ животѣ, ни на

5. I. L. Faure. Gaz. d. Hôpi- taux 1897, p. 574.	R. 61 г.	Прободение тубер- кулезной язвы кишки.	вота не дало ничего, указывающего на важность повреждения. Нет приглушения звука, нет вздутия. Печеночная тупость нормальна. Живот даже несколько втянут. Глубокое давление вызывает боль. Мочился сам. Рвота умеренная.	Живот очень вздут, вздут тимпанит. Печеночной тупости нет. При сотрясении тела больного слышится шелест, что указывает на скопление газов и жидкости (почему не в желудке или кишке?).	? 11/IV 1896.
6. Horsley. Brit. Med. J. 1895. July 13. (Hild. Jahr.)	Девушка 18 л.	Прободение язвы желудка.			7 1/2 час. после прободения.
7. Holling. Lancet. 1896. May 9, p. 1284.	Мужчина 33 л.	Прободение тифозной язвы.	На 9-й день заболевания тифом появились все симптомы прободения и напряжен, болезнен. Рвота перитонита. 2 дня до того было кишечное кровотечение.	Живот вздут. Печеночная тупость исчезла. Живот напряжен, болезнен. Рвота. Дыхательные движения брюшных мышц отсутствуют.	?
8. I. Hopkins. Walters Royal Berkshire Hospital. Lan- cet Febr. 23. 1895, p. 484.	Женщина 20 л.	Прободение язвы желудка.	Вечером через 4 часа после последней, очень умеренной еды вдруг боли под ложечкой с отдачей в левое плечо; тошнота, но без рвоты; вздутие живота.	При поступлении боль в левом подреберье, отдающая в левое плечо. Живот вздут, печеночной тупости нет. Тимпанит и чувствительность во всем животе; рывок в области желудка. Дыхательных движений брюшных мышц нет. Общее состояние удовлетворительно. Пульс 120, темп. 37,7°.	Через 13 1/2 час. после прободения. 16/IX 1894.

перечный разрыв кишки и брыжжейки почти до корня, 30 см. дальше такой же неполный разрыв. Вздут, особенно в тазу, скопление экссудата с большим примесью каза. Резекция участка кишки между разрывами. Тщательное очищение и вымывание борной водой брюшной полости. Зашивание наглухо.			брюшной стѣнкѣ. Полость брюшины вполне очищена макроскопически. Швы хорошо держат.		
Пробный маленький разрыв по средней линии под коканомом. Сейчас же из полости живота пошли газы, а потом серозно-кровянистая жидкость с клочьями и каловыми массами. Больной захлороформирован. Разрыв увеличен, найдено большое прободение на S-роматим. По возможности сдѣлать резекцію кишки, она вытнута в рану и шита.	Промывание большим количеством кипяченой воды.	Зашивание наглухо.	Смерть. Умер через 36 часов после операции. <i>Прим.</i> На вскрытии в rectum и S-Romatim найдено много туберкулезных язв, одна из которых и вызвала прободение.		
В полости брюшины желудочное содержимое. Передняя стѣнка желудка сращена с паритальной брюшиной; в ней прободение в 1/2 дм. Вымывание и вытирание насухо полости живота после зашивания прободения. Зашивание наглухо.	Промывание.	То же.	Выздоровление. Послѣдующее течение осложнилось большим гнойником, вскрывшимся в рану, и флегитом на левой ногѣ.		
Найдено прободение в 8 дм. от ъста вытнута lei в толстую кишку. Зашивание. Брюшная полость промыта и зашита наглухо.	То же.	То же.	Смерть через 36 часов. Постепенно наступала все большая слабость. <i>Прим.</i> На вскрытии найдены признаки peritonitidis acutissima и еще одно, не замеченное при операции, прободение.		
Разрыв по средней линии. В полости живота газы в большом количестве. Немного серозного экссудата в области печени. Слегка воспалены стѣнки желудка в области прободения, на передней стѣнке, в 3 дм. от cardia. Удаление серозной жидкости губками. Зашивание стѣнки желудка, который оказался совсем пустым. Содержимого желудка в брюшной полости не было; рывков язвы перитонита нет. Полость живота промыта слабым борным раствором и зашита наглухо.	Промывание борным раствором.	То же.	Выздоровление. Гладкое послѣдовательное течение. Операцию перенесла хорошо. Пища per os разрешена с 7-го дня. Первая перевязка на 7-й день. Выпалася из больницы 24/хп вполне здоровой.		

9. Jowers. Sussex County Hospital. The Lancet 1895. Mar. 2. 544.	Женщина 24 л.	Прободен- ие извы желудка.	2 года страдала болями послѣ ѣды. Лѣчилась отъ извы желудка. Наканунъ поступленія, послѣ выпит- аго какао вдругъ почув- ствовала боль подъ ло- жечной, появилась рвота и сильная слабость.	Животъ не вздутъ, но очень болѣзненный, въ лѣвомъ под- реберьи особенно. Бедрa при- ведены къ животу, брюшного дыханія нѣтъ. Общее состоя- ніе очень плохо. Глубокій ко- лапсъ. Лицо осунулось, похо- лодіе конечностей, зрачки расширены. Пульсъ 100, Температура 36,1°.	Черезъ 6 часовъ послѣ прободен- ія. 6/ix 1894.
10. R. U. Kroenlein. A. f. kl. Chir. Bd. XXXIII. H. 2. 1886.	Бузинецъ 17 л.	Прободен- іе черве- образнаго отростка.	Здоровый мужчина, на- канунъ работалъ весь день въ кузницѣ. Утромъ боли подъ вѣшней части живота малому та- зу, произвольная бо- ль и скорѣе рвота, со 2-го дѣ- ленія и чувствитель- на болями при надавливаніи. Пер- хактеръ каловой. На 3-й дѣ- леніи коллапсъ, упадокъ, слегка притупленъ, неболь- пульсъ. Запоръ все время. Лѣчилась опіемъ.	Животъ вздутъ мало. Икота, рвота. Въ правой подвздош- ной ямѣ, распространяясь къ тазу, произвольная бо- ль и чувствительность и чувстви- тельность при надавливаніи. Пер- хактеръ каловой. На 3-й дѣ- леніи коллапсъ, упадокъ, слегка притупленъ, неболь- пульсъ. Запоръ все время. Лѣчилась опіемъ.	Черезъ 3 сутокъ послѣ начала прободен- ія. 14/ix 1884.

Эпиръ. Животъ вскрытъ по средней линіи. Внутренности на видъ нормальны. Печѣно- чное показало, что язва находится на зад- ней стѣнкѣ желудка близъ cardia. Вскрытъ сальникъ. Язва и окружающій ее инфил- тратъ обколоты и изъѣлены, послѣ чего зашиваніе. Въ полости bursa omentalis явный запахъ какао. Промываніе полости живота перекисицею воды и зашиваніе паглухо. Операніи 2 часа.	Промыва- ніе пере- кичного послѣ прободен- ія водой.	Защито паглухо.	Выздоровленіе. Первые 2 дня рвота, первый день съ казовыми запахомъ. Тем- пература все время нормальна. Съ 5-го дня жидкая пища per os. На 12-й день вдругъ опять силь- ная боль и коллапсъ, что заста- вило думать о новомъ прободеніи и предпринять вторичную лапаро- томію. Животъ вскрытъ. Желудокъ оказался приросшимъ къ передней стѣнкѣ живота и былъ отдѣленъ. Въ bursa omentalis желудокъ также плотно приросъ къ задней стѣнкѣ. Ника- кихъ признаковъ прободенія. Тѣлъ не мѣнѣе промываніе полости жи- вота и дренажъ въ полость брю- шины. Послѣ этой операніи очень слаба. Усиленное прижиганіе воз- буждающихъ, стрихнинъ. Нѣсколько дней болѣзненіе ея очень тяжело, затѣмъ поемному поправленію. При- чина 2-го прѣступа не выяснена, быть можетъ колѣни подъ вліяніемъ сраженій. Въ дальнѣйшемъ теченіи, опять послѣ ѣды, былъ такой же припадокъ, уступившій морфію.
Разрѣзъ отъ пупка до лобка. Предле- житъ сильно вздутыя кишечныя петли и об- сальникъ воспаленные, полнокровные, по- крытые уѣбранными фибринозными отло- женіями. Сальникъ у малаго таза при- рашенъ къ передней стѣнкѣ живота. Попытка отдѣлѣть его легко удалась, ко- нечъ оказался утолщенъ, геморрагически инфильтрованъ, издаетъ противный за- пахъ. По отдѣленіи сальника отъ стѣной кишки и таза, хлынула вошочная гнойная жидкость. Кишки здѣсь сильно воспалены, густо обложены фибриномъ. Червеобраз- ный отростокъ лежитъ свободно, воспа- ленъ, прободенъ. Онъ былъ резецированъ, какъ и конечъ сильно измѣненнаго саль- ника. Кишки эвентрированы, очищены салфетками и обмыты 2 1/2% ас. carbolic. Полость живота очищена губками. Заши- ваніе паглухо.	Эвентра- ція и об- мываніе кишечъ 2 1/2 % карболо- вымъ рас- творомъ. Полость живота очищена губками.	То же.	Смерть. Къ вечеру больной нѣсколько оправился. Конечности согрѣлись, пульсъ сталъ нѣсколько лучше. Икота рѣже и не болѣзненна, рвота прекратилась. Ночь провелъ недурно, однако пульсъ 150. Температура 38,8°. На слѣдующее утро началось явленіе коллапса, все усиливавшіяся; несмотря на возбуждающія, къ ве- черу exitus. Прим. Вскрытія не было.

