

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГІИ.

(Путевыя и личныя наблюденія)

Д-ра медицины В. Купидонова (Казань).

Лондонъ. Посѣтивъ германскихъ и французскихъ гинекологовъ, всюду я встрѣтилъ болѣе или менѣе строгое соблюденіе асептики и антисептики при операціяхъ, только въ Англіи оказывается, впрочемъ, всего два гинеколога, которые рѣшили прекратить въ своей оперативной практикѣ примѣненіе антисептики и послѣоперационные результаты получаютъ не только не хуже, но даже лучше. Операторы эти *Lawson Tait* (въ Бирмингамѣ) и *Bantock* (въ Лондонѣ). Интересуясь увидать лично производство операцій безъ антисептики, я рѣшился посѣтить клинику *Bantock*'а.

Клиника этого профессора находится въ томъ самомъ Hospital Samaritan, гдѣ производилъ оваріотоміи знаменитый *Spencer Wells*, оставившій теперь, по преклонности лѣтъ, свою госпитальную практику. Интересно то, что въ указанномъ госпиталѣ практикуютъ и другіе хирурги, которые всѣ соблюдаютъ при операціяхъ асептику и въ особенности антисептику.

Въ первое мое посѣщеніе госпиталя, 15-го (27-го) апрѣля, я видѣлъ операцію—*colproperineorrhaphiam* при разрывѣ промежности и выпаденіи нижней передней стѣнки прямой кишки. Операція произведена докторомъ *Boulton*'омъ по способу *Lawson Tait*'а, уже описанному мною раньше.

Небольшое видоизмѣненіе состояло въ томъ, что послѣ сдѣланнаго разрѣза между влагалищемъ и прямой кишкой верхній лоскутъ былъ оттянутъ вверхъ, а на нижній наложенъ изъ середины раны рядъ швовъ изъ *skin de Florence*, который имѣлъ цѣлью укрѣпить выпавшую стѣнку прямой кишки. Затѣмъ отъ концовъ первоначальнаго разрѣза проведены два параллельныя между собою боковыя и новая промежность образована посредствомъ нало-

женія поперечныхъ швовъ изъ серебряной проволоки. Операція произведена съ примѣненіемъ антисептики (растворъ карбол. к.) и постоянного орошенія.

16-го (28-го) апрѣля я видѣлъ первую операцію безъ антисептики, *ovariotomy*, произведенную проф. *Bantock*'омъ.

Больная передъ операціей, разумѣется, была въ ваннѣ и одѣта во все чистое бѣлье. Животъ передъ самой операціей вымытъ простой водой съ мыломъ; волосы на наружныхъ половыхъ органахъ сбриты самимъ операторомъ.

Инструменты, губки и шелкъ положены въ ванночки съ простой теплой водой, т. е. въ кипятокъ, разбавленный холодной водой изъ водопровода.

По словамъ *Bantock*'а, инструменты передъ операціей тщательно вымываются простой водой съ мыломъ, посредствомъ щетокъ. Губки новыя, вымываются сначала въ кипяткѣ, затѣмъ въ нѣсколькихъ водахъ до удаленія всѣхъ известковыхъ частицъ, затѣмъ для бѣлизны держатся нѣсколько часовъ въ растворѣ *natri sulphurosi* (1 : 10) и послѣ того еще нѣсколько разъ промываются въ простой водѣ.

Производство операціи въ сущности мало отличается отъ описанныхъ мною раньше. По разрѣзѣ живота, на края каждой раны наложены были пинцеты *Réan*'а для остановки даже ничтожнаго кровотоchenія. Для снятія крови употребляются губки.

Во время операціи профессоръ часто споласкиваетъ руки въ простой теплой водѣ. Инструменты и шелкъ беретъ самъ; губки подаетъ сестра милосердія. Хлороформируетъ всегда одинъ и тотъ же ординаторъ у всѣхъ хирурговъ, практикующихъ въ сказанномъ госпиталѣ.

По вскрытіи живота найдена плотная многодольчатая опухоль. Проколъ троакаромъ даетъ выдѣленіе густой черной дегтеобразной крови. Троакаръ вынуть и отверстіе тотчасъ же захвачено въ *Нелятоновскій* пинцетъ. Одна изъ кишечныхъ петель была приращена къ верхнему краю опухоли. Отлущеніе произведено рукой. Кровоточація мѣста захвачены пинцетами и по нимъ были перевязаны тонкимъ шолкомъ. По задней периферіи опухоли найдены еще довольно толстыя перемычки, которыя перевязаны въ двухъ мѣстахъ и перерѣзаны между лигатурами.

По введеніи двухъ большихъ губокъ подъ верхній уголъ раны, рука была проведена за опухоль и произведенъ разрывъ сращеній въ глубинѣ *Дугласова* пространства.

Справа наиболѣе флюктуирующая доля опухоли также проколота троакаромъ, но черезъ послѣдній не произошло никакого отдѣленія. Троакаръ былъ вынуть и изъ отверстія опухоли выдѣлилось большое количество крови, указанного выше характера, но только еще гуще. Кровь была вычерпана прямо серебряной ложкой и затѣмъ полость брюшины вычищена губками. Края отверстія послѣ троакара захвачены нѣсколькими *Пеановскими* пинцетами, а затѣмъ отверстіе зажато *Нелятоновскимъ* пинцетомъ.

