

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1898 — 99 учебномъ году.

7-го июля 1899

№ 60.

618.5
99-68

Нѣсколько экспериментальныхъ данныхъ
къ вопросу
о дренированіи брюшной полости
при чревосъщеніяхъ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Андрея Фишера.

Цензоры диссертации, по порученію Конференціи, были профессора: А. И. Лебедевъ, Г. И. Турверъ и Н. Я. Чистовичъ.

Изд.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типо-автографія Ю. А. Манюфельдъ, Малая Морская, № 9.
1899.

1471
N19507
63960

1950

Перечет

7 - МАЯ 1917

Многоуважаемому товарищу и
бывшему однокласснику, профессору
Федору Алексеевичу
Ташенко -

На память

ст.
6. IV. - 992.

Докторскую диссертацию лекаря Андрея Романовича Финина, под
заглавием „Несколько экспериментальных данных къ вопросу дрениро-
вания брюшной полости при чревосеченіях“ печатать въ рязанскомъ, съ тѣмъ,
чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземп-
ляровъ диссертаций и 300 отдельныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводов).—
въ Конференцію и 375 экземпляровъ.—въ академическую библиотеку).

С.-Петербургъ, 20 Марта 1899 г.

Ученый Секретарь, Ординарный профессоръ А. Дьяковъ.

When to drain, how to drain and
whether or not to drain at all, are ques-
tions of the highest import in abdomina
surgery.
(Kelly. Oper. gynecology, 1898).

7 - МАЯ 1917

Введение.

63560

Обращаясь къ исторіи того періода хирургіи, который
отмѣченъ именемъ *Lister'a*, и значеніе котораго для даль-
нѣйшаго необыкновенно широкаго развитія хирургіи, во-
обще, и ея методики, въ частности, стало обще-призна-
нымъ фактомъ, мы должны признать, что многое изъ того,
что въ началѣ 70-хъ годовъ считалось существенно
принадлежностью такъ называемаго антисептическаго
метода, давно отошло въ область преданій: достаточно въ
этомъ отношеніи вспомнить совершенно не примѣяемый
теперь во время операций *sprau*, окончательно забытый
protectiv-silk, болѣе чѣмъ второстепенную роль карболовой
кислоты въ современной оперативной обстановкѣ, ограни-
ченное примѣненіе катгута и пр.—не говоря уже о томъ,
что, вообще, сфера примѣненія антисептическаго метода
значительно сузилась, предоставивъ первенствующее мѣсто
асептикѣ, обезпечиванію физическими агентами.

Но изъ всѣхъ составныхъ частей типической *Lister'*
овской повязки наиболѣе живучимъ оказался, повидимому,
дренажъ, хотя и значительно видоизмѣнившій свою виш-
ность.

Что касается исторіи дренажа, то она такъ-же
стара, какъ и медицина. Еще въ древнемъ мірѣ (*Hippo-
crates, Celsus*) было извѣстно дренированіе вскрытыхъ
полостей тѣла и равъ посредствомъ того или иного типа
трубочекъ, преимущественно металлическихъ, и даже при
помощи такъ называемаго капиллярнаго дренажа (турунды
изъ полотна, сукна, шерсти). Хотя дренажныя трубки
примѣнялись отъ времени до времени и въ средніе вѣка,
и даже еще въ XVIII столѣтіи, но затѣмъ онѣ мало-по-
малу забылись, такъ что *Chassaignac* (*Traité pratique de*

Перечет
1866 г.

Харк. Мед. Инст-т.
НАУКОВА БИБЛЮТЕКА

la suppuration et du drainage, Paris, 1859) считается изобретателем дренажных трубок, в качестве наиболее подходящего материала для которых он предложил каучук; с таким же правом *John Chien* (A new method of wound drainage, Edinb. med. Journ., 1878, v. 2) может считаться изобретателем капиллярного дренажа, применив для этой цели пучки карболованого катгута.

Известно, какое большое значение *Lister*, а вслед за ним и другие борцы антисептики придавали дренированию операционных ран, считая заставание ранного отделяемого, если не жизнеопасным, то крайне вредным для нормального хода заживления раны. Весьма естественно, что та же идея вредности заставания тканевых жидкостей побудила хирургов обратить внимание на умѣстность дренирования брюшной полости послѣ чревосѣчній. И дѣйствительно, если просмотрѣть казуистику чревосѣчній (преимущественно овариотомій) конца 60-хъ, а особенно 70-хъ годовъ, то мы усмотримъ, что дренирование брюшной полости практиковалось тогда въ довольно широкихъ размѣрахъ, какъ при наличии тѣхъ или иныхъ спеціальныхъ показаній (о которыхъ будетъ сказано ниже), такъ и безъ всякихъ показаній, исходя лишь изъ упомянутыхъ выше чисто теоретическихъ соображеній о вредности заставания тканевыхъ секретовъ въ полости брюшины.

Я не буду приводить всю громадную казуистическую литературу, относящуюся къ вопросу о примѣненіи дренажа брюшной полости при чревосѣченіяхъ, а отбѣчу лишь руководящія мнѣнія, высказанная хирургами, особенно интересовавшимися этимъ вопросомъ и располагающимъ въ этомъ отношеніи наибольшимъ матеріаломъ. При этомъ я долженъ замѣтить, что буду касаться лишь 1) дренированія *брюшной полости*, а не вшитыхъ въ брюшную рану остатковъ того или иного рода мѣшеччатыхъ образований, почему-либо не удаленныхъ цѣлкомъ, и притомъ 2) такъ называемаго *профилактическаго* дренированія, т. е. примѣняемаго во время производства чревосѣченія, а не въ послѣоперационномъ періодѣ, при возникновеніи соответственныхъ уклоненій отъ нормального хода послѣдняго.

Литературный очеркъ.

Хирургамъ начала второй половины истекающаго столѣтія не разъ приходилось наблюдать, что послѣ овариотоміи въ заднемъ *Douglas'*овомъ пространствѣ появлялись выпотныя скопленія, иногда переходившія въ нагноеніе и требовавшія вскрытія со стороны влагалища или прямой кишки (*Spencer Wells, Keith*); вслѣдствіи къ такому простому опороженію стали присоединять дренирование остающихся гнойныхъ полостей съ послѣдующимъ повторнымъ промываніемъ ихъ (*Peaslee, Keith, Kimball*).

Peaslee (Ovarian tumours, p. 509 и 588) былъ первый, высказавшій мысль о первичномъ, профилактическомъ дренажѣ брюшной полости въ тѣхъ случаяхъ чревосѣчній, „гдѣ съ положительностью можно ожидать скопленія септическихъ секретовъ“.

Koerberlé (Opérations d'ovariotomie, Paris, 1865) изъ своихъ первыхъ 12 чревосѣчній (съ 3-мя смертельными исходами), произведенныхъ въ Страсбургѣ съ іюня 1862 г. по іюнь 1864 г., примѣнилъ первичный дренажъ брюшной полости лишь въ одномъ случаѣ (№ 8, выздоровленіе); въ остальныхъ случаяхъ практиковалось послѣдовательное (не ранѣе 2-го дня послѣ операціи) дренирование собственно брюшной раны, въ области фиксированной въ ея нижнемъ углу культи (всѣ чревосѣченія проведены по внутробрюшному способу); употреблялись резиновыя трубки. — Затѣмъ (*Gazette des hôpitaux*, 1867) для «нечистыхъ» операцій онъ предложилъ съ профилактическаго цѣлью вводить черезъ брюшную рану стеклянныя трубки; его совѣту послѣдовали *Spencer Wells, Keith Atlee* и др., но они рѣдко примѣняли предложенныя имъ стеклянныя трубки въ качествѣ первичнаго дренажа, а гораздо чаще—

для вторичного дренажа при появлении соответственных осложнений в послеоперационном периодѣ. — Въ своей позднѣйшей работѣ (Manuel opératoire de l'ovariotomie, Paris, 1870) *Koerberle* относительно дренажа говоритъ слѣдующее (стр. 6): «если предвидится нѣсколько обильный серозный выпотъ или кровоизлияніе послѣ операции (какъ это часто бываетъ, если брюшина была до операции воспалена, если гемостазъ не могъ быть вполне обезпеченъ, или если появляется ртота по пробужденіи больной), полезно оставлять á demeure стеклянную трубку, черезъ которую можно-бы было вводить катетръ для высасыванія скопляющихся въ полости таза жидкостей... Если образуется гнойное скопленіе, примѣненіе такой трубки оказывается очень полезнымъ, чтобы дать свободный стокъ воспалительнымъ продуктамъ, которые, застояваясь, ведутъ къ септицеміи». Въ концѣ брошюры приведены таблицы, заключающія въ себѣ 120 случаевъ съ 36-ю смертельными исходами (30%); къ сожалѣнію, изъ таблицъ не видно, на сколько часто примѣнялся дренажъ брюшной полости.

Marion Sims (Ueber Ovariectomie, нѣмец. переводъ *Beigel's*, 1873), исходя изъ воззрѣній *Peaslee*, довѣлъ его идею до крайняго предѣла, предлагая въ *каждомъ* случаѣ овариотоміи профилактически дренировать брюшную полость со стороны влагалища, черезъ сагитт. recto-uterinum, такъ какъ, по его мнѣнію, основанному на патолого-анатомическихъ данныхъ, смертельные исходы овариотоміи обуславливаются септицеміей, которая развивается на почвѣ гниlostаго распадавія скопляющагося въ брюшной полости выпота.

Spencer Wells на триста произведенныхъ имъ съ 1872 по 1876 гг. овариотомій (6-я—8-я сотни) примѣнилъ дренажъ только 8 разъ. Онъ высказываетъ противъ рекомендуемаго *Marion Sims* оми систематическаго дренированія брюшной полости, считая его показаннымъ только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ можно ожидать послѣдовательнаго кровотеченія и т. п. — Сообщеніе автора, сдѣланное 27-го февраля 1877 г. въ Royal Medical Society, вызвало обмѣнъ мнѣній, въ которомъ между прочимъ *Bryant* нернично высказался въ пользу дренажа, приведя 5 слу-

чаевъ овариотоміи съ примѣненіемъ послѣдняго, причеиъ 4 оперированныхъ выздоровѣли (British Medical Journal, 1877, стр. 226).

Bantock (Brit. Med. Journ., 1877, 29 Sept.) придаетъ большое значеніе дренажу послѣ овариотоміи; описывая пять случаевъ его примѣненія, онъ думаетъ, что въ двухъ изъ нихъ оперированнаго неминуюмо погибли-бы безъ дренажа. — Изъ позднѣйшаго сообщенія автора (Brit. Med. Journ., 1888, June 30) видно, что онъ на 82 овариотоміи (безъ смертельныхъ исходовъ) примѣнилъ дренажъ въ 45 случаяхъ.

Hegar (*Volkmann's* Sammlung klin. Vorträge, 1877, № 109) приводитъ 15 овариотомій, въ томъ числѣ 8 съ различными осложненіями; дренажъ не примѣнялся ни разу; всѣ оперированныя выздоровѣли. Авторъ сообщаетъ кромѣ того о своихъ опытахъ со введеніемъ двумъ собакамъ въ брюшную полость вырѣзанныхъ у нихъ-же кусковъ бедренныхъ мышцъ, которые втеченіе нѣсколькихъ недѣль бесслѣдно рассасывались. — Далѣе авторъ (Centr. f. Gynäk., 1882, № 7, стр. 97), касаясь теоріи и техники капиллярнаго дренажа, думаетъ, что таковой, будучи примѣненъ умѣстно и цѣлесообразно, можетъ предупредить нѣкоторыя неприятыя осложненія.

Hildebrandt въ гинекологической клиникѣ Кенигсбергскаго университета за 1874—1877 гг. произвелъ 13 овариотомій съ 4-мя смертельными исходами; въ большинствѣ случаевъ примѣнялся дренажъ (Bericht über die Ergebnisse in der Königl. Gynäk. Univers.-Klinik zu Königsberg vom 1. Nov. 1874 bis zum 1. Nov. 1877; реф. въ Centr. für Gynäk., 1879, № 12).