11. R. U. Kroenlein. A. f. kl. Chir. Bd. XXXIII H. 2. 1886.	I. Sch. Jakoi 18 л.	?	8 дней назад, послѣ того какъ съѣлъ много вишенъ съ косточками, особенно сильная въѣзо отъ боли въ животѣ и рвота. Слабительное не подѣйствовало. На 3-й день обратился къ врачу, который нашелъ его въ удовлетворительномъ состоянн. Явления перитонита не было. Боли внизу живота, жажда. Слабительныя клизмы безъ результата. Постепенное ухудшеніе явлений. Направленъ въ больницу съ діагностикой volvulus.	Животъ сильно вздутъ и напряженъ. Болѣзненность въ области желудка послѣдъ. Среди относительно полного здоровья вдругъ сильная боли въ животѣ и жажда. Боли внизу живота, жажда. Слабительныя клизмы безъ результата. Постепенное ухудшеніе явлений. Направленъ въ больницу съ діагностикой volvulus.	Около 5 сутокъ послѣ начала явленій. 26/iv 1885.
12. Онъ же.	P. B. Земельцъ 61 г.	Прободеніе подвздошной кишки.	4 дня назадъ среди полного здоровья во время работы вдругъ сильная боль въѣзо внизу живота, тошнота. Появились знобы и головная боль. Былъ позванъ врачъ, въ присутствіи котораго у больного новый приступъ боли, коллансъ и рвота. Определенъ начинающийся перитонитъ, назначенъ опій. На 2-й день немного оправился, дано слабительное и клизма безъ результата. Въ слѣдующіе 2 дни состояние не улучшалось, почему поступилъ въ клинику.	Поступилъ въ удовлетворительномъ состоянн, но скоро, уже въ клиникѣ, вдругъ сдѣлался коллансъ. Пульсъ нитевидный, нельзя считать. Частое поверхностное дыханіе. Боли. Лицо сразу осунулось. Конечности холодны. Животъ дуется. Безпокойство. Сердечная тоска.	26/x 1885.
13. Will. Maurice. The Lancet 1895. Oct. 19, p. 980.	Женщина 19 л.	Прободеніе язвы желудка.	Ранѣ страдала болями въ области желудка послѣдъ. Среди относительно полного здоровья вдругъ сильная боли въ животѣ и жажда. Боли внизу живота, жажда. Слабительныя клизмы безъ результата. Постепенное ухудшеніе явлений. Направленъ въ больницу съ діагностикой volvulus.	Животъ болѣзненъ, брюшная стѣнка напряжена; печеночной тупости нѣтъ. Тонкая часть и часто; пульсъ 138. Темпер. 101,6 F. = 38,7° C. Упадокъ силъ не очень большой.	Операция черезъ 9 часовъ. 15/iv 95.
14. Онъ же.	Женщина 30 л.	То же.	Ранѣ много страдала явленіями со стороны желудка. Вдругъ сильная боли въ животѣ, отда-	Доставлена въ больницу въ очень плохомъ общемъ состоянн. Пульсъ частъ и слабъ. Животъ вздутъ. Пече-	Операция черезъ 19 1/2 часовъ. 3/iv 95.

Разрѣзъ срединный ниже пупка. Въ полости живота кровянисто-серозный, очень мутный экссудатъ. Кишки очень вздуты, такъ что съ трудомъ удерживаются въ брюшной полости, покрыты фибриномъ, очень красны и отдѣльныя петли спаяны между собой сѣтчатой склейками. При попыткахъ раздѣлить ихъ вытекаютъ тамъ и тутъ экссудатъ болѣе или менѣе гнойный и вонючій. Болѣе всего экссудата въ маломъ тазу и правой fossa iliaca. Вентрація, обмыканіе кишекъ растворомъ сулемы 1:2000. Очищеніе ихъ и брюшной полости губками. Зашиваніе наглухо.	Обмыканіе эвентрированныхъ петель растворомъ сулемы 1:2000.	Зашиваніе наглухо.	Выздоровленіе. Во время операціи и послѣ возбуждающн: знобы подъ кожу. Вечерняя температура въ день операціи 37,4°. На слѣдующій день состояние не хуже чѣмъ до операціи. Температура 36,2°. Пульсъ 90, полнѣе. Дыханіе 28 въ мин. Рвота прекратилась. На 3-й день самопроизвольное обильное послабленіе, послѣ чего около 10 дней поносъ. Съ каждымъ днемъ улучшеніе. Рана зажила per primam. Животъ опять къ 6-му дню. Твердая пища дана съ 25-го дня.
Операция безъ наркоза въ виду слабости больного. Разрѣзъ по средней линіи отъ пупка до лоба. Антисептика (сулема 1:2000). Въ полости живота много возмущающаго гноя съ газами, выдѣляющимися пузырями. Кишечныя петли обложены фибринозными пленками и слабо склеены. Частичная вентрація; скоро удалось выйти въ лѣвой сторонѣ прободенную стѣнкой тонкой кишки. Нижняя часть живота наполнена излившимися жидкими испраженіями. Зашиваніе прободенія. Промываніе сулемой 1:2000 и очищеніе губками брюшной полости. Зашиваніе наглухо.	Промываніе сулемой 1:2000. Очищеніе губками.	То же.	Смерть черезъ 1/2 сутокъ. Температура вечерняя въ день операціи 38,3°. Прим. На вскрытіи серозно-фибринозно-гнойный перитонитъ съ большимъ количествомъ экссудата. Зашитое прободеніе оказалось in ilco. Выше этого мѣста еще 2 маленкихъ круглыхъ язвы. Остальная слизистая здорова во всемъ желудочно-кишечномъ трактѣ.
Разрѣзъ по средней линіи выше пупка. Въ полости живота газы, на кишкахъ отложения фибрина. Зашиваніе перфорации на передней стѣнкѣ. Промываніе водой 110 F. = 40,5° C. и вытираніе губками. Зашиваніе наглухо.	Промываніе водой 40,5°.	То же.	Выздоровленіе въ 2 1/2 мѣсяца. Теченіе хорошо. Съ 3-го дня ѣла и на 3-й же день произвольное послабленіе. Нѣкоторое время была повышена температура. Въ ранѣ поверхностное нагноеніе. На 3-й недѣль осложненіе тромбозомъ венае saphenae. Выписалась 30/iv 95.
Въ полости брюшины не найдено ни язвы, ни жидкости. Кишечныя петли извлечены въ желудку и покрыты фибриномъ. При попыткѣ подтянуть въ рану	Промываніе водой.	То же.	Смерть на 11-й день отъ перитонита. Послеминого шло на улучшеніе до 8-го дня. На 8-й день рвота, за-