Кожа живота за краями раны тщательно очищена отъ крови, и губки, находящіяся раньше въ полости живота для удержанія кишекъ, замѣнены чистыми.

По уменьшеніи объема опухоли, снова введеніе всей руки за опухоль и дальнѣйшее отлученіе сращеній въ глубинѣ. Затѣмъ былъ вытасченъ въ брюшную рану кистевой мѣшокъ, который при этомъ разорвался и опять изліяніе дегтеобразной крови на поверхность опухоли и въ глубину брюшной полости. Снова вычерпываніе ложкой и очищеніе губками. Наконецъ, мѣшокъ былъ вынутъ, на ножку его наложенъ жомъ-пинцетъ и надъ нимъ киста отрѣзана. Удалить послѣднюю сразу не удалось, такъ какъ спереди оказалось тоже сращеніе. Оно было разрушено руками; внутренніе концы толстыхъ перемычекъ захвачены *Пеановскими* пинцетами.

По удаленіи главной кисты, кзади вправо найдена еще долька также съ приращеніями. Послѣднія разрѣзаны и перевязаны шолкомъ.

Ножка новой дольки довольно широка; перевязана была двойной лигатурой, и надъ лигатурами разрѣзана ножницами.

Ножка главной кисты оказалась исходящей изъ лѣвой широкой связки, она довольно широка, поэтому подъ жомомъ перевязана на четыре части и надъ лигатурами жомъ съ частью ножки былъ отрѣзанъ. Матка найдена увеличенной въ объемъ и съ двумя плотными буграми на днѣ. По этому случаю она вытянута въ брюшную рану и, чтобы удалить ее, на трубу, *ligamentum ovarii* и боковую часть правой широкой связки наложенъ былъ сверху внизъ жомъ-пинцетъ. Между ними и боковой поверхностью матки сдѣланъ разрѣзъ почти до вѣдренія въ матку правой *arteriae uterinae*. По перевязкѣ за жомомъ-пинцетомъ правой широкой связки на двѣ части двойной лигатурой, на шейку матки была наложена толстая металлическая проволока и крѣпко стянута посредствомъ экразерной ручки. Надъ проволокой сквозь матку проколота металлическая стрѣла и затѣмъ *en masse* отрѣзана надъ стрѣлой на уровнѣ прикрѣпленія круглыхъ связокъ. Изъ культи вырѣзанъ клиновидный кусокъ маточной ткани вмѣстѣ съ слизистой оболочкой оставшейся полости шейки.

Послѣ того края культи сшиты спереди назадъ, но только не вплотную, такъ какъ края сомкнуться не могли. Впрочемъ, этого и не добивались, потому что поверхность культи оставлена снаружи фиксированной въ нижнемъ углу брюшной раны.

Послѣ того брюшная полость еще разъ вытерта губками; брюшная же рана закрыта слѣдующимъ образомъ: прежде всего надъ губкой, положенной на кишки, сшита шелкомъ, непрерывнымъ швомъ, брюшина до нижней трети брюшной раны. Шовъ закрѣпленъ захлестывающей петлей. На томъ же пространствѣ проведены лигатуры изъ *crin de Florence* черезъ кожу, мускулы и надъ самой брюшиной. Далѣе черезъ края нижней трети раны проведены глубокіе швы черезъ кожу, мускулы и брюшину вплоть до фиксированной культи. Передъ затягиваніемъ лигатуръ, губка изъ полости живота удалена.

Послѣднимъ швомъ брюшной раны была захвачена и задняя поверхность культи пониже проволоки.

На брюшную рану, кромѣ глубокихъ, наложены еще поверхностные швы. Швы особенно тщательно наложены въ мѣстѣ нахожденія пупка, который

разрѣзанъ былъ, какъ разъ, на срединѣ и по этому случаю, передъ шиваніемъ брюшной раны, былъ вырѣзанъ вполнѣ.

Передъ затягиваніемъ послѣднихъ швовъ брюшной раны, полость брюшины промыта нормальнымъ теплымъ растворомъ соли и введенъ стеклянный дренажъ. Верхній конецъ его укрѣпленъ между вторымъ и третьимъ швомъ, считая снизу.

По окончаніи операціи черезъ дренажъ выдѣлилась кровянистая жидкость, поэтому еще разъ влито немного нормального раствора соли, послѣ чего изъ дренажной трубки стала вытекать болѣе свѣтлая жидкость.