Въ Кильской клиникѣ *Litzmann'a* (*Werth*, Centr. f. Gynäk., 1878, № 22) съ 1876 по 1878 гг. произведено 19 овариотомій, въ томъ числѣ 8 съ различными осложненіями, ни разу не прибѣгли къ дренажу и потеряли только двухъ больныхъ (10,5%). — результатъ крайне благоприятный для того времени, не говоря уже о томъ, что почти половина (9) случаевъ протекали совершенно безахародно.

Fusbender (Berl. klin. Wochenschr., 1876, № 47) допускаетъ послѣ кровосеченія возможность всасыванія брю-

шиною разлагающихся веществ (при разрушении обширных сращений, при необходимости оставлять в брюшной полости большое количество лигатур) и для таких случаев признает уместность профилактического дренажа.

Veit, приводя описание 6 оваріотомій из клиники *Schröder'a* (Berl. klin. Woch., 1876, №№ 50—52), из которых в одном случае (№ 6) брюшная полость была дренирована, а оперированная умерла от септиемии, высказывается неблагоприятно о дренаже. По его мнению, дренаж не в состоянии предупредить септиемии в тех случаях, где брюшина подверглась инфекции во время операции, а в некоторых случаях он может даже оказаться вредным, являясь проводником септических начал извне в брюшную полость.

Самъ *Schröder* (Berl. klin. Woch., 1878, № 11), давая краткий отчет о своих первых, проведенных по *Lister'y* 50 оваріотоміях, из которых лишь в одной был применен дренаж (со смертельным исходом, см. выше: *Veit*, случай 6-й), а из остальных 49 и без дренажа умерли 4 (в том числе только одна от септиемии), говорит следующее: «дренаж никогда не бывает необходим, хотя, вообще, безвреден». — Дальше *Schröder* 50 оваріотомій его (Berl. kl. Woch., 1879, № 1) ни разу не потребовали применения дренажа; из них умерли 7. Таких-же отрицательных воззрений на дренаж *Schröder* держался до своей смерти, как это видно из его учебника (Handbuch der Krankh. der weibl. Geschl., Leipzig, 7-te Aufl., 1886, стр. 432).

Paul Grewser (Archiv für Gynäk., Bd. VIII, 1878, стр. 513) сообщает о следующих двух оваріотоміях 1) втробюшинное укрѣпление ножки, дренаж через задній сводъ, выздоровленіе; 2) ножка перевязана и опущена в брюшную полость, дренаж через задній сводъ, смерть через 30 часов послѣ операции. Авторъ высказывается в пользу дренажа послѣ оваріотоміи, но, в противоположность *Sims'y*, рекомендует его лишь для тех случаев, когда в брюшной полости приходится оставлять болѣе значительныя количества содержимаго кистъ, кровянисто-серозной жидкости и т. п.

Spiegelberg (Arch. f. Gynäk., Bd. VIII, стр. 520)

произвел три оваріотоміи съ внутробрюшиннымъ уходомъ за ножкою и дренажемъ через задній сводъ; умерла одна оперированная, через 18 часов послѣ операции, от общаго истощенія, — трупосичение производилось in extremis (cysto-carcinoma ovarii, ascites, раковое поражение желудка и железъ). Авторъ приписываетъ весьма важное профилактическое значеніе дренажу, преимущественно при внутробрюшинномъ уходе за ножкою. — Черезъ четыре года (Berl. klin. Woch., 1879, № 18) *Spiegelberg* опубликовалъ уже 35 оваріотомій, изъ которыхъ в 19-и ножка была фиксирована в брюшную ранѣ (съ однимъ смертельнымъ исходомъ), а в 16-и перевязана и опущена в брюшную полость, причемъ в трехъ случаяхъ применен дренаж (1 смерть, а 13 переведены безъ дренажа (3 смерти). Своихъ принципиальныхъ воззрѣній на дренирование брюшной полости авторъ на этотъ разъ не высказываетъ, но изъ приведенныхъ цифръ можно усмотрѣть его болѣе сдержанное отношеніе къ применению дренажа.

Th. Kocher (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1878, № 3) описываетъ пять оваріотомій, между ними нѣкоторыя съ обширными плотными сращениями, съ изліяніемъ содержимаго кистъ в полость брюшины, — ни в одномъ случаѣ не былъ примененъ дренажъ, всѣ оперированныя выздоровѣли.

Peruzzi (Il Raccoglitore Med., 1878, №№ 2—4; реф. вѣ Centr. f. Gynäk., 1878, № 20, стр. 483), одинъ изъ наиболее опытныхъ оваріотомистовъ Италіи того времени, бывшій долгое время поклонникомъ дренажа, в концѣ концовъ измѣнилъ свой взглядъ на него, считая его показаннымъ лишь в нѣкоторыхъ специальныхъ случаяхъ.

Въ качествѣ одного изъ наиболее авторитетныхъ поборниковъ профилактическаго дренажа выступилъ въ 1879 г. *Bardenheuer* (Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle, Stuttgart. 1879; реф. вѣ Centr. f. Gynäk., 1880, № 1); свои руководящія положенія онъ изложилъ весьма подробно на 54-мъ съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Зальцбургѣ (Centr. f. Gyn., 1881, № 22) въ видѣ слѣдующихъ пунктовъ: 1) всасывательная способность брюшины (на которую ссылаются противники дренажа) во всякомъ случаѣ ограничена; слѣдовательно, вѣ техъ слу-

чаяхъ, гдѣ секрета образуется больше, чѣмъ можетъ всосать брюшина, въ послѣдней остается излишекъ такого, могущій стать опаснымъ; 2) всасывательная способность для крови весьма въроятно меньше, чѣмъ для простаго серознаго выпота, потому что въ первой имѣются плотныя составныя части; поэтому, при наличности крови, ея избытокъ опаснѣе, чѣмъ болѣе, что она очень легко разлагается; 3) разлагающіеся секреты, какъ содержащій морфологическіе элементы, всасывается еще медленнѣе, да къ тому же, какъ раздражитель, усиливаетъ секрецію (воспалительную) брюшины; 4) примѣненіе губокъ для туалета брюшины, будучи энергичнымъ, раздражаетъ брюшину, при чемъ, послѣ первоначальнаго ускоренія кровообращенія въ ея сосудахъ, повышается ея всасывательную способность, наступаетъ высшая степень стаза съ параличемъ сосудистыхъ стѣнокъ, благодаря чему секреція изъ брюшины начинаетъ преобладать надъ ея всасывательною способностью; 5) при существующемъ уже перитонитѣ секреторная дѣятельность брюшины сильнѣе ея всасывательной способности, на что указываетъ наличность того или иного воспалительнаго выпота въ брюшной полости, при чемъ чревостеніе или еще болѣе ухудшитъ условія, усиливъ своимъ травматизмомъ воспалительное раздраженіе брюшины, или въ лучшемъ случаѣ оставитъ еще на нѣкоторое время то же невыгодное соотношеніе между секреціей и всасываніемъ; 6) если кровь уже насыщена септическими веществами, какъ напр. при ракъ матки, то всасывательная способность брюшины неминуемо потеритъ ущербъ, такъ какъ жидкость, насыщенная уже известными веществами, не въ состояніи воспринимать ихъ въ такомъ же количествѣ, какъ жидкость совершенно свободная отъ нихъ; 7) поврежденные участки брюшины еще въ теченіе нѣкотораго времени послѣ операции выдѣляютъ кровь, или по крайней мѣрѣ кровянистый секретъ, поэтому при болѣе обширныхъ поврежденіяхъ брюшины остальные ея участки оказываются недостаточными, чтобы всосать всю скопляющуюся въ брюшной полости жидкость, и послѣдняя застаивается.— Въ виду изложенныхъ соображеній *Bardenheuer* энергично высказывается въ пользу дренажа при всѣхъ операціяхъ, сопряженныхъ

со вскрытіемъ брюшной полости. Его авторитетъ и достигнутые имъ съ дренажемъ результаты завербовали ему много послѣдователей.

Kaltenbach (Zeitschr. f. Gyn. und Frauenkr., Bd. I, 1876, стр. 537—587), хотя писалъ по интересующему насъ вопросу раньше *Bardenheuer'a*, даетъ въ сущности, какъ-бы, отвѣты на нѣкоторые положенія послѣдняго. А именно, онъ говоритъ слѣдующее: «прежде всего не всякая кровянисто-серозная жидкость въ брюшной полости имѣетъ септическія свойства, и далѣе не рѣдко при выраженной септиеміи отсутствуетъ какое-то ни было внутри-брюшинное изліаніе, или, по крайней мѣрѣ, послѣднее рядомъ съ другими болѣе важными измѣненіями представляеть собою лишь второстепенное, побочное явленіе (стр. 565)»; «введеніемъ дренажной трубки открываются двери для проникновенія въ брюшную полость воздуха и вызывающихъ разложеніе (*zersetzungsregenden*) веществъ (стр. 569)».—Произведенные авторомъ два опыта съ дренированіемъ брюшной полости у собакъ (должно замѣтить—при обстановкѣ совершенно не асептической) показываютъ, что дренажная трубка сильно раздражаетъ прилежащія ткани и весьма быстро окружается ложными перепонками, такъ что дренируютъ уже не брюшную полость, а лишь тотъ замкнутый каналъ, въ которомъ лежатъ (стр. 571—572).— Въ заключеніе авторъ формулируетъ свои воззрѣнія на дренажъ брюшной полости въ видѣ слѣдующихъ положеній: 1) развитіе септиеміи представляется связаннымъ съ воздѣйствіемъ известныхъ ядовитыхъ или вызывающихъ разложеніе веществъ, которыя заносятся въ брюшную полость руками оператора, инструментами, или попадаютъ туда вмѣстѣ съ воздухомъ; 2) оставленіе размятыхъ, изъятыхъ изъ круга кровообращенія тканевыхъ частей, крови, серозной жидкости или содержимаго кисти увеличиваетъ опасность септиеміи ковеннымъ путемъ, въ силу того, что эти массы даютъ подходящую почву для дальнѣйшаго развитія септическихъ началъ, и что именно при сложныхъ операціяхъ, вслѣдствіе ихъ длительности и болѣе значительнаго соприкосновенія съ воздухомъ, едва-ли можно избѣгнуть попадания въ брюшную полость возбудителей гніенія и разло-

жения; 3) быстрому поступлению и дальнейшему распространению яда по лимфатическим путям и соединительнотканным щелям благоприятствует наличие обширных внутрибрюшинных раневых поверхностей и открытых пространств в клетчатке; 4) в качестве действительно профилактических мероприятий должно обращать внимание на самое строгое обеззаражение рук оператора и помощников, инструментов и аппаратов, а равно операционного помещения, тщательное очищение брюшины от излившейся крови, серозной жидкости или содержимого кисты помощью лежащих в хлорной воде и перед употреблением выжимаемых губок, воздержание от производства операций в случаях, где невозможна точная остановка кровотечения, или где предстоит обнажение обширных участков клетчатки; 5) так называемый профилактический дренаж противоречит только что приведенным правилам предупреждения септицемии, так как введенная дренажная трубка еще и после операции может способствовать проникновению в брюшную полость воздуха, заразных начал и пр.; 6) кроме того введение дренажной трубки обуславливает значительное механическое раздражение брюшины; 7) при таких условиях профилактический дренаж в несложных случаях должен быть безусловно отвергнут и представляется показанным лишь в тех более сложных операциях, где вследствие скопления многих неблагоприятных моментов с высокой степенью вероятности можно ждать возникновения процессов гнидистого разложения; 8) благоприятное действие дренажа заключается не в том, что он препятствует гнидистому распаду или образованию септического яда, а в том, что он быстро удаляет часть патологических продуктов и дает возможность помощью обеззараживающих промываний действовать химически на оставшуюся часть их; 9) с другой стороны, эта польза низводится до минимума теми обстоятельствами, что нет необходимых механических условий для действительности дренажа, и таковые не могут быть созданы: многие внутрибрюшинные выпоты не подчиняются закону тяжести и не скопляются в *Douglas*'овом пространстве, свободный отток жидкостей из

последнего затрудняется непроходимостью, сдавливанием и инкасуляцией дренажа; наконец, последний при наиболее тяжелых формах инфекции потому бесполезен, что он может протекать в виде исключительно или преимущественно флегмонозных процессов, или в виде перитонитов с волокнистым выпотом или разлитыми гнейдами нагноения; 10) введение стеклянных трубок в нижний угол раны, по видимому, обладает известными преимуществами перед обычными видами дренажа; если при отсутствии профилактического дренажа впоследствии и образуется выпот в *Douglas*'овом пространстве, то последующее вскрытие последнего дает по меньшей мере те же шансы, как и профилактический дренаж.