			вавший въ лопатку. Врачъ давалъ опиѣ, боли утихли, и такъ промедлили до слѣдующаго дня.	ночная тушость слегка ослаблена.						желудокъ оказалось, что онъ принаи- къ многимъ соседнимъ органамъ. Вблизи одной приростной петли большая перфо- рація, изъ которой идутъ газы и жид- кость. Определить, какая это часть же- лудка, нельзя. Отверстіе зашто. Полость живота промыта и очищена.				тѣмъ ухудшеніе и смерть черезъ 3 дня при явленіяхъ возрастающей слабости. <i>Прим.</i> Вскрытіе. Въ ранѣ на- гноеніе. Швы держатъ хорошо. На кишкахъ во многихъ мѣстахъ свѣ- жія спайки и фибринозные отло- женія. Въ полости брюшины нѣтъ гноя. Въ сильно растянutomъ же- лудкѣ много рубцовъ отъ старыхъ язвъ и strictura pylori.
15. Mikulicz. Rich. Volk- manns Samm. kl. Vort. 262.	Spaniole (Испан- скій еврей). 25—30 л. на видѣ.	Разрывъ стѣнки желудка.	7 лѣтъ страдалъ раз- стройствомъ отравленія желудка. Ухудшеніе въ его состояніи наступило за нѣ- сколько часовъ до того, внезапно.	Нижній отдѣлъ живота равномѣрно издутъ и напри- яженъ, болѣзненъ при дотро- гиваніи. Ясный тимпанитъ. Рвота нѣсколько разъ жид- костью съ виннымъ запахомъ. Коллапсъ. Лицо осунулось, пульсъ частъ, 120; конеч- ности холодны. Пробнымъ уколамъ изъ полости живота вытннуты горючіе газы съ виннымъ запахомъ. Вокругъ мѣста укола тотчасъ разви- лась подкожная эмфизема.	Нѣ- сколько часовъ, сколько нельзя выяснить, изъ анам- неза. 7/3 1880.					Наркозъ. Разрѣзъ отъ пупка до лѣва- го средней линіи. Изъ полости живота до- выдѣлились газы и кофейная жидкость, чиста рас- ся запахомъ вина и примѣсью рисовыхъ зеренъ. Кишки на видъ не измѣнены крошъ эхтимозовъ въ нѣсколькихъ мѣ- стахъ. При попыткахъ удалить жидкость изъ живота губками, отъ области желудка притекаютъ все новыя порціи ея. Разрѣзъ продленъ къверху и близъ сардіа найденъ целевидный разрывъ желудочной стѣнки въ 6—8 см. Желудокъ очень растагнутъ пищевыми масса-ми. Зашиваніе. Кишки эвентрированы въ карболовую салфетку. Полость живота и кишки промыты до- чиста растворомъ тимола 1:1000. За- шиваніе. Операнія длилась 1 часъ.	Промы- ваніе до- чиста рас- творомъ тимола 1:1000.	Зашива- ніе на- глухо.		Смерть черезъ 3 часа. Къ концу операнія больной былъ въ состояніи глубокаго коллапса, однако принятіемъ возбуждаю- щихъ его удалось привести въ себя но не надолго, такъ какъ скоро снова начался упадокъ дѣятельности сердца, и больной скончался. <i>Прим.</i> На вскрытіи въ полости живота найдено немного жидкости. Брюшина гладка, нивы хорошо дер- жать. Причина разрыва осталась темною. Причина смерти—коллапсъ.
16. Онъ же. A. f. kl. Chir. Bd. XXXIX. S. 756.	Мужчина 38 л.	Прободѣ- ніе тифоз- ной язвы.	Заболѣлъ полторы не- дѣли назадъ. Сначала по- носы, потомъ упорный за- поръ и рвота. Приступле- ніи представляли полную картину Pous's'a. За 24 часа пребыванія въ клиникѣ ухудшеніе.	Возрастающій метеоризмъ. Постоянная каловая рвота. Малый, слабый пульсъ, по- холоданіе конечностей.	17/III 1888.					Лапаротомія безъ точной діагностики. Разрѣзъ по средней линіи. Въ брюшной полости большое количество серозно-гной- ной жидкости съ примѣсью кала. Во мно- гихъ мѣстахъ спайки. Найдена и зашто перфоранія тонкой кишки. Эвентрація. Кишки и брюшная полость очищены частію обтираніемъ сулемовыми салфет- ками, частію промываніемъ борной водой. Зашиваніе наглухо.	Промыва- ніе бор- нымъ рас- творомъ и обтира- ніемъ суле- мовыми сал- фет- ками.	То же.		Смерть черезъ 12 часовъ. Умеръ при возрастающихъ явле- ніяхъ коллапса. <i>Прим.</i> На вскрытіи типичная картина тифа и общаго перитонита. Зашитая перфоранія хорошо закрыта.
17. T. Myles. Rojal acad. of Medicine in Ireland. The Lancet 1899. Apr. 8, p. 965.	Старикъ 72 л.	Прободѣ- ніе язвы желудка.	Послѣ вправленія уще- мленной пупочной грыжи развились явленія прободѣ- нія.	Сильныя боли и чувстви- тельность при дотрогиваніи. Постоянная рвота черными, очевидно кровавыми, масса- ми. Отсутствіе печеночной ту- шости. Очень тяжелое общее состояніе, быстро развиваю- щійся коллапсъ. Операнія въ почти безнадежномъ состояніи.	?					Характеръ, потомъ эсеръ (при сѣкѣтъ поднятіе очень плохого пульса). Пробо- деніе желудка легко найдено и зашто. Полость брюшины обильно промыта го- рячимъ солянымъ растворомъ. Въ началѣ наркоза почти безъ пульса.	Промыва- ніе горя- чимъ со- лянымъ раство- ромъ.	То же.		Выздоровленіе.

18. Pasteur and Morris. Lancet. 1895. Dec. 21, p. 1573.	Женщина 24 л.	Прободение язвы желудка.	Раньше страдала диспептическими явлениями (была кровавая рвота). Вдруг наступили сильные боли. Вскорь доставлена в больницу.	Доставлена в хорошем общем состоянии. Болзанность умеренна, вздутие не велико. Печеночной тупости нет. Через часть явления значительно уменьшились. Напряжение живота и боли усилились. Пульс стал част и мал. Лицо приняло характерное выражение. Явления тяжелого обного перитонита. Присутствие экзудата не определяется.	Операция через 4 часа 10/п 95.
19. E. Patry. Rev. Med. de la Suisse Rom. 1895. N 1, p. 42. (Prof. Hildebr. J.).	Мальчик 10 л.	?			
20. Paul. Lancet 1895. July 6, p. 31.	Женщина 31 г.	Прободение язвы желудка.	Раньше много страдала диспептическими явлениями. Последние полгода ухудшение (кров. рвота). После уаина ночью сильные боли, рвота, коллапс.	Живот очень болзанен и напряжен. Вздутия нет. Пульс 130, очень слаб.	Операция через 9 часов после прободения. 13/xi 94.
21. Selby. The Lancet 1895. Nov. 30, p. 1348.	Девушка 17 л.	То же.	Малокровие; хлороз; дисменорхеа. Желудочных явлений никогда не было. Вдруг сильная боль, рвота, упадок сил. 24 часа выжидательное лечение, затѣм доставлена в больницу.	Боль очень сильна во всем животѣ. Живот сильно напряжен и вздут. Тимпанит. Печеночной тупости нет. Пульс 120, слаб. Темпер. 102,6° F. = 39,1° C. Дыхание поверхностное 45 в минуту. Характерное выражение лица.	Операция через 24 часа 7/xi 95.

Разрѣз по средней линіи выше пупка. Въ полости живота воиочіе газы. На печени отложения фибрина. Небольшая язва и прободение на передней стѣнкѣ желудка. Запивание. Полость живота промыта раствором ас. карболой 1/4% t° 40,5 C. и тщательно вытерта губками, особенно въ болѣе глубокихъ отдѣлахъ. Во время промыванія упорная асфиксія съ расширеніемъ зрачковъ. Запивание наглухо.	Промывание раствором ас. карболой 1:400. Тщательное вытирание.	Запивание наглухо.	Гладкое выздоровление въ 2 недѣи. После операции слабость, Шейн-Штобовское дыханіе, темп. 98° F. = 36,6° C. Прим. Выпсалась здоровой через 2 недѣи. 24/п 95.
Разрѣз по средней линіи. Вынушено около 150 к. с. серозно-кровоистой мутной жидкости съ фибринозными хлопьями. Вся видная брюшина воспалена, кишки вздуты. Сращений никакихъ нетъ. Промывание 5 литр. теплаго 3% борнаго раствора.	Промывание борным раствором.	?	Выздоровление.
Разрѣз по средней линіи выше пупка. Въ полости живота зеленоватая, въполчал жидкость и газы. На прилежащихъ кишечныхъ петляхъ ясныя признаки перитонита. Перфорация на передней стѣнкѣ. Запивание представлялось очень труднымъ, почему наложено свищъ съ помощью особой трубки, дѣйствующей по принципу Митрѣ. Брюшная полость тщательно промыта перекисиной водой и защищена наглухо.	Промывание большимъ количествомъ перекисиной воды t° 100° F., 38° C.	Запивание наглухо.	Выздоровление. После операции тошнота и разъотрыжка съ жидкостью. Рвота невозможна (gastrostomia). Первые дни все шло хорошо. Темп. 98—100 F. Со стороны живота ничего грознаго. На 4-й, 5-й и 6-й день желудочное кровотечение. Вследствие этого потребовалась особая осторожность съ питаніемъ. Гастростомическая трубка удалена на 15-й день. Прим. Свищъ понемногу закрылся произвольно. Въ концѣ января 95 года, т.-е. недѣль через 6—7 отпущена здоровой.
Разрѣз по средней линіи. Въ полости брюшины желудочное содержимое (свернутое молоко), экзудатъ и фибринозные хлопья и отложения на кишкахъ. Прободение на передней стѣнкѣ. Запивание, промывание полости живота кипяченой водой, тщательное вытирание насухо и удаление фибрина: запивание наглухо.	Промывание перекисиной водой.	То же.	Смерть через 42 часа отъ вторичной перфорации другой язвы. Первые два дня постепенное улучшение всѣхъ явленій, однако пульс оставался 140. На вторые сутки, через 42 часа, вдругъ опять боли и вскоре смерть при явленіяхъ коллапса. Прим. Вскрытіе. Мѣстный перитонитъ и фибринозные спайки въ области первой операціи. Швы хорошо держать. На задней стѣнкѣ желудка напротивъ первой язвы прободение 2-й такой же язвы, которое, по автору, и случилось за 1 1/2 часа до смерти и было ея причиной. Остальная полость брюшины безъ видимыхъ измѣненій.

22. Marmaduke Sheild. The Lancet 1895. Sept. 28, p. 789.	Молодой человек 17 л.	Прободеніе червеобразного отростка при аппендицитѣ.	4 дня не было стула. 3 дня появились боли въ животѣ. 2 дня рвота, упадокъ силъ, частый слабый пульсъ и повышенная температура.	Животъ напряженъ, uniformly вздутъ и очень болезненъ. Языкъ сухъ, обложенъ. Рвота, сильная жкота, пульсъ частый и слабый, упадокъ силъ. Температура 38,3°.	На 5-й день заботливана.
---	-----------------------------	---	--	--	--------------------------

Изъ полости живота газы, вонючій гной. Кишки вздуты, кой-гдѣ сѣзая спайки. Покрыты все фибринозно-гнойнымъ налетомъ до брюшинной поверхности диафрагмы. Червеобразный отростокъ изъязвленъ и прободенъ. Резекція. Эвентрація кишекъ, которые собраны на салфетку. Кишки и брюшная полость тщательно промыты горячей стерилизованной водой. Вправление, зашивание брюшины наглухо.	Промываніе очень тщательное кишекъ и полости брюшины большимъ количествомъ горячей стерилизованной воды.	Зачищаніе наглухо.	Выздоровленіе. Со 2-го дня самочувствіе хорошо. Прослабило носѣтъ приема горькихъ соевъ. Выздоровленіе наступило быстро.
---	--	--------------------	---

Т А Б Л И Ц А IV.
Случаи, гдѣ при операциі промываніе и дренажъ не примѣнялись.

Авторъ и годъ.	Возрастъ и полъ больного.	Причина возникновенія перитонита.	Анамнезъ.	Status praesens.	Сколько времени спустя послѣ начала изложенъ перитонитъ приступило къ операциі.	Описаніе операциі.	Промываніе.	Дренажъ.	Исходъ и послѣдующее теченіе.
1. Atherton A. V. Med. Rec. 1895. Jan. 5. Случай III.	Горничная 20 л.	Прободеніе изъ желудка.	Послѣдніе 3—4 года диспепсическія явленія. Послѣдній мѣсяць, особенно недѣлю, явленія со стороны желудка мѣшаютъ животу ногамъ. Конечности даже работаютъ. Вдругъ боли, главнымъ образомъ, въ лѣвой половинѣ живота, очень сильныя, съ отдачей въ лѣвое плечо.	Животъ умеренно вздутъ, напряженъ, особенно въ верху, лѣвѣю отъѣтъ. Лежать съ приведенными къ животу ногамъ. Конечности холодны, въ липкомъ холодномъ поту. Пульсъ 88. Температура 37,3° С. Дыханіе 28. Авторъ вырешилъ мортифиі, стало лучше. Вечеромъ пульсъ 116. Темпер. 38,7°. Дыханіе 30. Утромъ слѣдующаго дня, при продолженіи лѣченія морфиемъ, пульсъ 92, температура 38,1°, почему авторъ рѣшилъ оперировать.	Около 16 часовъ послѣ прободенія. 19/IX 1894.	Хлороформъ. Разрѣзъ въ 5 дм. по средней линіи. Изъ полости брюшины вытекло немного мутной жидкости. Желудокъ вытянутъ въ рану, при чемъ пришлось разорвать нѣсколько слабыхъ сращеній. Брюшинныя покровы желудка набухли и покраснѣли. Недалеко отъ pylorus'a у мѣста отхожденія lig. hepatogastrici найдена и зашита перфорация. Такъ какъ въ полости живота не было видно желудочнаго содержимаго, а экссудата очень мало, авторъ не дѣлалъ промыванія, и ограничился лишь обтираніемъ губкой стѣнки желудка у прободенія и затѣмъ зашилъ наглухо.	Непримѣнялось.	Непримѣнялось.	Выздоровленіе. Послѣ операциі продолжалось лѣченіе опять 2 дня. Рвота прекратилась на 2-й день. На 3-й день прослабилось послѣ клизмы. Съ 10-го дня стала получать рег ос молока въ довольно большихъ количествахъ и оставлены питательныя клизмы. Черезъ мѣсяцъ выписалась здоровой.
2. Eichel. Beitr. z. kl. Chir. XXII. Bd. N. 1. S. 219.	С. плотникъ 36 л.	Внутрибрюшное поврежденіе кишки и брыжейки при паденіи съ высоты 3½ метр. животомъ на кам.	Упасть съ лѣсовъ, ударился животомъ о лежащій на землѣ камень. Очень сильныя боли и слабость. Лежалъ сперва дома, черезъ 15 ч. доставленъ въ больницу.	Видъ очень тяжело-больного. Чувство глубокой тоски, очень утѣшенное дыханіе. Диафрагма стоитъ очень высоко. Животъ сильно напряженъ и болѣзненъ. Отъ лѣваго подреберья до Пупартовой связи притупленіе шириной въ ладонь. Моча чиста. Пульсъ малъ, 160. Температура 38,5°.	Операциі тотчасъ по поступленіи, т.-е. черезъ 15 час. 3/хI 95.	Разрѣзъ въ 18 см. сѣва отъ пупка. По вскрытіи брюшины вытекла окрашенная кровянистая жидкость, въ концѣ съ ключами фибрина. Кишки очень покраснѣли, сильно вздуты, покрыты пленками фибрина. Найдены поперечный разрывъ толстой кишки и 2 разрыва брыжейки. Зашиваніе поврежденій. Зашиваніе раны живота наглухо. Повидимому, ограничился высушаніемъ экссудата и не очень тщательной очисткой салфетками брюшной полости.	То же.	То же.	Смерть черезъ 12 часовъ послѣ операциі. Сначала послѣ операциі небольшое облегченіе, но пульсъ оставался 160. Къ утру слѣдующаго дня самочувствіе много лучше, но пульсъ 160. Температура 39°. Въ 10 час. утра вдругъ коллапсъ и смерть въ ½ часа. Прим. На вскрытіи найдены общій гнойный перитонитъ. Ранязашиты хорошо, другихъ поврежденій не найдено.
3. Handford a. Anderson. Brit. Med. J. 1896. July 23. 220.	Больной 27 л.	Прободеніе тифозной изъ.	Хворазъ тифомъ, протекавшимъ въ легкой формѣ. Перфорация случилась на 33-й день, когда уже около недѣли температура была нормальна.	Симптомы начинающагося перитонита: пульсъ 120, температура 102 F. = 39° С.	Операциі черезъ 22½ час. 10/III 1898.	Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка. Въ полости живота газы, серозно-гнойная жидкость водяная, съ ключами фибрина. Найдено и зашито прободеніе толстой кишки въ 3 футлахъ отъ соесим. Тонкія кишки по петлямъ вынимались и очищались губками, смоченными въ растворѣ йодистой руты 1:2000, также какъ и полость живота и таза. Зашито наглухо. Найдено большое прободеніе на мѣстѣ круглой изъны на малой кривизнѣ близъ cardia. Въ полости живота содержимое желудка, экссудатъ, фибринозные отложения, спайки съ печенью, брюшными стѣнками	То же.	То же.	Выздоровленіе черезъ 2 мѣсяца. Сначала стало хорошо поправляться, но съ 3-й недѣли послѣ операциі дѣло осложнилось гнойнымъ нефритомъ. Бѣлокъ, кровь и гной временами. Забои, поднятіе температуры до 40,6°.
4. Robert John. Liverpool Medical Instit. Lanc. Jan. 14. 1899. p. 95.	Женщина 21 г.	Прободеніе изъ желудка.	?	Сильно выраженный упадокъ силъ.	14 часовъ послѣ прободенія.	То же.	То же.	Первоначально оправилась, но черезъ 2 недѣли смерть отъ поддиафрагмального парыва. Всешло хорошо 14 дней. На 14-й день рвота гноемъ. Была сдѣ-	

5. Mikulicz. Rich. Volk- mann's Sam. klin. Vort. 262.	I. S. Lakel 49 л.	Прободение червеобразного отростка.	За 5 дней до операции посыл 3 дней запора и вдруг сильные боли в правой подвздошной впадине и через 2 часа рвота. С этого момента не было ни испражнений, ни газов, а рвота все усиливалась. На 3-й день болязнь доставляет в клинику.	Живот равномерно вздут, напряжен. Тимпанит в области слепой кишки, кроме приглушения ясного звука. Лицо бледно, холодный пот. Темпер. 37,5°, пульс 108. Исследование под наркозом обнаружило в области сосис colon ascendens колбасообразную, неясно ограниченную опухоль. Исследование recti по Simon'у ничего не открыло. Отмечены слабительные. Назначены клизмы и фарадизация кишок. На следующий день отошло очень немного испражнений, в остальном без перемен. На 5-й день болязнь резко ухудшение. Усиление болей и вздутия. Учащение рвоты. Температура 38,1°. Пульс слабее 120.	На 5-й сутки болязнь, 1-й посыл прободения 19/хп 1883.
6. Онг же.	F. S. Пастух 40 л.	Прободение тонкой кишки, повидному при тифе.	3 дня назад, по его словам среди полного здоровья, был разбужен ночью стуком в дверь. Поспешно спрыгнул с кровати, чтобы отпереть, и в тот же момент почувствовал сильную боль внизу живота. Боль уси-	Живот вздут, болязнен при дотрогивании. В боковых выхах отблалх, в пояснице приглушение тимпанического звонка, просящееся при кропате, чтобы отпереть, ничего не открывается. Температура 36,4°, пульс 96. Лицо осунулось, блдно, сг-	72 часа посыл прободения. 7/хп 1884.