A. Martin (Berliner klin. Wochenschr., 1878, № 16) брюшную полость при овариомах не дренирует, даже при обширных сращениях, требующих наложения большого количества лигатур. Возставая против позритель *Bardenheuer*'а, автор (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, № 219) считает всасывательную способность брюшины почти безграничною; относительно больших обнаженных от брюшины раневых поверхностей он думает, что в большинстве случаев бывает возможно тем или иным способом закрыть их брюшиною, и что все-таки вся суть в надлежащей антисептике; от этих принципов автор отступает лишь 1) в тех случаях, где уже подвергшиеся разложению части не могут быть удалены при операции цэликком, напр. в некоторых случаях при выматочной беременности и 2) там, где нельзя избгнуть сообщения брюшной полости с влагалищем, как это бывает, напр. при полном вырывании матки и пр. Затем в недавнее время (*Handbuch der Krankh. der weibl. Adnexorgane*, Bd. I, 1895 г., стр. 226) автор еще рязче высказывается против умелости какого-бы то ни было дренажа брюшной полости и заявляет, что за последние четыре года он ни разу к нему не прибегал, ни при чревостенных через переднюю брюшную стьнку, ни при таковых через влагалище.

Dohrn (Deutsche medic. Wochenschr., 1878, № 46—47), по поводу произведенных им в Марбургской кли-

никъ 25 оваріотомій, въ которыхъ онъ ни разу не видѣлъ надобности прибѣгать къ дренажу, рѣшительно высказывается противъ него, находитъ, что попадающія въ брюшную полость небольшія количества содержимаго кистъ прекрасно всасываются брюшиною, и что вся суть въ томъ, чтобы предохранить брюшную полость отъ проникновенія въ нее заразныхъ началъ. Изъ его оперированныхъ умерли 5 (20%).—Слѣдуяца 10 оваріотомій, произведенныя имъ въ 1878/9 году (Deutsche medic. Woch., 1879, № 40), всѣ окончились выздоровленіемъ; дренажъ также не примѣнялся.

E. Kimball (Transact. of the Americ. gyn. Society, 1877, стр. 525; реф. въ Centr. f. Gynäk., 1879, № 1) систематически дренируетъ задній Douglas со стороны влагалища (въ 7 случаяхъ изъ 8) при помощи канюли, черезъ которую при появленіи гнилостнаго выдѣленія промываетъ брюшную полость антисептическими растворами; всѣ восемь оперированныхъ выздоровѣли.

Л. Соколовскій (Медиц. Вѣстникъ, 1878, № 9), основываясь на четырехъ произведенныхъ имъ оваріотоміяхъ, признаываетъ благоприятный исходъ ихъ примѣненію дренажа.

В. И. Шталъцъ (Медиц. Вѣстн., 1878, № 43) на вскрытіи оперированной, умершей на другой день послѣ оваріотоміи съ примѣненіемъ дренажа, убѣдился, что дренажъ весьма быстро оказывается совершенно окруженнымъ склеившимися между собою петлями кишекъ, такъ что при такихъ обстоятельствахъ о дренированіи брюшной полости не можетъ быть никакой рѣчи.

Boyc (G. Nowitz, Gynäk. og obst. Medd. 1878; реф. въ Centr. f. Gynäk., 1879, № 8), произведшій въ 1876—1878 гг. 23 оваріотоміи (изъ которыхъ умерли 5), совершенно отказался отъ дренированія брюшной полости, находя его не достигающимъ цѣли, такъ какъ дренажъ черезъ очень короткій промежутокъ времени обволакивается ложными перелонками и перестаетъ исполнять лежащую на немъ функцію.

Д. О. Оттъг (Медиц. Вѣстн., 1878, №№ 51—52), работавшій въ клинической лабораторіи проф. *К. Ф. Славянского*, произвелъ 22 опыта надъ дренированіемъ брюш-

ной полости у кроликовъ и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) первая склейка около дренажной трубки образуются уже на слѣдующій день послѣ операціи, при чемъ эти склейки обыкновенно охватываютъ большую часть дренажной трубки; 2) дренажная трубка вполне изолируется отъ брюшной полости въ самый короткий срокъ, дня въ три; 3) источникомъ отдѣленія гноя изъ дренажа должна быть признана внутренняя стѣнка новообразованнаго футляра, что подтверждается отсутствіемъ явленій, сопровождающихъ гнойный перитонитъ, и, съ другой стороны, найденными абсцессами въ толщъ новообразованной около-дренажной капсулы; 4) только первые 1—2 дня отдѣленіе изъ дренажа серьезнаго характера, потому оно дѣлается гнойнымъ, отдѣленіе-же гноя изъ дренажной трубки со дня появленія его постепенно увеличивается (по крайней мѣрѣ дни до 18-го); 5) ни передвиженія дренажной трубки, ни инъекціи въ нее не предотвращаютъ образованія около дренажа изолирующей его капсулы; 6) новообразованная капсула уже съ 3-го дня послѣ операціи отнимаетъ всякую возможность инъфильтрируемой жидкости проникать въ полость брюшины; 7) о свободномъ оттоктъ жидкихъ накопленій изъ полости брюшины черезъ дренажную трубку спустя уже сутокъ не можетъ быть и рѣчи. При отнѣскъ значенія для настоящаго времени установленнаго авторомъ фактовъ, должно, конечно, помнить, что его опыты производились не при асептической обстановкѣ.—Черезъ 10 лѣтъ (Врачъ, 1888, № 15, стр. 285) *Д. О. Оттъгъ* высказываетъ слѣдующее основное положеніе по данному вопросу: «употребленіе дренажа принципиально избѣгается; онъ можетъ быть употребленъ только въ исключительныхъ случаяхъ», и дѣйствительно, на 30 произведенныхъ имъ чрезовѣчныхъ брюшная полость ни разу не была дренирована, не смотря на то, что во многихъ случаяхъ оператору приходилось преодолѣвать очень обширныя сращения, иногда гнойное содержимое кистовидныхъ опухолей попадало въ брюшную полость и т. п.—Дальше (Centralbl. f. Gynäk., 1892, № 32) авторъ, не высказываясь принципиально о дренажѣ и о показаніяхъ въ нему, останавливается лишь на техникѣ *Mikulicъ*евской тампонаціи брюшной полости и рекомен-

дуеть, между прочимъ, выводить ковецъ марлевого тампона не въ нижнемъ углу раны, а во выгалищѣ. При этомъ, помимо ряда клиническихъ наблюдений, авторъ ссылается на произведенныя, по его предложению, въ этомъ направленіи опыты *М. Ф. Семискаго* на животныхъ (Журналъ акуш. и женск. бол., 1892, № 6, стр. 546), при чемъ выяснены слѣдующія преимущества проведения тампона изъ задняго *Douglas'*ова пространства во влагалище: 1) брюшная рана заживаетъ рѣже; 2) кишки приходятъ въ соприкосновеніе съ тампономъ лишь на очень ограниченномъ пространствѣ, и сращенія, по вынутіи тампона, получаются обыкновенно только между маткою и гесташ; 3) полоса марли, лежащая во влагалищѣ, не высыхаетъ и потому дѣйствуетъ все время, какъ капиллярный дренажъ. — Наконецъ, давая краткій обзоръ 204 чревосчеченій (Сборникъ работъ по акушерству и женск. болѣзнямъ, посвященный проф. *К. Ф. Славянскому*, СПб., 1894, часть II, стр. 10), *Д. О. Оттъ* по тому-же вопросу говоритъ слѣдующее: «утолщеніе дренажа брюшной полости ограничивается лишь тѣми случаями, гдѣ чѣстность брюшины была нарушена на очень большомъ пространствѣ, напр., при вылученіи межъяичниковыхъ кистъ, или же гдѣ при завѣдомо заражномъ процессѣ не удается вполне удалить изъ брюшной полости пораженныя ткани».

Mikulicz (Wiener med. Wochenschr., 1879, № 19—22) описываетъ четыре случая плотныхъ опухолей матки и широкихъ связокъ, оперированныхъ *Billroth'*омъ съ примѣненіемъ дренажа брюшной полости; изъ нихъ одна больная умерла отъ перитонита. Поздѣе (*Archiv für klin. Chirurgie*, Bd. XXVI, 1881, стр. 111—150) тотъ же авторъ, изложивъ въ общихъ чертахъ господствующія воззрѣнія на отношеніе брюшины къ проникающимъ извнѣ, какъ физическимъ и химическимъ агентамъ, такъ и къ бактерио-содержащимъ веществамъ, останавливается преимущественно на значеніи такъ называемыхъ мертвыхъ пространствъ и считаетъ наиболее серьезнымъ въ прогностическомъ отношеніи обстоятельствомъ обнаженіе большихъ поверхностей въ полости малого таза отъ брюшиннаго покрова (стр. 130), когда создаются неблагоприятныя количественныя отношенія между секретіей и всасывательною способ-

ностью брюшины. Его воззрѣнія на дренажъ брюшной полости, какъ на средство борьбы съ инфекціей, сводятся къ тому (стр. 140), что въ большинствѣ случаевъ онъ излишенъ, а гдѣ онъ могъ бы быть полезенъ, тамъ онъ, въ силу механическихъ условій брюшины, не достаточенъ и не надеженъ; гдѣ вокругъ дренажной трубки образуются перитонеальные складки, тамъ онъ совершенно бесполезенъ; всего менѣе дренажъ можетъ оказать желаемое дѣйствіе при существующей уже инфекціи. Но вскорѣ (*Archiv für klin. Chir.*, Bd. XXXIV, стр. 635) *Mikulicz*, убѣдившись въ гипроскопическихъ свойствахъ 20% йодоформированной марли, предложилъ свой дренажъ-тампонъ изъ послѣдней (для выполненія мертвыхъ пространствъ), весьма быстро приобретающій много сторонниковъ и почти вытѣснившій въ другіе способы дренированія брюшной полости.

Carl Loebker (*Archiv für Gynäk.*, 1879, Bd. XIV, стр. 438), приводя отчетъ о 22-хъ чревосчеченіяхъ, произведенныхъ *Pernice'*омъ въ Грейфсвальдской гинекологической клиникѣ, замѣчаетъ, что первичный дренажъ брюшной полости, какъ приемъ опасный, а priori былъ отвергнутъ и ни разу не примѣнялся.

A. v. Lumniczger (*Orvosi hetilap*, 1879, № 50—52; реф. въ *Centr. f. Gynäk.*, 1880, № 6), произведшій первую въ Венгріи овариотомію въ 1874 году, представляя отчетъ о дальѣйшихъ 20-ти овариотоміяхъ, признаетъ профилактическій дренажъ брюшной полости показаннымъ: 1) если содержимое кисты пошло въ брюшную полость, 2) при предполагаемой возможности послѣдовательнаго кровотеченія изъ разорванныхъ сращеній, 3) при брюшной водянкѣ вслѣдствіе хроническаго перитонита, 4) при опасеніи, что антисептическія мѣропріятія (*Lister*) не были достаточно строго проведены при операціи.