и кишечными петлями не отграничиваю-
ния однако брюшной полости. Сухое оч-
щение брюшной полости, зашивание на-
глухо.

Операция при диагностик intususceptio или perityphlitis. Разрез по средней линии ниже пупка. По вскрытии брюшины вытекло около литра вонючей серозно-гнойной жидкости. Кишки спаяны во многих местах между собой, красны, покрыты фибрином. Поиски ущемления или вытвения ничего не открыли. Кишечные спайки были по возможности разблены, полость живота и кишки очищены, насколько возможно, от экссудата губками и брюшная рана зашита наглухо. Операция длилась 1 1/2 часа.

Операция при диагностик серозно-гно-
яного перитонита в результате внутрен-
ним разрезом от пупка до лобка. Вытекло около литра вонючей гношной жидкости. Кишки красны, покрыты фибрином, палетом, местами спаяны. В тую куски пищи, непереваренный картофель. Найдено прободение тонкой

лана операция, найдены и вскрыты поддиафрагмальный нарывы у селезенки. Коллапс, смерть через 12 часов.

Прим. На вскрытии в брюшине все нормально. Прободение хорошо зажило. Поддиафрагмальный нарыв не иметь сообщения ни с желудком, ни с полостью живота. Диафрагма узирована, легкое припаяно и сквозь него вскрылся нарыв в бронх.

Смерть.
После операции сильный коллапс, который удалось победить применением возбуждающих. Ночью несколько раз рвота, кроме того обильное, жидкое и очень вонючее послабление. На следующий день температур. 37,8°, пульс 112, сильное члж нагануе. Живот мало вздут, но болязнен. Еще несколько послаблений. Со 2-го дня посыл операции прогрессивное ухудшение, все увеличивающаяся слабость и смерть при явлениях усиливающегося коллапса на 4-й день посыл операции.

Прим. На вскрытии найдены фибринозно-гношной перитонит со многими спайками, с инкапсулированными отдельными гношниками. Верхний отдел полости живота (выше col. transv.) без видимых изменений. Наиболее резко явления в области слепой кишки. Червеобразный отросток воспален, спаян с кишкой и прободен в нескольких местах.

Выздоровление.
Приснувшись после наркоза, жаловался на боли, беспокоен. Внутрь 12 кап. i. opii, под кожу морфий 0,02, после чего хорошо провел ночь. Утром температура 37,8°, пульс 96, боли; вздутие меньше, рвота прекратилась. На ночь морфий. На следующий день боли и вздутие

То же.

То же.

			ливалась, вскоре наступила рвота. Живот стало дути, испражнения и газы не отходили. На 3-й день поступил в клинику.	характерным выражением. В течение дня казмы, без устѣха, внутрь оий. Къ вечеру замѣтное ухудшеніе, вздутіе значительно больше. Рвота. Температура 37,8°. Пульс 100.	
7. Rickmann Godlie. Lanc. 1896. Jan. 26, p. 1743.	Женщина 47 л.	Ущемле- ніе грыжи.	8 дней назад вдругъ боль въ правомъ паху. Тошнота и рвота въ слѣдующіе дни, запоръ, газы немного отходили. Постепенно ухудшеніе. Въ больницѣ 2 дня лечилась клизмами и слабительными безъ результата.	Животъ очень вздутъ, рвота. Упорный запоръ, газы не отходятъ.	10 дней послѣ ущемленія. 9/III 1896.
S. Max Schüller. A. f. Kl. Ch. Bd. XXXIX S. 845.	Г-нъ R. 31 г.	Прободеніе червеобразного отростка.	Ранѣ отзывается только запоры. Заболѣлъ вдругъ послѣ еды. Сдѣлалась тошнота, потомъ послабленіе рвоты, потомъ послабленіе на низъ, а затѣмъ быстро начались сильныя боли въ области слѣпой кишки и	Животъ очень болѣзненъ. При ощупываніи въ правой подздошной впадинѣ ощущается округлое, пальца въ 2 толщины, тѣло на подобіе набитой кишечной петли. Тѣло это подвижно и легко можетъ	Около 18 часовъ послѣ начала явлений. 7/III 1889.

кишки около 6 мм. длины, съ характеромъ тифознаго прободенія. Брызжеечные желёзсы увеличены. Настѣненіе краевъ и зашиваніе язвы. Окружность прободенія дезинфицирована 5%о ас. carbolic. Полость живота тщательно очищена губками, рана зашита наглухо.			еще меньше, но температура 38,4° пульс 100. На 3-й день общее состояніе хуже, боли внизу живота. При перевязкѣ рана оказалась инфицированной, швы расходятся. Швы сняты, рана разошлась, и изъ глубины вытекло около 200 к. с. вонючаго гноя. Поставленъ длинный, толстый дренажъ и йодоформная полоска. На слѣдующій день рана вся разошлась. Въ глубинѣ видны кишки, вытекаетъ вонючій гной. Тампонада йодоформной марлей. Къ вечеру обильное, очень вонючее послабленіе произвольно. Съ этого момента началось постепенно улучшеніе. Черезъ 9 недѣль, въ теченіе которыхъ рана хорошо гранулировалась, всталъ съ постели; осталась небольшая грануляціонная поверхность въ серебр. рубль. Со стороны желуд.-кишечнаго канала никакихъ осложненій. Чувствуетъ себя прекрасно.		
Данаротомія по средней линіи. Кишки интрузированы. Въ одномъ мѣстѣ близъ об. obturatorium кишечная петля оказалась на ощупъ приросшей. При изслѣдованіи на глазъ оказалось ущемленіе, которое удалось выправить лишь послѣ разсѣченія кольца, при чемъ въ полость живота вытекло немного каловыхъ массъ изъ небольшого отверстія, образовавшагося въ слѣдствіе омертвѣнія отъ давленія грыжеваго кольца. Зашиваніе отверстія. Полость живота очищена губками. Зашиваніе наглухо, мѣшокъ оставленъ.	Непрямъ- ныя.	Непрямъ- ныя.	Смерть черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи.		
Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка такой, чтобы ввести руку. Изъ полости живота вытекло нѣсколько столовыхъ ложекъ серозно-гнойной жидкости. Сальникъ очень интрузированъ, слегка отеченъ и приложенъ у малаго таза. По отдѣленіи его оказались также воспаленныя кишечныя	Обтравленіе сулемо- выми сал- фетками безъ про- мыванія.	То же.	Выздоровленіе. Первые 2 дня явленія были очень бурны. Температура очень высока, сильныя боли, рвоты не было. Ночью очень безсонный, бредъ; на слѣдующее утро температура 40,8° С. Оий внутри, антипиринъ, и къ ве-		

			во всем животѣ. За ночь рвота не повторилась, боли все усиливались.	быть передвигаемо внутри почти до средней линии, иногда исчезая из-под пальцев исследующаго. Поступиваніе не дасть ничего положительнаго. Приступили къ операціи при діагностикѣ начинающаго перитонита или инвагинаціи подвздошной кишки.	
9. Sonnenburg. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 38. S. 278.	Горничная 18 л.	Прободеніе червеобразнаго отростка.	Внезапно заболѣла 8 дней назад болями въ животѣ, рвотой. Принуждена лежать, постепенное ухудшеніе.	Животъ сильно вздутъ, пупокъ слегка выпяченъ. Звукъ при перкусіи слѣва тимпаническій, справа приглушенъ. Прощупывается здѣсь-же неясно ограниченная опухоль. Пробный уколъ далъ отрицательный результатъ. 5/vii 1890 во время повторнаго ощупыванія, опухоль съ характернымъ ощущеніемъ плеска вдругъ исчезла. Вскорѣ рвота, икота, мѣанозъ. Пульсъ 120—130.	Въ день прорыва гнойника. 5/vii 1890.
10. Оппе. Deutsche Med. W. 1896. № 12. Ver. Beil. № 9. S. 57.	?	Огнестрѣльное раненіе кишки.	Выстрѣлъ въ животъ справа пальцево.	Животъ умеренно вздутъ. Сильныя боли. Коллапсъ. Въ мѣстѣ входной раны небольшая подкожная эмфизема. Рвота желчью.	2 часа послѣ поврежденія.
11. Wallis. The Lancet 1898, p. 1476. Dec. 3.	Женщина 20 л.	Прободеніе язвы желудка.	?	?	10 1/2 час послѣ прободенія.