J. K. Thornton (*The Lancet*, 1879, Aug. 30, Sept. 20), примѣнившій на 102 чревосчеченія въ 11 случаяхъ дренажъ брюшной полости, признаетъ его значеніе при операціяхъ, проведенныхъ не по строго антисептическому методу, или гдѣ предварительно кисту яичника пунктировали; чистые же антисептические случаи протекаютъ лучше безъ дренажа. Черезъ 2 года (*British Med. Journal*, 1881, Oct. 1, стр. 549) онъ относится къ дренированію

брюшной полости еще сдержаннее и высказывает мнение, что, если содержимое брюшной полости асептично (кровь, серозная жидкость), то оно быстро всасывается и, так сказать, питает оперированную; дренаж же может оказаться проводником инфицирующих начал извне.

Keith (Brit. Med. Journ., 1881, Oct. 1), уже давно с успехом применяет стеклянную трубку и считает дренирование брюшной полости после чревосечений крайне важным, особенно в трудных случаях.

Lawson-Tait (Med. Times and Gaz., 1881; реф. в Centr. f. Gynäk., 1882, № 9, стр. 139), давая отчет о 110 произведенных им чревосечениях (с 9-ю смертными случаями), в том числе—51 овариотомией с 2-мя смертями (3,49%), объясняет такой небывало для того времени низкий % смертности, между прочим, более сдержанным применением дренажа, к которому автор вынужден был прибегнуть только во 6 случаях, где отделение плотных сращений повело к довольно сильному кровотечению в брюшную полость.

L. Labbé (Arch. gén. de médecine. 1881, Janvier; реф. в Centr. f. Gynäk., 1881, № 15, стр. 366) рекомендует дренировать брюшную полость при овариотомии во всех случаях, в которых наперед можно ожидать после операции скопления в полости брюшины серозной или кровянистой жидкости, как напр. при существовании имбующего наклонность рецидивировать асцита или при большом количестве обширных, сосудистых сращений.

Kehrer (Centr. f. Gynäk., 1882, № 3, стр. 33), предлагая особую двойную нейлизберную канюлю для применения канилярного дренажа, говорит, что возможно полное отведение трансудата из брюшной полости является одною из важнейших задач при чревосечениях; чем суше содержится полость брюшины после операции, тем шансов на выздоровление больше.

Leopold (Archiv für Gynäk., 1882, Bd. XX, Heft 1), представляя отчет о 30 чревосечениях, принципиально не высказывается о дренаже, но есть полное основание думать, что он не приписывал ему особенно благоприятного значения, так как применял его из тридцати случаев только во одном, хотя ему не раз встрѣ-

чались случаи значительного загрязнения брюшной полости содержимым кисты, кровью и т. п. (напр. случай 4-й).

O. St. Grunwaldt (St.-Petersb. Medic. Woch., 1882, № 30) описывает пять овариотомий, из которых в трех брюшина полость была дренирована, для чего главнейшим показанием явилось загрязнение брюшины содержимым кисты.

Th. A. Emmet (Principien und Praxis der Gynäkologie, изм. перевод *Rothe*, Leipzig, 1881, стр. 567) в тех случаях овариотомии, где приходится отделять обширные сращения, советуют вводить через нижний угол брюшной раны дренажную трубку в заднее *Douglas'*ово пространство.

Widow (Berlin. klin. Wochenschr., 1884, № 39), осуждая вопрос о сравнительной безопасности операций, производимых на поверхности тела, и чревосечений, усматривает весьма существенное оружие для борьбы с септической инфекцией в дренировании ран, так широко применяемом хирургами при операциях первого рода, и переходит к установке показаний для дренирования брюшной полости при чревосечениях. Главнейшее показание, по его мнению, заключается в длительности операции, сопряженной с оставлением рваных и размятых тканей при неполной к тому же остановке кровотечения. Что касается техники дренирования, то автор предлагает вводить через брюшную рану по направлению к *Douglas'*ову пространству прямую или слегка изогнутую трубку из твердого каучука, в 18 см. длины и в 3—5 см. в диаметре, и выводить их йодоформированной марлей или другим дезинфицирующим и гигроскопичным веществом; марля меняется по мере надобности, иногда несколько раз в день; через 3—4 дня эти трубки замываются более тонкими, а затѣм и совсем вынимаются. В заключение автор приводит описание двух овариотомий и пяти влагалищных вызываний матки с применением дренажа по вышеописанному методу; из семи оперированных одна (после влагалищного вызывания матки) умерла на третий сутки от воспаления брюшины.

G. E. Peims (Врач., 1885, № 48) на 30 произведенных им овариотомий применял первичный дренаж

63960

брюшной полости только один раз. Затѣмъ А. Г. *Боряковский* и *Г. Е. Рейна* (Врачъ, 1888, № 41, стр. 813) по поводу дренированія брюшной полости говорятъ слѣдующее: «а) въ нѣкоторыхъ случаяхъ дренажъ составляетъ крайнюю необходимость; сюда относятся очень трудная, продолжительная чревосеченія, сопровождающаяся разрушеніемъ многочисленныхъ кровотокающихъ сосудовъ, вскрытіемъ кѣлѣчатки, прижиганіемъ и пр.; затѣмъ слѣдуютъ операціи, производимыя при воспащеніи брюшины, при нагноеніи опухоли, при омертвѣніи ея, напр., вслѣдствіе перекручиванія ножки и пр., наконецъ, операціи, произведенныя при недостаточной въ смыслѣ безвредности обстановкѣ, или же произведенныя экстренно по неотложнымъ показаніямъ; б) дренажъ есть средство для контролированія послѣдовательныхъ кровотоковъ въ сомнительныхъ случаяхъ; в) мы считаемъ наиболее выгоднымъ проводить дренажную трубку въ заднее *Douglas*'ovo пространство со стороны наружной раны и, именно, стеклянную дренажную трубку; только при этихъ условіяхъ мы можемъ вполнѣ чисто содержать дренажъ и во всякое время справляться относительно состоянія брюшной полости; стеклянный дренажъ, кромѣ преимуществъ въ отношеніи обеззараживанія, представляетъ еще и то удобство, что просвѣтъ его вполнѣ обезпеченъ отъ сжатія, которое можетъ случиться даже и съ очень толстой резиновой трубкой, какъ мы въ этомъ могли убѣдиться на трункѣ; г) уходъ за дренажемъ составляетъ, дѣйствительно, весьма трудную обязанность врача по отношенію къ больной, но вмѣстѣ съ тѣмъ самую благодарную, такъ какъ мы вполнѣ убѣждены, что д) только благодаря примѣненію дренажа и тщательному уходу за нимъ, мы не потеряли больныхъ послѣ нѣсколькихъ трудныхъ чревосеченій». Затѣмъ *Г. Брюно* (Протоколы Акуш.-Гинек. Общества въ Кіевѣ, годъ 2-й, вып. 3-й, стр. 121), описывая оперированный *Г. Е. Рейномъ* трудный случай двусторонней оваріотоміи, приписываетъ благоприятный исходъ ея примѣненію дренажа. — Наконецъ, *Г. Е. Рейна* (Врачъ, 1890, № 2—3), говоря объ обстановкѣ чревосеченій по поводу 60-ти произведенныхъ имъ операцій, замѣчаетъ, что «тамъ, гдѣ нѣтъ возможности остановить окончательно паренхиматоз-

ное кровотеченіе и, вообще, гдѣ нельзя достигнуть сухости брюшной полости, вставляется стеклянный дренажъ; относительно возможности достигнуть вполнѣ асептического дренированія брюшной полости авторъ ссылается на произведенныя въ его клиникѣ наблюденія *Ф. Г. Яновскаго*, изъ которыхъ явствуетъ, что марія, служившая для дренажа въ одномъ случаѣ, не дала развитія бактеріальныхъ колоній въ посѣвахъ на различныхъ питательныхъ среды.

А. Я. Курасовскій прибѣгалъ иногда дренажъ брюшной полости въ до-антисептической періодъ своей дѣятельности. «Я въ настоящее время думаю», говоритъ онъ (Журналъ акуш. и женск. бол., 1887, стр. 656), «что при надлежащей антисептикѣ употребленіе его, и то кратковременное (нѣсколько дней), можетъ имѣть примѣненіе лишь въ исключительныхъ случаяхъ». — Изъ его отчета о 40 оваріотоміяхъ (Журн. ак. и ж. б., 1887, № 10—11) видно, что брюшная полость ни разу не была дренирована, не смотря на то, что были случаи обильнаго кровотеченія изъ разорванныхъ сращеній, загрязненія брюшины изліаніемъ содержимаго кисти и т. п.

Gusserow (Archiv f. Gynäk. 1888, Bd. XXXII, стр. 165) описываетъ 31 чревосеченіе, произведенное имъ по поводу *ruosalpinx*'а; почти во всѣхъ случаяхъ большее или меньшее количество содержимаго трубъ попадало въ брюшную полость; дренажъ не былъ примѣненъ ни разу; умерла одна оперированная (3,2%).

Dionys v. Szabo (Arch. f. Gyn., 1888, Bd. XXXII, стр. 193) даетъ отчетъ о 37 оваріотоміяхъ въ клиникѣ *Кезмарьскаго* въ Буда-Пештѣ; дренажъ брюшной полости совершенно не примѣнялся; по мнѣнію автора, даже слишкомъ усердный туалетъ брюшины скорѣе вреденъ, а нормальное содержимое кисти, кровь и серозная жидкость могутъ быть оставлены въ брюшной полости безъ вреда, если только не попадо инфицирующихъ началъ извне.

А. Н. Соловьевъ въ своемъ руководствѣ (Оперативная Гинекологія, Москва, 1888, отдѣлъ второй, стр. 346) приводитъ лишь общія соображенія относительно умѣстности дренажа, а именно онъ говоритъ, что «показаніе къ дренированію брюшной полости будетъ зависѣть отъ условій, при которыхъ производится операція, отъ продол-

жительности и трудности ее производства, отъ присутствія той или другой жидкости въ брюшной полости и, наконецъ, отъ тѣхъ или другихъ измѣненій брюшины», и что «каждый случай въ отдѣльныхъ будетъ намъ указывать на необходимость или ненужность дренажа»; послѣ этого онъ переходитъ къ описанію различныхъ способовъ проведенія дренажа. Но въ другомъ мѣстѣ (Медиц. Обозрѣніе, 1888, № 7, стр. 679) изъ описанія произведенныхъ имъ шести оваріотомій видно, что въ половинѣ случаевъ онъ прибѣгаетъ къ профилактическому дренированію брюшной полости; всѣ оперированныя выздоровѣли.

В. В. Сутугинъ (Врачъ, 1888, №№ 22—26) на 25 описываемыхъ имъ чревосчѣній примѣнилъ первичный дренажъ брюшной полости въ двухъ случаяхъ.

Ch. Taft (New-York Medic. Journal, 1888, July 14; реф. въ Журн. акуш. и женск. бол., 1888, № 9, стр. 688) даетъ подробное и совершенно безпристрастное изложеніе современнаго состоянія вопроса о дренажѣ брюшной полости, его техникахъ, показаніяхъ и пр., замѣчая только, что его слѣдуетъ примѣнять лишь при наличности строгихъ показаній, изъ опасенія послѣдовательнаго образованія грыжи.

Н. Н. Феноменовъ (Врачъ, 1888, №№ 1—3) на свои первая 34 чревосчѣнія самаго разнообразнаго характера дренажа не примѣнилъ ни разу.—Затѣмъ изъ отчета о третей сотнѣ чревосчѣній (Сборникъ работъ по акуш. и женск. бол., посвященный проф. **К. Ф. Савяцкому**, Спб., 1894, часть II, стр. 47—103) видно, что авторъ крайне строго относится къ показаніямъ для примѣненія первичнаго (профилактическаго) дренажа брюшной полости: таковой употребленъ только два раза (случай № 56—раненіе мочевого пузыря, № 86—масса сращеній въ тазу и значительныя поврежденія брюшины); остается только добавить, что еще въ двухъ случаяхъ понадобился вторичный дренажъ—въ послѣоперационномъ періодѣ.