пелли, также мѣстами покрытыя фибриозными пленками. Прощупывавшиеся до операціи тѣло оказалось воспаленнымъ хервеобразнымъ отросткомъ. Онъ легко былъ вытянутъ въ рану, оказался прилегающимъ къ несколькимъ рыхлымъ спайкамъ и на концѣ прободенъ. Appendixъ былъ резецированъ. Прилежанія и доступныя изъ раны кишечныя пелли были очищены салфетками, смоченными въ сулемовомъ раствѣ, равно и сальникъ. Затѣмъ временно на кишки заложены пласты ваты, пропитанной тѣмъ же растворомъ, и проведены лигатуры для швовъ; при затягиваніи послѣднихъ вынута вата. Зашиваніе наглухо.					
При операціи найдены общій перитонитъ. Рана зашита наглухо.	Непримѣнялось.	Непримѣнялось.	Смерть. Коллапсъ и смерть черезъ 6 часовъ послѣ операціи. Прим. Перитонитъ въ слѣдствіе вскрывающаго въ полость брюшины большого гнойника, образовавшагося около прободеннаго appendix'a.		
Въ брюшной полости много крови и каала. При постепенномъ осмотрѣ всего кишечника найдено 11 отверстій, пробитыхъ пулей въ тонкихъ кишкахъ. Зашиваніе ихъ. Туалетъ брюшины, рана зашита наглухо.	?	То же.	Гладкое выздоровленіе.		
Въ полости живота вокруг желудка и печени разлитое желудочное содержимое, прободеніе найдено близъ cardia, въ задней стѣнкѣ желудка. Зашиваніе. Очищеніе полости живота губками. Зашиваніе наглухо.	Непримѣнялось.	То же.	Смерть на 30-й день отъ кровотечения. 11 дней все шло хорошо. Затѣмъ на 11-й день появился септический флегбитъ (на погѣ), а на 17-й день пневмония. На 29-й день упала температура, отмѣчено улучшеніе. На 30-й день кровавая рвота и смерть.		

Литература.

1. **Ackermann.** Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère simple de l'estomac et de son traitement chirurgical. Thèse de Lausanne. Цит. по дисс. Зыкова.
2. **Александровъ, Л. П.** Отчетъ дѣтской больницы св. Ольги 1890г., стр. 198.
3. **Anderson.** Nottingham Med. Chir. Soc. Mar. 15. Perforated gastric ulcer and discussion. The Lanc. Apr. 1. 1899, p. 902.
4. — A case of perforated gastric ulcer. The Lancet 1898, p. 1323 Vol. 1. May 14.
5. **Andrews.** A case of perforating appendicitis, general peritonitis etc. The Lancet. May 28. 1898.
6. **Armstrong.** Clinical Lecture on operative interference in typhoidal perforation. Br. Med. Jur. 1896 Dec.
7. **Asknasy.** Kann Darminhalt in der menschlichen Bauchhöhle einheilen? Virch. Archiv Bd. 146 S. 35.
8. **Atherton.** Cases of perforation of the stomach from ulcer with successful operation. Med. Rec. 1895 Jan. 5.
9. **Barker, A.** Remarks on the limit of drainage in suppurative condition of the abdominal cavity. Brit. Med. Jur. 1895, May 25.
10. — A clinical lecture on seven cases of perforated gastric ulcer treated by operation etc. The Lancet 1896 Dec. 5.
11. **Barling, Guilbert.** The Ingleby lectures. Perforation of gastric ulcer. Brit. Med. Jur. 1895 June 15.
12. — Perforation of a gastric ulcer. ref. C. f. Ch. 1895, № 46.
13. — The Ingleby lectures. On appendicitis and on perforation of gastric and duodenal ulcer. Brit. Med. Jur. 1895. 1153, 1253, 1312 и Cornish Brs (Birmingham) Simpkin. 1895.
14. **Battle.** An undescribed symptom of peritonitis the Lanc. 1897 Mar. 27.
15. — A case of ruptured intestinal wound. The Lanc. 1898 Dec. 10.
16. **Beck, v.** Zur operativen Behandlung der diffusen eitrigen Perforationsperitonitis. Brunsche Beitr. 1898 Bd. XX H. I. p. 129.
17. **Bennet.** A case of perforated gastric ulcer etc. The Lancet 1896 Aug. 1.
18. — A series of six cases of ruptured and perforated gastric ulcer etc. The Lancet 1898 Feb. 26, p. 565.
19. **Berard.** A propos de 3 cas de péritonite suppurée etc. Archiv prov. de Ch. 1896, № 4.

20. **Royal Berkshire Hospital.** Two cases of perforated gastric ulcer etc. The Lancet 1895 Oct. 19, p. 980.
21. **Пр. Бобровъ, А. А.** Руководство къ хирургической анатомии. Москва.
22. — Отчеты Факультетской Хирургической Клиники Императорского Московского университета. Москва 1896, 1898, 1900.
23. **Бобровъ, В. Ф.** Воспаление червеобразного отростка и брюшины. Москва, 1899.
24. **Boldt.** Peritonitis hervorgerufen durch Ruptur eines Ovarialhaematoms. Wien. Med. Presse 1895, p. 1979. Илл. no Hildebrandt.
25. **Bouscuret.** Perityphlitis à marche anormale, périton. gén. etc. Sem. Med. 1895, № 53.
26. **Box, Charles a. Thurston Owen.** A perforated gastric ulcer. The Lancet 1899, V. I, p. 897.
27. **Bryant Th.** Cleaning from Surgical Practice. Lancet 1895 Nov. 2.
28. **Mc. Burney.** The treatment of the diffuse form of septic peritonitis. Med. Rec. 1895 Mar. 30.
29. **Busch.** Cases of perforatif gastric ulcer. Br. Med. Jur. 1898 Nov. 5.
30. **Campbell.** A case of operation for perforated gastric ulcer. Br. Med. Jur. 1898, p. 1656.
31. — A case of perforated gastric ulcer etc. Br. Med. Journ. 1898, p. 150 July 6.
32. **Carlson.** Ein Fall von diffuser Peritonitis nach brandiger Appendicitis. Hygieia 1898, № 3. Илл. no Hildebrandt.
33. **Collin.** Thèse de Paris. Pp. Cent. f. Ch. 1895, № 12.
34. **Collmer, Pt.** Perforation of appendix coeci by a pin etc. The Lancet 1895 Mar. 23, p. 745.
35. **Mc. Cosch.** The treatment of general septic peritonitis and discuss. New York. Sur. Soc. Ann. of Sur. Jun. a. Aug. 1897.
36. — Peritonitis in the male as a complication of gonorrhoea Ann. of Surg. 1895 Feb.
37. **Dastre.** Arch. de Phys. Normale et Path. 1888, p. 93. По дисс. Оедорова, стр. 151.
38. **Dean, Henry.** A case of perforation of chronic ulcer etc. The Br. Med. Jur. 1894 Vol. I. 1014.
39. **Deanesly.** The treatment of acute general peritonitis etc. Br. Med. Journ. 1898 Feb. 12.
40. **Deaver.** Operation for perforating typhoid. ulcer. Ann. of Surg. 1898 July.
41. **Delanginière.** Nouvelle technique de drainage de la cavité péritonéale. Archiv Pr. de Ch. 1898, № 5.
42. **Devey, Samuel.** Case of perforatif. Gastric ulcer. The Lancet. 1900 Jan. 20, p. 155.
43. **Doyen.** Traitement chirurgical etc. A. Prov. de Ch. T. III, p. 673, C. f. ch. 1895, № 50.
44. **Dubujadoux.** Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Bull. et Mém. de la S. de Ch. 1898, № 29 (no Hildebrandt).
45. **Eichel.** Klinischer u. experimenteller Beitrag z. Lehre von der subkutanen Darmverletzung. Bruns'sche Beitr. 1898 Bd. XXII H. 3.
46. **Escher.** Zur Laparotomie bei perforativer Peritonitis. Wien. Med. Woch. 1887, № 17—22.