А. И. Лебедевъ (Еженед. Клинич. Газета, 1889, № 21, стр. 373; **В. И. Орловъ**, Клинич. отчетъ о 200 чревосчѣніяхъ, произведенныхъ проф. **А. И. Лебедевымъ**, Дис., Спб., 1893) къ первичному дренажу полости брюшины не прибѣгаетъ.

C. Penrose (Journal of the Americ. Med. Assoc. 1890, Febr. 22; реф. въ Журн. ак. и ж. бол., 1890, № 9, стр. 637) являясь поклонникомъ дренажа брюшной полости, относительно показаній къ его примѣненію не говоритъ ничего новаго, но совѣтуетъ прибѣгать къ нему скорѣе слишкомъ часто, чѣмъ слишкомъ рѣдко.

S. Lande (Archiv f. Gynäk., 1889, Bd. XXXVI, стр. 460—501), списывающій результаты примѣненія дренажа брюшной полости при чревосчѣніяхъ, произведенныхъ **Sänger'омъ**, говоритъ между прочимъ, что марлевой тампона, прототипъ котораго данъ **Mikulicz'емъ**, не можетъ считаться дренажемъ въ прямомъ смыслѣ этого слова, и въ этомъ отношеніи лучше пользоваться стеклянными трубками, рыхло выполняемыми йодоформированною марлей. Что касается показаній къ дренажу брюшной полости, то онъ ихъ наличность признаетъ въ случаяхъ количественно или качественно неблагоприятныхъ условій со стороны секретовъ брюшины, опасныхъ загрязненій ея (гнои, содержимое дермоидныхъ кистъ и т. п.), тяжелыхъ воспалительныхъ, инфекціонныхъ или травматическихъ заболѣваній брюшины въ связи съ неблагоприятными обще-конституціональными состояніями. Тампонація-же брюшной полости показуется въ случаяхъ паренхиматозныхъ плоскостныхъ или полостныхъ кровотеченій, которыя не удается остановить инымъ путемъ. На 200 чревосчѣній, произведенныхъ **Sänger'омъ** съ 1881 по начало 1889 гг., брюшная полость была дренирована въ 17 случаяхъ (8,5%) съ 7-ю смертельными исходами, тогда какъ всего на 200 оперированныхъ умерли 17.

Самъ **Sänger** (Deutsche medic. Woch., 1891, № 4) также выступаетъ въ качествѣ поборника дренажа брюшной полости при чревосчѣніяхъ, по крайней мѣрѣ—для извѣстнаго рода случаевъ. Показаніями для него онъ считаетъ: 1) существованіе мѣстныхъ скопленій крови, разложившихся (инфицированныхъ) или способныхъ разлагаться секретовъ, если обезвреживаніе ихъ превышаетъ всасывательную способность брюшины, мѣстно или вообще пониженную; 2) возможность послѣдовательнаго накопленія секретовъ, разложеніе (инфекція) и всасываніе которыхъ заставляеть опасаться септической интоксикаціи;

3) опасение вскрытия полых органовъ съ не безразличнымъ содержимымъ (мочевой пузырь, кишки); 4) необходимость обособить болѣе значительныя, обильно секретизирующія полостныя раны отъ остальной брюшной полости. За последнее время авторъ изъ общаго числа 54 произведенныхъ имъ чрезвѣсчій дренировалъ въ 14 случаяхъ, изъ которыхъ умерла одна больная отъ шока.

Наконецъ, *Port* (Centralbl. für Gynäkol., 1897, № 16, стр. 437), сообщая Лейпцигскому Акушерскому Обществу о 25 случаяхъ примѣненія дренажа при чрезвѣсчїяхъ, имѣвшихъ мѣсто въ клиникѣ проф. *Sänger'a*, при чемъ умерли три больныя въ первая-же сутки послѣ операціи (2 — отъ паралича сердца, 1 — отъ эмболии легкиихъ), высказывается въ томъ смыслѣ, что, гдѣ только возможно, слѣдуетъ обходиться безъ дренажа; если-же почему-либо совершенное закрытіе брюшной полости представляется не желательнымъ, то всего лучше пользоваться марлевымъ дренажемъ. Оживленная пренія, вызванная этимъ докладомъ, въ которыхъ принимали участіе *Zweifel*, *Sänger* и др., касались главнымъ образомъ объясненія дѣйствія дренажа, преимуществъ различныхъ способовъ его примѣненія и пр., давая мало фактическаго матеріала для рѣшенія спорнаго вопроса о его пользѣ.

H. Fritsch (Aus der Breslauer Klinik. Bericht über die Gynäkol. Operationen des Jahrgangs 1891—92, Berlin, 1893, стр. 37) много лѣтъ примѣняетъ марлевой дренажъ-тампонъ, и въ общемъ у него осталось впечатлѣніе, что такой дренажъ имѣетъ значеніе скорѣе въ дѣлѣ остановки кровотеченія, чѣмъ обеззараживанія.

R. Olshausen, не рѣшавшійся въ 1877 году (*Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, № 111, стр. 837) категорически высказаться о болѣе или меньшей надобности дренировать брюшную полость при овариомимахъ, въ болѣе недавнее время (*Zeitschrift f. Geb. und Frauenkt.*, 1890, Bd. XX, стр. 222), давая отчетъ о произведенныхъ имъ 459 чрезвѣсчїяхъ, отмѣчаетъ, что временная тампонація по *Mikulicz'u* понизилась въ четырехъ случаяхъ по поводу паренхиматозныхъ кровотеченій изъ полостей, оставшихся послѣ выдущенія внутрисвязочныхъ опухолей; дренажъ со стороны влагалища примѣненъ лишь въ од-

номъ случаѣ большого гнойника брюшной полости, спустившагося низко въ *Douglas'*ово пространство.

M. Hofmeister (Очеркъ основъ гинекологическихъ операцій, перев. *Р. К. Рунае*, СПб., 1893, стр. 407) по интересующему насъ вопросу говоритъ лишь слѣдующее: «по моему, слѣдуетъ прибѣгать къ этому послѣднему средству (дренажу брюшной полости) только тогда, когда попало въ полость брюшины подозрительное содержимое кисты или трубы, или когда, чѣмъ также иногда бываетъ, неожиданно наткнулся на инкапсулированные гнойные фокусы въ брюшной полости».

И. В. Комаревскій (Матеріалы къ вопросу объ уходѣ за женщинами послѣ чрезвѣсчїя. Дисс., Москва, 1894) описываетъ 201 чрезвѣсчїе, произведенныя проф. *В. Ф. Снегиревымъ* въ гинекологической клиникѣ Московскаго Университета, и 10 чрезвѣсчїей, произведенныхъ самимъ авторомъ въ больницѣ Брянскаго завода Орловской губерніи. По поводу дренажа брюшной полости онъ замѣчаетъ (часть I, стр. 88), что клиника *В. Ф. Снегирева* практикуетъ его довольно широко; употребляются толстые гуттаперчевые дренажи, которые обыкновенно принимаются въ нижнемъ углу раны. Авторъ думаетъ, что у капилярнаго дренажа, къ которому переходитъ большинство хирурговъ, есть будущее, между тѣмъ какъ остальные способы, въ особенности гуттаперчевые дренажи, постепенно исчезнутъ. Вообще, на 201 чрезвѣсчїе только 74 проведены безъ дренажа (умерли 5, т. е. 6,7%), 174 проведены съ дренажа (умерли 13, т. е. 10,2%).—Самъ авторъ въ оперированныхъ имъ 10 случаяхъ (съ 3-ми смертями) ни разу не прибѣгалъ къ дренажу.

А. П. Губаревъ. (Журналъ акуш. и женск. бол., 1895, № 3, стр. 217) даетъ интересней очеркъ по вопросу о дренированіи брюшной полости, касаясь главнымъ образомъ теоріи его дѣйствія и техники примѣненія, попутно затрагивая нѣкоторыя детали анатоміи и физиологіи брюшины, имѣющія отношеніе къ брюшной хирургіи, и упоминаетъ при случаѣ о нѣкоторыхъ своихъ хирургическихъ наблюденіяхъ, порою весьма поучительныхъ; собственнаго-же фактическаго матеріала, который могъ-бы

служить для рѣшенія вопроса о профилактическомъ значеніи дренированія брюшной полости, въ этой интересной статьѣ мало.

A. Czernin (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., 1895, Ergänzungsheft. Beiträge zur Geb. u. Gyn. Festschrift gewidmet *A. Martin*), испытывавъ на дѣлѣ всѣ господствовавшія въ различное время воззрѣнія на дренированіе брюшной полости при чревосъщеніяхъ, подвергаетъ критическому разбору полученные имъ результаты, иллюстрируя ихъ 12-ю исторіями боьзвнн, и приходнтъ въ заключение къ слѣдующему выводу: благопріятный исходъ какого-либо осложненнаго чревосъщенія лишь рѣдко можетъ быть обусловленъ дренажемъ, въ преобладающемъ же большинствѣ случаевъ дѣйствию послѣдняго случайно; хорошій исходъ является результатомъ отсутствія вирулентности или ея ослабленнаго состоянія: если вирулентность на-лицо, то едва-ли дренажъ окажется жизненно-спасительнымъ средствомъ, если-же вирулентность исчезла, то дренажъ не нуженъ.

F. Schauta (Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, 1896) принципиально разделяетъ тампонацію брюшной полости по *Mikulicz'y* (не отрицая за нею, впрочемъ, и дренирующаго значенія) и чистое дренированіе ея; первую онъ считаетъ показанною при послѣднемъ вырѣзываніи матки, а при чревосъщеніяхъ черезъ переднюю брюшную стѣнку—лишь для остановки плоскостныхъ паренхиматозныхъ кровотеченій (стр. 936); капилярный-же дренажъ въ прямомъ смслѣ слова онъ признаетъ необходимымъ при всѣхъ операціяхъ со вскрытіемъ брюшной полости, въ которыхъ операціонное поле загрязняется бактеріосодержащими веществами (стр. 1132).

M. M. Кузнецовъ (Южно-Русская Медич. Газета, 1896, № 12; реф. въ Журналѣ акуш. и женск. бол., 1896, № 9, стр. 1027), описывая оперированній въ Харьковской клиникѣ случай фибромиксомы яичника, касается тампонаціи брюшной полости и устанавливаетъ для нея слѣдующія показанія: 1) при наложеніи шва на полезный органъ брюшной полости; 2) при обширныхъ раненіяхъ и кровотеченіяхъ въслѣдствіе раздѣленія обширныхъ сращеній; 3) вообще, при не вполне безгнлостныхъ чревосъщеніяхъ.

Ф. А. Добbertz (Журналъ акуш. и женск. бол., 1897, № 7—8), широко примѣнявшій тампонацію брюшной полости во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда при операціи получалась раневая поверхность, лишенная нормальнаго брюшиннаго покрова, или-же когда былъ новодъ опасаться загрязненія брюшины гнойными или гнилостными веществами, пришелъ однако относительно нея къ отрицательному заключенію, не видя въ ней гарантіи противъ перитонита и въ то-же время испытывая всѣ неудобства, сопряженныя съ не вполне закрытою брюшною полостью (необходимость повторныхъ перевязокъ, затажное выздоровленіе); въ виду этого онъ съ 1897 года прибѣгаетъ къ тампонаціи лишь въ видѣ исключенія.

К. Ф. Славинскій (Частная патологія и терапія женск. бол., томъ II, СПб., 1897, стр. 287) пишетъ слѣдующее: «при настоящей асептической обстановкѣ чревосъщеній, мы не боимся оставлять болѣе или менѣе замѣтныхъ количествъ жидкостей въ полости брюшины... Если само содержимое кистомы смѣшано съ гноемъ и содержитъ патогенные микроорганизмы, мы поступаемъ точно такъ-же, удаливъ то, что можно удалить... Оставляя-же на болѣе ограниченномъ пространствѣ совершенно здоровую брюшную часть жидкости, инфекціозности которой намъ вѣдь точно не извѣстна, мы можемъ надѣяться на реактивную дѣятельность брюшины, какъ мы знаемъ, столь успѣшно инкапсулирующей всѣ вредныя начала, попавшія въ нее въ значительномъ количествѣ. Руководствуясь этими воззрѣніями, мы не прибѣгаемъ никогда прополаскиваній—вымываній брюшины... Столь восхваляемый въ свое время дренажъ брюшной полости послѣ овариотоміи мы также никогда не прибѣгаемъ и не примѣняли, не видя въ немъ особенной пользы, кромѣ теоретическихъ воззрѣній».

М. Н. Порошинъ (Клинич. обзоръ чревосъщеній, произведенныхъ въ клиникѣ профес. *К. Ф. Славинскаго* за 20 лѣтъ, Дисс., СПб., 1898, стр. 8), приводя вышнзложенное мнѣніе нашего общаго учителя, отмѣчаетъ, что на 428 чревосъщеній брюшная полость была дренирована (стерилизованною марлею) только въ двухъ случаяхъ; въ обоихъ—конецъ дренажа былъ выведенъ въ нижній уголъ

брюшной раны; одна оперированная умерла от септического перитонита *).

Doyen (Technique chirurgicale, Paris, 1897) заявляет, что он не сторонник дренирования брюшной полости, и что он рекомендует его лишь в видъ исключения (стр. 595); въ случаѣ попадания въ брюшную полость колющаго содержимаго кисти, онъ обильно ее промывает, но не дренирует (стр. 550).

Pozzi (Traité de gynécologie clinique et opératoire, Paris, 1897) слѣдующимъ образомъ формулируетъ главнѣйшія показанія къ дренированию брюшной полости при чревосѣченіяхъ: 1) опасеніе болѣе значительнаго выдѣленія крови или серозной жидкости по закрытіи брюшной раны, вследствие особыхъ анатомическихъ или клиническихъ условий, при нарушенной всасывательной способности брюшины; 2) существованіе въ брюшной полости септической поверхности (остатки опухолей, нагноеніе), способной выдѣлять жидкости, всасываніе которыхъ могло-бы быть опаснымъ; наличность перитонитическихъ измѣненій; 3) обширныя поврежденія брюшины, дѣйствующія, а) какъ персистирующій источникъ выдѣленія жидкости и б) какъ уменьшеніе всасывательной способности; 4) длительность операци и кровотливыя манипуляціи при ней, нарушенія крѣпости тканей кишокъ и жизнѣнность ихъ сыровоточнаго покрова.

H. A. Kelly (Operative Gynecology, London, 1898, vol. II, стр. 29—40) говоритъ, что вопросы о томъ, когда дренировать, какъ дренировать, и, вообще, дренировать-ли, представляются въ высшей степени важными въ брюшной хирургіи; едва-ли найдется другой предметъ, по которому существовали-бы такія разногласія между хирургами въ ихъ практической дѣятельности: тогда какъ одни дренируютъ во всѣхъ случаяхъ, даже самыхъ простыхъ, другіе совершенно оставили дренажъ за самыми рѣдкими исключеніями. Авторъ, имѣющій обширный личный опытъ въ этомъ вопросѣ, постепенно былъ вынужденъ придти къ заключенію, что дренажъ рѣдко бываетъ полезенъ и часто опасенъ; изъ первой сотни своихъ чревосѣченій онъ

*) Общ. операци были проведены мною.

примѣнилъ дренажъ (стеклянную трубку) въ 73 случаяхъ, а въ послѣдній сотиѣ—ни разу. Интересны приводимыя авторомъ бактериоскопическія наблюденія *H. Robb'a* и *A. A. Ghrieskey'a* надъ дренажными трубками (*Johns Hosp. Hosp. Bull., July, 1891*), показавшія, что изъ шестнадцати трубокъ въ девяти никакиихъ микроорганизмовъ не оказалось, въ шести—былъ найденъ бѣлый стафилококкъ, и въ одной—золотистый стафилококкъ; въ этихъ фактахъ авторъ находитъ подтвержденіе своихъ опасеній, что дренажъ можетъ служить проводникомъ заразныхъ началъ извнѣ. — Въ общемъ-же, помимо случаевъ чревосѣченій при того или иного рода гнойныхъ процессахъ въ брюшной полости, собственно для профилактическаго дренажа авторъ приводитъ одно показаніе, это—случай раненія кишки съ наложеніемъ швовъ.

Изъ приведеннаго очерка литературныхъ данныхъ по вопросу о дренированіи брюшной полости можно сдѣлать только одинъ выводъ, а именно, что путемъ однихъ лишь клиническихъ наблюденій трудно придти къ определенному, убѣдительному для безпристрастнаго наблюдателя рѣшенію и хотя нѣсколько примирить и согласовать то многообразіе мнѣній, которое до сихъ поръ еще господствуетъ въ этомъ вопросѣ. Трудно это по тому, что нельзя сравнивать результаты, достигнутыя однимъ хирургомъ при примѣненіи дренажа, съ результатами другого хирурга, не прибѣгавшаго къ дренажу; параллельныхъ-же клиническихъ наблюденій, какъ съ дренажемъ, такъ и безъ него, произведенныхъ при прочихъ, по возможности, одинаковыхъ условіяхъ, не имѣется, да по самой сути дѣла ихъ и ожидать нельзя.

Остается, слѣдовательно, путь экспериментальный, путь опытовъ на животныхъ. Въ этомъ направленіи уже много сдѣлано (см. выше работы *Hegar'a*, *Kaltenbach'a*, *Ottm.*, *Семенскаго*, отчасти наблюденія *Яновскаго*, *Robb'a* и *Ghrieskey'a* и др.), но еще больше остается сдѣлать.

Необходимо поставить опыты на бактериологическую почву и широко разнообразить их, приближаясь, по возможности, к тем комбинациям условий, при которых в действительности приходится работать хирургу. Можно бы было хотя в общих чертах наметить те направления, в которых подобные работы, на мой взгляд, должны бы были вестись; мне кажется, что путь должен быть таков: 1) введение в брюшную полость чистых культур патогенных микроорганизмов различной степени вирулентности с последующим дренированием и без него; 2) введение в брюшную полость бактериальных токсинов также с последующим дренированием и без него; 3) введение в брюшную полость асептических (стерильных) органических жидкостей и тканей с одновременным заражением брюшины чистыми культурами и без такового; 4) судьба введенных в брюшную полость инородных (не органических) тел в зависимости от их физических и химических свойств и от состояния брюшины; 5) способы заживления обнаженных от брюшины участков брюшной полости при условиях асептических и при введении заразных начал, с применением дренажа и без него; 6) сравнительное изучение различных способов дренирования брюшной полости и различных годных для этой цели материалов, и т. д. Нет сомнения, что при самом производстве работ в наметенных направлениях исследователи неминуемо будут наталкиваться на еще новые вопросы, касающиеся тех или иных деталей, и только этим путем возможно будет получить совершенно прочные основы для решения вопроса в ту или другую сторону.

Имея некоторый собственный опыт в брюшной хирургии, хотя и исключительно в области гинекологии (см. цитированную выше диссертацию *М. Н. Порошина*), и не раз имев случай становиться лицом к лицу со спорным вопросом о дренировании брюшной полости, я переживал тяжелые минуты колебаний и нерешительности в каждом подобном случае, что и явилось импульсом к производству настоящей работы. Получив одобрение наметенного мною плана работы со стороны моего незабвенного учителя, ныне покойного, профессора

Кронида Федоровича Славянского, я задался целью проследить путем опытов на животных, какое влияние оказывает дренаж на исходы чревосечений при завядомом введении в брюшную полость тех или иных инфицирующих начал, чистых культур гноеродных микроорганизмов и их токсинов.

Так как производство подобных опытов требует соблюдения всех правил асептики, применяемых обычно при производстве чревосечений, а в Петербурге, на сколько мне известно, имеется единственная лаборатория с асептической операционной для животных, а именно — в физиологическом отделении Императорского Института Экспериментальной Медицины, то я и обратился летом прошлого года с просьбою разрешить мне производство наметенных опытов к завядующему названным отделением профессору Императорской Военно-Медицинской Академии *Ивану Петровичу Павлову*, который любезно изъявил на это свое согласие.

О П Ы Т Ы.

Прежде чѣмъ приводить протоколы моихъ опытовъ, я считаю необходимымъ вкратцѣ описать обстановку, при которой они производились.

Помѣщеніе операционной (стѣны покрыты масляною краскою, полъ асфальтовый), равно какъ и операционный столъ, мылись растворомъ карболовой кислоты и водой. Инструменты, лигатуры и т. п. стерилизовались въ аппаратѣ *Schimmelbusch'a*. Животному передня брюшная стѣнка обривалась, мылась мыломъ, растворомъ сулемы (1:1000) и затѣмъ обильно орошалась обеззараженною водою. Операторъ и его помощникъ надѣвали чистые холщевые передники и мыли себѣ руки, какъ это принято передъ чревостѣченіями.

Дренажъ примѣнялся исключительно въ видѣ полоски свѣжепростерилизованной марли, проводившейся изъ брюшной полости черезъ отверстие въ заднемъ *Douglas'овомъ* пространствѣ во влагалище (само собою разумѣется, что для этого брались исключительно самки, тогда какъ контрольные опыты — безъ дренажа — производились безразлично на самцахъ и самкахъ). Я остановился на марлевомъ дренажѣ на томъ основаніи, что таковой въ настоящее время предпочитается громаднымъ большинствомъ хирурговъ всякаго рода дренажнымъ трубкамъ; затѣмъ я проводилъ дренажъ во влагалище, а не выводилъ его черезъ брюшную рану, главнымъ образомъ руководствуясь тѣмъ соображеніемъ, чтобы защитить дренажъ отъ самого оперированнаго животнаго, ибо прикрыть его въ области брюшной раны какою-либо повязкою, по понятнымъ причинамъ, было-бы крайне трудно, если не невозможно; защитную рану я просто заливалъ трауматициномъ или даже оставлялъ ничѣмъ не покрытою. Влагалище животнаго,

которымъ предполагалось ввести дренажъ, предварительно промывалось и вытиралось возможно тщательно, при помощи небольшого (ушного) цилиндрическаго зеркала изъ твердаго каучука, сначала растворомъ сулемы и затѣмъ стерилизованною водою.

Для своихъ опытовъ я бралъ морскихъ свинокъ и отчасти собакъ; кролики представлялись мнѣ менѣе подходящими вслѣдствіе ихъ вѣсколку своеобразнаго отношенія къ гипноиднымъ микроорганизмамъ. Но съ другой стороны, морскія свинки крайне чувствительны къ хлороформному наркозу: не легко ловить ту необходимую для производства чревостѣченія степень наркоза, которая въ то-же время не грозила-бы имъ смертью; сравнительно хорошо переносятъ онъ хлороформъ послѣ подкожнаго впрыскиванія 0,3—0,5 кубич. сантиметра слѣдующаго раствора: *Atropini sulfur.* 0,02, *Morphii pur.* 0,1, *Aq. destill.* 20,0. Не смотря на эту предосторожность, извѣстное количество животнымъ все-таки гибло отъ хлороформа, иногда въ началѣ операци, а не рѣдко уже въ самомъ концѣ ея, при зашиваніи брюшной раны.