47. **Faure.** A propos de quelques interventions d'urgence sur la cavité abdominale. Gaz. des Hop. 1897, № 57, 60, 63, 69, 71, 82, 90, 96, 103.
48. **Faure et Siredey.** Péritonite diffuse consécutive à une perforation de la vessie biliaire au cours d'une grossesse. Gaz. Hebdom. 1897, № 9.
49. **Ведоровъ, С. П.** Къ вопросу о различныхъ воспаленияхъ брюшины и червеобразномъ отростке. Хирург. 1901 г., № 51.
50. **Fladderus Bjorn.** Chir. Clin. u. Upsala. Upsala lekoseföreningens Förhandlingar. 1896. Bd. I (N. F.) h. 6. a 7 (no Hildebrandt).
51. — Von der Behandlung etc. Lang. A. 1897 Bd. 54. H. I.
52. **Forgue, E.** Traitement des péritonites aiguës. Gaz. Med. 1897, № 48, 49.
53. **Franke.** Periperitonitis purulenta M. a. d. Gr. d. M. u. Ch. Bd. II H. 1, 2.
54. **Furner.** Note on 3 cases of perforatif gastric ulcer. The Lancet. 1898 Dec. 31.
55. — St. Georges Hospital. The Lancet 1900 May 5, p. 1277.
56. **Гесселевичъ.** 2 случая перитонита при брюшномъ тифъ. Больн. Газ. Боткина 1897 г., № 52.
57. **Гесселевичъ и Ваняхъ.** Перитонитъ при брюшномъ тифъ и его лечение. Лѣт. Р. X. 1897, кн. 3.
58. **Gluzinsky.** Ein Beitrag zur Symptomatologie der Darmperforation. Przegląd Lekarsky 1895, № 43, 44 (no Hildebr.).
59. **Gordon Scharp.** The Law of incompatibility in treatment. Lancet. 1899. Sept. 23, p. 827.
60. **Gottschalk.** Deutsche Med. Woch. 1896, № 12.
61. **Губаевъ.** Die Drainirung der Bauchhöhle in Bezug u. s. w. A. f. Gyn. Bd. XLIX, S. 242.
62. **Gould Pearce.** Brit. Med. Jur. 1894, II, p. 859.
63. — Twelve consecutive cases of acute general peritonitis from appendicitis. The Lancet 1898 Jan. 1.
64. **Grewe.** Ein geheilter Fall von Darmruptur. Freie Vereinigung der Chir. Berlins. C. f. Ch. 1898, № 39.
65. **Handford a. Anderson.** Perforation of a typhoid. ulcer etc. Br. Med. Jur. 1898 July 23.
66. **Henle** Peritonitis fibropurulenta progressiva. Vereinsbeilage d. D. M. W. 1896 № 32.
67. **Hess.** Ueber die Behandlung d. acuten allgemeinen septischen Peritonitis. Bonn Diss.
68. **Hol's.** Sussex County Hospital. Case of suture of perf. typhoid. ulcer. The Lancet. 1896 May 9, p. 1284.
69. **Holkins.** Perforation of gastric ulcer etc. The Lancet. 1895 Feb. 23.
70. **Hircks.** Perforatif gastric ulcer etc. The Lancet. 1895 Oct. 12, p. 915.
71. **Jorsey.** 2 cases of perforatif gastr. ulc. etc. Br. Med. Jur. 1895 July 13.
72. **Houzé.** De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aigue diffuse par perforation. Thèse de Paris 1896 (no дисс. Зыкова).
73. **Liboulay.** La laparotomie peut guérir des péritonites suppurées générales. La Province Med. 1896, № 18.
74. **John, Robert.** Liverpool med. Institution. The Lancet. 1899 Jan. 4, p. 95.
75. **Jowers.** A case of perforated gastric ulcer etc. The Lancet 1895 Mar. 2, p. 544.

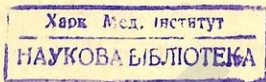
76. — *Sussex county Hospital. A case of perforated gastric ulcer etc. The Lancet* 1896 June 20.
77. **H. Kelly.** *Operative gynecology* London. H. Kimpton 1898.
78. **Kijewsky.** Zur Kasuistik der durch Contusion des Abdomens bedingten Darmperforation. *Gaz. Lek.* 1896, № 51 (Hildebr.).
79. **J. Kinscherf.** Ueber die Behandlung der allgemeinen acuten Peritonitis. *Diss. Heidelberg* 1892 (по Зыкуны).
80. **Kirmisson.** Périonite par perforation prise pour une appendicite. *Bull. et Mém. d. l. S. de Ch.* 1898, № 16 (Hildebr.).
81. **De Klecki.** Contribution à la pathogénie de la pér. etc. *Ann. de l'Inst. Pasteur* 1895, № 7, p. 710 (no Hildebr.).
82. **W. Klink.** Experimente betreffend die Folgen des Eindringens von Urin in die Peritonealhöhle. *Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch. Bd. II, H. 3, 4.*
83. **Kocher.** Ueber Ileus. *Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch.* 1898 Bd. IV, H. 2.
84. **Короповский.** Случай разлитого прободного перитонита при брюшном тифе. *Бол. Газ. Боткина*, 1898 г., № 1.
85. **Koerte.** Vorstellung eines Falles von traumatischer Colonzerreissung. *C. f. Ch.* 1896, № 17.
86. **Koerte.** Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der allgemeinen eitrigen Bauchfellentzündung. *A. f. Kl. Ch. Bd. XLIV H. 3.* 1892.
87. — Weiterer Bericht über die chirurgische Behandlung der diffusen eitrigen Bauchfellentzündung. *Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch.* 1897 H. 1, 2.
88. **Kroenlein.** Ueber die operative Behandlung der acuten, diffusen jauchig-eitrigen Peritonitis. *A. f. Kl. Ch. XXXIII H. 2.*
89. **Lafourcade.** Périonite purulente, laparotomie. Guérison. *Revue d. Ch.* 1897, № 11.
90. **Landerer u. Glucksmann.** Ueber operative Heilung eines perforierten Duodenalgeschwürs etc. *Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch. Bd. I H. 2 u. H. 5.*
91. **A. Lea.** General Peritonitis. *The Lancet*, 1898 Feb. 12, p. 441.
92. **Lebrun.** Périonite purulente généralisée résultant de la déchirure d'un abcès appendiculaire. *Revue d. mal. de l'enfant XVI*, p. 374 Juillet et C. f. Ch. 1898, № 39, p. 16.
93. **Lenhartz.** Fall von geheilter Perforationsperitonitis. *B. Kl. Woch.* 1897, № 16.
94. **Lennander.** Ueber die Behandlung des perforierten Magen- u. Duodenalgeschwürs. *Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch.* 1898 Bd. VI, p. 91.
95. **Lockwood.** The diagnosis a. treatment of acute gen. peritonitis. *The Lanc.* 1896 Mar. 21.
96. **London.** Med. soc. of The Lancet 1899. Vol. I, p. 231.
97. **Maclaren.** A case of perforated gastric ulcer. *The Lanc.* 1898 Dec. 21.
98. **Malapert.** Périonite purulente générale. Laparotomie. Guérison. *R. de Ch.* 1897, № 4.
99. **Martin.** Rupture of a gall-bladder. Laparotomie 24 days after injury, rec. *The Lanc.* 1898 May 21.
100. **Maude.** Perforatif appendicitis, diffuse peritonitis etc. *The Lanc.* 1898 Oct. 15.
101. **Maurice.** Two cases of perforated gastric ulcer etc. *The Lanc.* 1895 Oct. 19.

102. **Maxwell.** The treatment of septic peritonitis by irrigation. *The Jur. of. Amér. Méd. Ass.* 1898 Sep. 10 (no Hildebr.).
103. **Michaux.** Traitement de la septicémie péritonéale par le serum artificiel et autres moyens connus. *Bull. et M. de l. S. de Ch. d. P.* 1896, № 1—2.
104. **Midlesex Hospital.** Acute perforation of an ulcer of the stomach etc. *The Lanc.* 1895 Dec. 21.
105. **Mikulicz.** Bericht über die Verhandlungen der Ch. Section der 57. Versammlung Deutscher Nat. u. Aertze 1884.
106. — Ueber Laparotomie bei Magen- u. Darmperforation. *Volkmanns S. Kl. Vortr.* 1886, № 262.
107. — Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung der Perforationsperitonitis. *Lang. Archiv Bd. 39, S. 756.*
108. — Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs. *Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch. Bd. II S. 184.*
109. **Mills.** A case of septic peritonitis etc. *The Lanc.* 1898 Oct. 1.
110. **Monod et Vanverts.** Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde. *R. de Ch.* 1897, № 3.
111. **Morgan.** Two cases of perforated gastric ulcer. *The Lanc.* 1899 Feb. 11.
112. **Muscatello.** Sulla struttura et sulla funzione di assorbimento d. peritoneo. *Ref. Virch. Archiv Bd. 142 (no Hildebr.).*
113. **Нечаевъ и Трояновъ.** Бол. Газ. Боткина, 1894 г., с. 519, 576.
114. **Noetzel.** Ueber peritoneale Resorption u. Infection. *Lang. Archiv* 1898 Bd. 57 H. 2.
115. **Page.** A case of perforated ulcer of the stomach etc. *The Lanc.* 1896 May 23.
116. — Two cases of perforated gastric ulcer. *The Lanc.* 1898 Ap. 2, p. 930.
117. **Parisier.** Zur Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforierten Magengeschwürs. *Deutsche Med. Woch.* 1895, № 28, 29.
118. — Die Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforierten ulcus ventriculi. *Deutsche Naturforschers Versammlung* 1896 F. u. M. Allg. Med. Zent. Zeit. 1896, № 86, 87, 88.
119. **Pasteur a. Morris.** Acute perforation of an ulcer of the stomach etc. *The Lanc.* 1895 Dec. 21.
120. **E. Patry.** Périonite, laparotomie, guérison. *R. Med. de la Suisse R.* 1895, № 1.
121. **Paul.** A case of perforated gastric ulcer. *The Lanc.* 1895 July 6.
122. **Perkins a. Wallace.** *Clin. Soc. of London.* *The Lanc.* 1900 Feb. 17, 458.
123. **Phillips Sidney a. Silcock Q. Q.** A case of perforated gastric ulcer. *The Lanc.* 1899 Mar. 25, p. 832.
124. **Pischevin et Petit.** Infection péritonéale postopératoire etc. *Sem. M.* 1895, p. 385.
125. — De l'infection péritonéale chirurgicale et en particulier après les interventions sur les organes génitaux internes. *Jour. de Med. de Paris* 1896, № 5, 6, 7, 12.
126. **Platt, J.** The operative treatment of typhoid perforation of the intestine. *The Lanc.* 1899 Feb. 25, p. 505.
127. **Reichen.** Zur Laparotomie bei allgemeiner eitriger Peritonitis. *Deutsche Med. W.* 1887, № 14.