Для зараженія брюшины я пользовался чистыми культурами *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus pyogenes aureus* и *bacterium coli commune*, а равно токсинами послѣдней, и притомъ — различной вирулентности, о чемъ будетъ сказано въ изложеніи каждаго отдѣльнаго опыта; здѣсь-же, чтобы не повторяться, я замѣчу только, что въ первыхъ четырехъ опытахъ я бралъ культуры, уже многократно перевивавшіяся съ одной питательной среды на другую, не проходя черезъ животный организмъ; эти культуры, будучи вырваны изъ морской свинки подъ кожу, давали инфилтратъ, державшііся по нѣскольку недѣль, но не переходившіи въ нагноеніе; въ остальныхъ случаяхъ я пользовался инопдѣ активными культурами, степень вирулентности которыхъ колебалась лишь въ зависимости отъ давности ихъ приготовленія; филтратъ токсинотъ *bacterii coli communis* въ бульонѣ, примѣнявшійся въ послѣднихъ шести опытахъ, получался отъ инопдѣ вирулентныхъ культуръ. Само собою разумѣется, что культуры держались всегда въ термостатѣ при надлежащей температурѣ.

Обыкновенно я старался располагать свои опыты сериями, применяя в каждой из них какое-либо одно инфицирующее начало, при чем у половины животных каждой серии брюшная полость дренировалась, а у другой половины, для сравнения, дренаж не применялся; таким образом получалась действительная возможность *сравнивать* результаты опытов. Для каждой серии брались от двух до пяти животных; только опыты I и IV составляли в этом отношении исключение, стоя совершенно особняком.

Перехожу к протоколам опытов.

Опыт I.—10-го июля. Морской свинкѣ (самкѣ), послѣ указанных выше приготовлений, подъ хлороформнымъ наркозомъ произведено чрезвѣщенное разрезаніе по бѣлой линіи; затѣмъ введеннымъ во влагалище пинцетомъ, подъ контролемъ зрѣнія и осязанія со стороны брюшной полости, вскрытъ задній *Douglas*; при помощи того-же пинцета, при его обратномъ выведении, проведена полоска свѣже-стерилизованной марли изъ брюшной полости во влагалище; послѣ этого въ полость брюшины введена одна капля за сутки передъ тѣмъ первитой чистой культуры гноероднаго стрептококка; брюшная рана защита двухъ-этажнымъ швомъ изъ стерилизованнаго шелка и залита трауmaticонъ.—17-го іюня сняты швы и удаленъ дренажъ. Свинка поправилась.

Опыт II.—19-го іюня. Морской свинкѣ (самкѣ), съ соблюденіемъ тѣхъ-же правилъ, какъ и въ опытѣ I, произведено чрезвѣщенное, въ брюшную полость введены двѣ капли 2-дневной желатиновой культуры *staphylococci ruog. aurei*; марлевой дренажъ изъ задняго *Douglas'a* во влагалище.—24-го іюня сняты швы съ брюшной раны и удаленъ дренажъ.—28-го іюля той-же свинкѣ сдѣлано вторичное чрезвѣщеніе, причемъ найдены многочисленныя, довольно плотныя сращения между органами малаго таза.

Опыт III.—19-го іюня. Морской свинкѣ (самкѣ), послѣ обычно произведеннаго чрезвѣщенія введены въ полость брюшины двѣ капли той-же 2-дневной желатиновой культуры стафилококка, что и въ предыдущемъ

опытѣ; дренажъ не примѣненъ.—24-го іюня сняты швы съ брюшной раны.—28-го іюля той-же свинкѣ произведено вторичное чрезвѣщеніе.—въ брюшной полости когдѣ оказались немногочисленныя, рыхлыя, легко рвущіяся складки.

Опыт IV.—20-го іюля. Морской свинкѣ, по вскрытіи обычнымъ путемъ брюшной полости, введены въ задній *Douglas* три капли 10-дневной бульонной культуры стрептококка (см. опытъ I); марлевой дренажъ во влагалище.—24-го іюня сняты швы и удаленъ дренажъ; свинка поправилась.

Опыт V.—11-го іюля. Морской свинкѣ введены въ задній *Douglas* 0,5 куб. сантим. свѣжей желатиновой культуры *streptococci ruogenes*; марлевой дренажъ во влагалище. Въ ночь на 15-е іюля свинка пала.

Опыт VI.—11-го іюля. Морской свинкѣ (самку) введены въ *Douglas* 0,5 куб. сантим. той-же культуры стрептококка, что и въ предыдущемъ опытѣ; безъ дренажа. Смерть 16-го іюля вечеромъ.

Опыт VII.—11-го іюля. Морской свинка введена та-же культура и въ томъ-же количествѣ, какъ и въ опытахъ V и VI; марлевой дренажъ. Пала въ ночь на 15-е іюля.

Опыт VIII.—11-го іюля. Морской свинкѣ (самкѣ) введено въ брюшную полость то-же, что и въ предыдущихъ трехъ опытахъ; дренажъ не примѣненъ. Смерть 13-го іюля.

Опыт IX.—17-го іюля. Морской свинкѣ, послѣ обычно произведеннаго чрезвѣщенія, введено въ брюшную полость 0,3 куб. сантим. 8-дневной желатиной культуры гноероднаго стрептококка; дренажъ не примѣненъ.—28-го іюля сняты швы съ брюшной раны, первое натяженіе.—20-го августа произведено вторичное чрезвѣщеніе, при чемъ въ брюшной полости почти никакихъ сращеній не найдено.

Опыт X.—17-го іюля. Морской свинкѣ введено въ брюшную полость 0,3 куб. сантим. той-же 8-дневной культуры стрептококка, что и въ предыдущемъ опытѣ; проведенъ марлевой дренажъ изъ задняго *Douglas'a* во влагалище.—28-го іюля удаленъ дренажъ и сняты швы, первое натяженіе.—При вторичномъ чрезвѣщеніи, про-

изведенном 20-го августа, найдены плотные плоскостные сращения тонких кишек съ маточными рогами и верхушкой мочевого пузыря.

Опыт XI. — 25-го июля. Морской свинки (самцу) во вскрытую обычным путем брюшную полость введен 1,0 куб. сантим. вирулентной бульонной культуры *Bacterii coli communis*; без дренажа. Смерть въ первые сутки.

Опыт XII. — 25-го июля. Тоже, что и въ предыдущемъ опытѣ, но съ проведеніемъ дренажа изъ заднего *Douglas'a* во влагалище. Смерть въ первые сутки.

Опыт XIII. — 25-го июля. Тоже, что и въ предыдущемъ опытѣ. Смерть втечение первыхъ сутокъ.

Опыт XIV. — 25-го июля. Тоже, что въ опытѣ XI. Свинка пала въ первые сутки.

Опыт XV. — 28-го июля. Морскій свинки во вскрытую брюшную полость введены 3 капли той-же культуры *Bacterii coli communis*, что и въ предыдущихъ четырехъ опытахъ, разбавленной бульономъ (1:2); дренажъ во влагалище. Свинка пала 3-го августа.

Опыт XVI. — 28-го июля. Тоже, что и въ предыдущемъ опытѣ, но безъ дренажа. Смерть 29-го июля.

Опыт XVII. — 29-го июля. Также разбавленная культура *Bacterii coli communis*; дренажъ. Смерть 30-го июля.

Опыт XVIII. — 29 июля. Тоже, что и въ предыдущемъ опытѣ, но безъ дренажа. Смерть 30-го июля.

Опыт XIX. — 29-го июля. Тоже, что и въ опытѣ XVII. Свинка пала 8-го августа.

Опыт XX. — 4-го августа. Морской свинки, послѣ обычнаго чревосѣченія, введена въ брюшную полость 0,3 куб. сантим. разбавленной въ равныхъ частяхъ стерилизованною водою 5-дневной бульонной культуры *staphylococci ruog. aurei*, полученной изъ свѣжаго гноя; марлевой дренажъ изъ заднего *Douglas'a* во влагалище. Смерть втечение первыхъ сутокъ.

Опыт XXI. — 4-го августа. Тоже, что и въ предыдущемъ опытѣ, но безъ дренажа. Свинка пала 29-го августа.

Опыт XXII. — 4-го августа. Тоже, что въ опытѣ XX. Свинка пала въ первый-же сутки.

Опыт XXIII. — 4-го августа. Тоже, что въ опытѣ XXI. Смерть 20-го августа.

Опыт XXI V. — 8-го августа. Чревосѣчение по обычному способу; въ брюшную полость морской свинки введены три капли изъ смѣси одной петли 10-дневной культуры золотистаго стафилококка на агарь-агаръ съ 1,5 куб. сантиметрами стерилизованной воды; дренажъ во влагалище. 14-го августа сняты швы и удаленъ дренажъ; свинка поправилась.

Опыт XXV. — 8-го августа. Тоже, что въ предыдущемъ опытѣ, но безъ дренажа. 14-го августа сняты швы; свинка осталась жива.

Опыт XXVI. — 8-го августа. Тоже, что въ опытѣ XXIV. 14-го августа удаленъ дренажъ и сняты швы съ брюшной раны; свинка поправилась.

Опыт XXVII. — 8-го августа. Тоже, что въ опытѣ XXV. 14-го августа сняты швы; свинка поправилась.

Опыт XXVIII. — 21-го августа. Рыжій кобель вѣсомъ въ 1 пудъ $\frac{1}{3}$ фунта. Обычное чревосѣчение по бѣлой линіи; въ брюшную полость введено 0,6 куб. сантим. перивитой три дня тому назадъ на бульонъ культуры золотистаго стафилококка; безъ дренажа; брюшная рана зашита двухъ-этажнымъ шелковымъ швомъ. Послѣ операционное теченіе съ макс. повышеніемъ температуры на третьи сутки вечеромъ до 39,3°C. 30-го августа сняты швы, изъ которыхъ нѣкоторые прорѣзали и нагноились. Собака затѣмъ совершенно поправилась.

Опыт XXIX. — 21-го августа. Черная сука въ 28 фунтовъ вѣсомъ. По вскрытіи обычнымъ путемъ брюшной полости, въ послѣднюю введено 0,4 куб. сантим. той-же смѣси, что и въ предыдущемъ опытѣ; марлевой дренажъ изъ заднего *Douglas'a* во влагалище. Макс. температура — на 4-я сутки вечеромъ — 39,3°. Швы сняты 30 августа, заживленіе первымъ натяженіемъ; собака поправилась.

Опыт XXX. — 20-го августа. Морской свинки введено во вскрытую брюшную полость 0,2 куб. сантим. двухъ-дневнаго фильтрата токсиновъ *Bacterii coli communis* въ бульонѣ; марлевой дренажъ во влагалище. Свинка погибла 6-го сентября.

Опыт XXXI.—20-го августа. Тоже, что и в предыдущем опыте, но без дренажа. Свинка пала 29-го августа.

Опыт XXXII.—3-го сентября. Морской свинки, по вскрытии обычным способом брюшной полости, в последнюю введено 0,5 куб. сантиметра 12-дневного филтрат токсинов *Bacterii coli communis* в будоуи; марлевой дренаж во влагалище. Свинка пала на третий день.

Опыт XXXIII.—3-го сентября. Тоже, что в предыдущем опыте. Смерть в ночь на 15-е сентября.

Опыт XXXIV.—3-го сентября. Тоже, что в двух предыдущих опытах, но без дренажа. Свинка пала на третий сутки.

Опыт XXXV.—3-го сентября. Тоже, что и в предыдущем опыте. Свинка погибла на третий сутки.

З а к л ю ч е н и е.

Подводя общие итоги произведенным мною 35 опытам со введением в брюшную полость животным различных чистых культур и токсинов с последующим дренированием и без него, оказывается, что 19 опытов с применением дренажа дали 12 смертей (63,2%), а 16 пробных опытов без дренажа — 11 смертей (68,8%) — цифры, говорящие, по видимому, в пользу дренажа. Но, конечно, на таких голых цифрах нельзя останавливаться. Разсматривая же более внимательно однородной серии опытов, мы получим следующие результаты.

Опыты I и IV, как не имеющие соответственных контрольных опытов и проведенные с очень ослабленным, благодаря многократным перевивкам, культурами (о чем уже было сказано раньше), не могут служить вским доводом в пользу дренирования брюшной полости, хотя оба животных и оправдись.

Опыты II (с дренажем) и III (без дренажа) окончились оба выздоровлением животных, причина чего кроется также в крайне слабой вирулентности примененной культуры.

В опытах V—VIII, в которых вырскивалось в брюшную полость по 0,5 куб. сантиметра совершенно *той же* культуры стрептококка, все животные погибли, безразлично—были ли применены дренаж или нѣтъ.

В опытах IX (без дренажа) и X (с дренажем) со введением 0,3 куб. сантиметра *девятисонной* культуры того же стрептококка, оба животных оправдись.

В опытах XI—XIX (вирулентная культура *Bacterii coli communis*), из которых в пяти брюшная полость была дренирована, все животные пали.

Опыты XX—XXIII, как с дренажем, так и без него, при чем применялась *пятисонная* культура зо-

лотистого стафилококка, всё окончилось смертью животных.

Опыты XXIV—XXVII, со введением в брюшную полость морских свинок десятидневной культуры того же стафилококка, разбавленной стерилизованною водою, дали в результате выздоровление животных, как дренированных, так, и контрольных.

В опытах XXVIII (без дренажа) и XXIX (с дренажем), где вводилась первичная культура стафилококка, оба оперированные собаки остались в живых.

Наконец в опытах XXX—XXXV, в которых в брюшную полость вводились токсины *bacterii coli communis*, дренаж также не оказал заметного действия, и всё шесть морских свинок пали.

Остается прибавить несколько слов о том, что, может быть, дренаж сказывался в том отношении, что инфицированные животные при нем не так быстро погибали, как без него. Действительно, в опытах XV, XIX, XXX и XXXIII дренированные животные жили дольше соответственных контрольных, при чем эта разница колеблется между 4-ми и 9-ю днями. Но с другой стороны, опыты VI, XX и XXIII представляют обратное явление: контрольные животные жили на 3,15 и даже 25 дней дольше дренированных. За отсутствием ясной закономерности в этих фактах, приходится отнести их на счет возможных случайностей.—

Таким образом остается признать, что исходы произведенных мною на животных чревосечений со введением в брюшную полость тех или иных патогенных культур или их токсинов, зависли главным образом от большей или меньшей вирулентности вводимого заразного начала и не видоизменялись сколько-нибудь заметно от того обстоятельства, дренировалась ли при этом брюшная полость, или нет,—по крайней мере, в том виде, как это производилось в моих опытах.

Из приведенного мною выше литературного очерка видно, что безрезультатность дренажа многие авторы объясняют тем, что дренаж весьма быстро окружается ложными перепонками, совершенно изолирующими его,

так что он дренирует только тот канал, в котором сам лежит, а отнюдь не брюшную полость. Желая проверить это обстоятельство, я произвел, как это видно из протоколов опытов, вторичная чревосечения двум парам из моих оперированных уже и выздоровевших животных, а именно морским свинкам опытов II—III и IX—X, и убедился при этом, что у свинок II и X, у которых при первом чревосечении применялся дренаж, при вторичной операции (через 5—5½ недель) оказались больше или меньше плотная, плоскостная сращения между органами большого и малого таза, тогда как у свинок III и IX, у которых дренаж не применялся, или совсем не найдено сращений, или если таковые и были, то в виде совершенно рыхлых и одиночных, не плоскостных склеек. Малое число наблюдений в этом направлении не дает мне права делать каких-либо обобщений, но во всяком случае они наводят на мысль еще об одной нежелательной стороне дренирования брюшной полости, заключающейся в том, что дренаж может вести к развитию больше или менее обширных сращений между органами, которая, конечно, не будет для организма безразличными, и дадут в свою очередь ряд больше или меньше тягостных симптомов.—

В качестве конечного вывода моей работы, я позволяю себе высказать мнение, что первичный дренаж при чревосечениях, в целях борьбы с повзввшими в брюшную полость *sub operatione* заразными началами, не имеет серьезного значения.

В заключение считаю своею приятною обязанностью выразить многоуважаемому профессору *Ивану Петровичу Павлову* мою глубокую благодарность за оказание мне в его лаборатории в Императорском Институте Экспериментальной Медицины широкого гостеприимства. А также от всей души я должен поблагодарить своих бывших товарищей по клинике, приват-доцента *П. Т. Савоско*ка и д-ра мед. *А. М. Рокитца*ка за их драгоценную помощь советом и делом при производстве моих опытов.

подачи помощи немущим роженицам, не потребует увеличения расходов на этот предмет.

8) Звание так называемой сельской повивальной бабки является совершенным анахронизмом.

9) Давно уже назрело время, не ограничиваясь общемедицинскими съездами русских врачей, приступить к организации съездов по специальностям.

Положенія.

1) Сфера примѣненія дренажа брюшной полости при чревосвѣщеніяхъ очень ограничена и постепенно должна все болѣе уменьшаться.

2) При современномъ высокомъ развитіи технической стороны примѣненія принциповъ асептики остается еще широкое поле для расширенія показаній и усовершенствованія оперативныхъ методовъ въ области брюшной хирургіи.

3) Замѣчаемое въ послѣдніе годы увлеченіе влагаличнымъ путемъ для удаленія различныхъ опухолей матки и ея придатковъ (coeliotomia vaginalis) есть явленіе временное и находитъ себѣ оправданіе лишь въ опасеніи развитія грыжъ въ области рубца послѣ чревосвѣщенія черезъ переднюю брюшную стѣнку (coeliotomia abdominalis).

4) Кастрація, какъ способъ лѣченія фибромомъ матки, должна быть совершенно оставлена.

5) Этиологическая роль гонококковой инфекціи въ заболѣваніяхъ женскаго полового аппарата, по ея распространенности, болѣе значительна, чѣмъ роль зараженія стрептококкомъ или стафилококкомъ.

6) Изъ всей современной асептической операціонной обстановки всего труднѣе имѣть стерильный матеріалъ для швовъ (шелкъ, катгутъ и пр.).

7) Предпочтеніе, оказывавшееся малымъ родильнымъ пріютамъ сравнительно съ большими родовспомогательными заведеніями, въ настоящее время должно быть признано несостоятельнымъ. Замѣна существующихъ въ Петербургѣ *двадцати* 8-кроватьныхъ городскихъ родильныхъ пріютовъ хотя-бы *шестью* 20-кроватьными, расширяя дѣло

Curriculum vitae.

Андрей (Робертъ-Александръ) Романовичъ Фишеръ, сынъ купца, лютеранскаго вѣроисповѣданія, родился въ Москвѣ въ 1855 году. Среднее образование получилъ въ Орловской Губернской Гимназій, по окончаніи которой съ золотою медалью, въ 1872 году поступилъ въ Императорскую Медико-Хирургическую (нынѣ Военно-Медицинскую) Академію. Будучи студентомъ V курса, лѣтомъ 1877 года работалъ въ госпиталяхъ Общества Краснаго Креста въ г. Орлѣ. По окончаніи курса Академіи 6-го мая 1878 г., пробывъ 4 мѣсяца во временномъ врачебномъ запасѣ арміи, съ сентября 1878 г. по сентябрь 1881 г. состоялъ земскимъ врачомъ въ г. Волховѣ Орловской губерніи, гдѣ завѣдывалъ городскою больницею и 1-мъ врачебнымъ участкомъ уѣзда. Съ осени 1881 г., по возвращеніи въ Петербургъ, началъ заниматься въ качествѣ ординатора въ находившейся въ завѣданіи нынѣ покойнаго профессора К. Ф. Славянскаго клиникѣ акушерства и женскихъ болѣзней. Съ 1833 по 1885 г. завѣдывалъ состоявшимся подъ Августѣйшимъ покровительствомъ Ея Имп. Выс. Вел. Княгини Александры Петровны Гаванскимъ Покровскимъ Родильнымъ Приютомъ и велъ преподаваніе акушерства на IX-мъ курсѣ Школы Лѣкарскихъ Помощницъ при Покровской Общинѣ сестеръ милосердія. Съ сентября 1885 г. по февраль настоящаго года занималъ должность Ассистента Клиники акушерства и женскихъ болѣзней при Императорской Военно-Медицинской Академіи (Гинекологическое Отдѣленіе Клавическаго Военнаго Госпиталя). Въ настоящее время назначенъ на должность Директора состоящаго подъ Августѣйшимъ покровительствомъ Ея Имп. Выс. Вел. Князя Михаила Николаевича Закавказскаго Ольгинскаго

Повивальнаго Института въ Тифлисі. — Состоитъ членомъ-учредителемъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ, дѣйствительнымъ членомъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ и Русскаго Общества охраненія народнаго здравія въ С.-Петербургѣ; былъ секретаремъ акушерско-гинекологической секціи 1-го Пироговскаго съѣзда русскихъ врачей въ 1885 году въ С.-Петербургѣ и секретаремъ отъ Россіи на Международномъ Гинекологическомъ Конгрессѣ въ 1896 г. въ Женевѣ. — Экзамены на степень доктора медицины сдалъ въ 1898—99 гг.

Печатныя работы:

Къ казуистикѣ уродствъ утробнаго плода. *Micromelus*. («Врачъ», 1884, № 28).

О дѣятельности Гаванскаго Покровскаго родильнаго приюта за 188³/₄ годъ. (Спб., 1884).

Гаванскій Покровскій безплатный родильный приютъ. Отчетъ о движеніи родовъ за 188⁴/₅ годъ. («Русская Медицина», 1885, №№ 30—33).

Къ ученію о дѣтскихъ послѣдоваго періода родовъ («Русская Медицина», 1886, №№ 25—30).

Zur Frage über die Leitung der Nachgeburtsperiode. («Centralbl. für Gynäk., 1886, № 49).

Нѣсколько словъ о значеніи задержанныхъ плодныхъ оболочекъ. Къ вопросу о такъ называемомъ «самозараженіи родильницъ». («Врачъ», 1886, № 35).

Die löffelförmigen Spiegel bei Craniotomie («Centralbl. für Gynäk., 1886, № 45).

Острая ложка при неполномъ выкидышѣ. («Журналъ акуш. и женск. болѣзней», 1887, № 3).

Случай первичнаго рака влагалища. (Протоколы за сѣданій Акуш.-Гинек. Общества въ Спб., вып. II, годъ 3, стр. 44; см. приложение къ «Журн. акуш. и женск. бол.», 1888, № 11).

Случай сохраняющаго кесарскаго сѣченія («Журн. акуш. и женск. бол.», 1892, № 12).

Къ патологической анатоміи женскихъ наружныхъ половыхъ органовъ. («Сборникъ работъ по акушерству и женскимъ болѣзнямъ, посвященный проф. К. Ф. Славян-

скому», Спб., 1894) (совмѣстно съ д-ромъ А. Ф. Бранд-томъ).

Нѣсколько экспериментальныхъ данныхъ къ вопросу о дренированіи брюшной полости при чревосеченіяхъ, Спб., 1889 г. (представляется въ качествѣ диссертациі на степенъ доктора медицины).

Переводы:

Х. Кобленцъ. Овариотомія. («Международная Клиника» 1882, № 7).

Р. Грейлихъ. Параметрить и периметрить. («Международная Клиника», 1882, № 11).

Ф. Шаута. Очеркъ основъ оперативнаго акушерства. Спб., 1886.

Подъ его редакціей изданы:

Штрассманъ. Асептическое акушерство. Перев. съ вѣм. д-ра И. И. Фомиліанта. Спб., 1895.

Сборникъ работъ по акушерству и женскимъ болѣзнямъ, посвященный проф. К. Ф. Славянскому его учениками въ 25-лѣтіе его врачебной дѣятельности 9-го декабря 1893 года. Два тома. Спб., 1894.

Учв.	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№	1-го Харьк. Мед. Института