128. **Ransom, W.** A case of pyo-pneumothorax from perforating gastric ulcer. The Lanc. 1899 Nov. 11.
129. **Reichel.** Beiträge zur Aethiologie u. ch. Therapie der septischen Peritonitis. D. Z. f. Ch. Bd. 30.
130. **Roughton.** Perforating gastric ulcer etc. Br. Med. Jur. 1898, p. 84.
131. **Runge.** Ueber die Behandlung der puerperalen Sepsis. S. Kl. Vortr. № 287.
132. **Scheidl Marmaduke.** Two successful cases of laparotomy etc. The Lancet 1895 Sep. 28.
133. **Sharkey.** A case of perforating gastric ulcer. The Lancet 1898 May 14.
134. **Shaw.** Notes of a case of perforated gastric ulcer. Br. Med. Jur. 1898 Mar. 26, p. 815.
135. — Peritonitis its nature and treatment. The Lancet 1895, p. 94.
136. **Schnitzler u. Ewald.** Zur Kenntniss der peritonealen Resorption. D. Z. f. Ch. XLI, p. 314.
137. **Schuchard.** Die Behandlung der durch rundes Magengeschwür verursachten Perforationsperitonitis. A. f. Kl. Ch. Bd. 50 H. 3.
138. **Schüller.** Allgemeine acute Peritonitis infolge von Perforation des Wurmfortsatzes etc. Lang. Archiv Bd. 39, S. 845.
139. **Schulz.** Beiträge zur Behandlung der diffus-eitrigen Bauchfellentzündung. D. Z. f. Ch. Bd. XLIV H. 5, 6.
140. **Schwarz.** Beiträge zur Pathologie u. Therapie des penetrierenden Magengeschwürs. Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch. Bd. V H. 4, 5.
141. **Selby.** A case of perforated gastric ulcer etc. The Lancet 1895 Nov. 30.
142. **Senn.** Die Klassifikation u. Chirurgische Behandlung der acuten Peritonitis. pph. C. f. Ch. 1898, № 12.
143. **Siegel, E.** Die Appendicitis u. ihre Complicationen. Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch. Bd. I H. 2, 1896.
144. **Siegel.** Zur Diagnostik u. Therapie der penetrierenden Bauchverletzungen. B. z. Kl. Ch. Bd. XXI.
145. **Silberschmidt.** Experimentelle Untersuchungen über die bei der Entstehung der Perforationsperitonitis wirksamen Faktoren des Darminhaltes. Mitt. a. d. Klin. etc. d. Schweiz. I Reihe H. 5.
146. **Smythe, Buttler.** A successful case of Laparotomy etc. The Lanc. 1896 June 13.
147. **Smith Greigh.** Abdominal surgery. London, 1896.
148. **Пр. Снегиревъ, В. О.** Маточная кровотечія. Москва, 1900 г.
149. **Sonnenburg.** Pathologie u. Therapie der Perityphlitis. D. Z. f. Ch. Bd. 38 u. отд. издание 1897 г. изд. III.
150. — Neuere Erfahrungen über Appendicitis. Mitt. a. d. Gr. d. M. u. Ch. 1898, Bd. III H. 1.
151. — Technisch schwierige Operation bei Appendicitis perforativa C. f. Ch. 1898, № 42.
152. **Sprave.** Einige Fälle von operativer Behandlung der Perforationsperitonitis nach ulcus ventriculi. Diss. 1898 Greifswald (no Hildebr.).
153. **Stieda.** Ueber die Eröffnung von Bauchdecken etc. D. Z. f. Ch. 1899 № 51.
154. **Steinthal.** Ueber die chirurgische Behandlung der ulcerösen Magen- u. Darmperforation. A. f. Kl. Ch. Bd. XXXVII H. 4.

155. **Strauch.** Operative Heilung eines frei in die Bauchhöhle perforierten ulcus ventriculi. D. Med. Woch. 1896, № 34.
156. **Свяжениновъ.** Бюльн. Газ. Боткина, 1895 г., №№ 27—29.
157. **Surgery** of perforated gastric ulcer. Ann. of Surg. 1896 Nov.
158. **Symonds Charters.** The Lancet 1899 Vol. I, p. 710.
159. **Tavel u. Lanz.** Ueber die Aethiologie der Peritonitis. Mitt. a. d. Klin. etc. d. Schweiz. I Reihe, I Heft.
160. **Thomas.** Rupture of gall-bladder etc. Br. Med. Jur. 1898 Nov. 5.
161. **Tietze.** Klinische u. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Darminkarcination. Lang. Archiv Bd. 49, p. 111.
162. — Die chirurgische Behandlung d. acuten Peritonitis. Mitt. a. d. Gr. d. Med. u. Ch. 1899 Bd. V H. I.
163. **Tixier.** La pratique de l'evisceration en chirurgie abdominale. Du shock abdominal. Paris 1898.
164. **Toogood.** A case of perforated gastric ulcer. Lancet 1898 Jan. 15, p. 158.
165. **Ванахъ.** Бюльничная Газета Боткина, 1898 г., №№ 5—7.
166. **Verull.** Perforating gastric ulcer. The Lanc. 1898 Dec., p. 1628.
167. **Wahl.** Ueber Ileus. A. f. Kl. Ch. Bd. 38.
168. **Wallis.** Laparotomy for gastric ulcer. The Lanc. 1898 Dec. 3.
169. **Waltherd.** Experimenteller Beitrag zur Kenntniss der eitrigen Peritonitis nach Laparotomie. A. f. ex. Path. u. Ph. 1891, S. 275 (no Зыкову).
170. **Wardle, Mark.** Drainage in suppurative condition of the abdominal cavity. Br. Med. Jur. 1898, p. 1375.
171. **Warembey E. and Battle.** Oedema of the groins in acute peritonitis. The Lanc. 1899 V. 2 July, p. 210.
172. **West Herts Infirmary.** Case of perforated gastric ulcer etc. The Lanc. 1895 Aug. 3, p. 264 (Russel Stiede).
173. **Whipple.** A case of perforated duodenal ulcer etc. Br. Med. Jur. 1898 Nov. 5.
174. **Whitby.** Non fatal perforation in a gastric ulcer. The Lanc. 1899 Vol. I, p. 1713.
175. **Wieland.** Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der circumskripten u. diffusen Peritonitis. Mitt. a. d. Kl. etc. der Schweiz 2 R. 7 Heft.
176. **Waterhaus.** Experimentelle Untersuchungen über die Peritonitis. Virch. Archiv Bd. 119, p. 342.
177. **Wiggin.** Perforation in enteric fever, its surgical treatment. Med. Press. Jan. 1, 1896 (no Hildebrand.).
178. **Willgerodt.** Ueber das Verhalten des Peritoneums gegen den künstlich in die Bauchhöhle geleiteten Urin und über die Experimentelle Erzeugung der Uraemie. Mitt. a. d. M. u. Ch. Bd. II H. 3, 4.
179. **Williams Monier a. Scheidl.** A case of perforation of the gall-bladder etc. The Lanc. 1895 Mar. 2, p. 534.
180. **v. Winckel.** Ueber die chirurgische Behandlung der von den weiblichen genitalien ausgehenden Bauchfellentzündung. Samml. Kl. Vortr. N. F. № 201.

181. **Witzel.** Ueber die Erfolge der chirurgischen Behandlung der diffusen u. eitrigen Peritonitis u. der peritonealen Sepsis. D. M. Woch. 1888, p. 812.
182. **Хольцовъ.** Лѣт. Р. X. 1896 г., кн. 2, стр. 277.
183. **Zeidler.** Beiträge zur Pathologie u. Therapie des acuten Darmverschlusses. M. a. d. Gr. d. M. u. Ch. Bd. V. H. 4, 5.
184. **Пр. Зерновъ.** Руководство описательной анатоміи человѣка. Москва.
185. — По вопросу о положеніи и формѣ брыжеечной части тонкой кишки и ея брыжейки. Москва, 1884 г.
186. **W. Zoege von Manteuffel.** Wolvulus caeci. Samml. Kl. Vortr. 1899, № 260.
187. **Zubert et Lereboullet.** Cholecystite calculeuse, perforation. Gaz. Hebdom. de M. et de Ch. 1898, № 101.
188. **Зыновъ.** Хирургія, 1898 г., стр. 386.
189. — Къ вопросу о лѣченіи острыхъ разлитыхъ воспаленій брюшины. Москва, 1900 г., дисс.



Д-1268