Чтобы острый конецъ стрѣлки не кололъ кожу, на него надѣтъ тупой наконечникъ. Кругомъ же подъ стрѣлку и ручку экразера, вокругъ наружнаго конца стеклянной трубки наложенъ слой гигроскопической марли. Изъ той же марли положены компрессы на шитую брюшную рану и на культю. Сверху все покрыто тонкой резиновой пластиной, въ которой сдѣлано небольшое щелевидное отверстіе. Черезъ это отверстіе пропущены и фиксированы наружный конецъ дренажной трубки, надъ которой положили двѣ большихъ губки и завернули ихъ кругомъ резиновой пластиной. Края пластины закрѣплены англійскими булавками. Такимъ образомъ, отдѣленія изъ дренажа, пропитывая губки, будутъ оставаться подъ пластиной, какъ въ мѣшкѣ. Губки же, по словамъ профессора, часто смѣняются.

Выше и ниже завернутыхъ губокъ положена вата, укрѣпленная къ животу полосками липкаго пластыря. Послѣ того животъ кругомъ забинтованъ фланелевымъ бинтомъ, не касаясь завернутыхъ губокъ.

Температура нормального раствора соли для промыванія брюшной полости употребляется обыкновенно въ 110° F. (въ 43 C. или въ 34,7° R.).

По осмотру удаленныхъ органовъ оказалось, что у маточнаго конца трубъ находятся двѣ субперитонеальныя фибромы, величиною въ небольшую грушу каждая. Лѣвая труба атрофирована, лѣвый яичникъ измѣненъ въ двухдольчатую кисту съ очень широкой ножкой. Поэтому-то, по удаленіи кисты, и нужно было лѣвую широкую связку перевязать у основанія четырьмя лигатурами.

Правая труба и яичникъ нормальны.

Операція продолжалась 2¹/₂ часа.

Стеклянный дренажъ, по словамъ проф., удаляется обыкновенно черезъ 3-ое сутокъ.

Затѣмъ *Bantock* демонстрировалъ оперированную послѣ laparokelyphoectomy. У нея была лѣвая трубная внѣматочная двухмѣсячная беременность и haematosalpinx съ правой стороны. По удаленіи трубъ, матка оставлена на мѣстѣ. Послѣ операціи t° на 2-й день поднялась до 100° F. (37,7° C.) а сегодня 4-й день t° 98,6° F. (37° C.). Оперированная чувствуетъ себя хорошо. По словамъ *Bantock*'а, въ теченіе 7-ми лѣтъ, безъ всякой антисептики, съ одной простой водой сдѣлано всего 400 оваріотомій и въ послѣдней сотнѣ смертность доведена до 5⁰/. Первые годы смертность была вдвое, а потомъ все меньше и меньше.

Для произведенія операциі особой оперативной не имѣется. Операциі дѣлаются въ небольшой комнатѣ, гдѣ помѣщается одна только больная и сестра милосердія при ней.

Когда оперированная начинаетъ поправляться, тогда она изъ одиночной комнаты переводится въ общую, гдѣ обыкновенно помѣщается до 5-ти челов.

Bantock любезно предложилъ мнѣ свою брошюрку, гдѣ бы я могъ узнать большія подробности къ дополненію къ сказанному имъ во время операциі. Въ этой брошюрѣ, озаглавленной: «Table of 238 Cases of Completed Ovariotomy» — *Bantock* представляетъ отчетъ о 238 оваріотоміяхъ, произведенныхъ имъ безъ всякой антисептики съ одной простой водой.

Отчетъ этотъ составляетъ добавленіе къ сообщенію «Повышеніе температуры послѣ ovariotomy», произведенныхъ по способу *Листера*, которое было сдѣлано передъ королевскимъ медицинскимъ и хирургическимъ обществомъ въ 1880 году.

Въ своемъ добавленіи *Bantock* дѣлаетъ сравненіе послѣоперационнаго состоянія по *Листеровскому* методу съ тѣмъ, какъ онъ употребляетъ въ настоящее время.

Въ 1881 году было только двое: *Bantock* и *Lawson-Tait*, которые перестали соблюдать во всей строгости *Листеровскій* методъ при ovariotomy'яхъ.

Оба они работали самостоятельно и независимо другъ отъ друга.

Въ то время, когда всѣ хирурги считали преступленіемъ оперировать безъ соблюденія *Листеровскаго* метода и всѣ благоприятные исходы приписывали только этому методу, *Bantock*, съ 1885 по 1888, въ 90 случаяхъ не потерялъ ни одного послѣ операциі безъ соблюденія упомянутаго метода. Между тѣмъ какъ у другихъ смертность въ это время была равна 12^o/о, всѣ оперированныя *Bantock*'омъ выздоравливали при меньшей температурѣ, чѣмъ тѣ, которымъ операциі дѣлались съ карболовой кислотой, сулемой или борной кислотой.

Для рукъ, инструментовъ и губокъ *Bantock*, какъ указано выше, употреблялъ только простую воду, даже не стерилизуя ее кипяченіемъ. Вода употребляется та самая, которая идетъ на питье. Если теплая вода оказывается горяча для рукъ или для обмыванія брюшины, тогда ее разбавляютъ обыкновенной холодной водой. *Bantock* обращаетъ вниманіе только на чистоту. Всѣ принадлежности при операциі должны быть чисто вымыты чистой водой.

Послѣ мытья рукъ теплой водой съ мыломъ и щеткой^а для ногтей, *Bantock* передъ операцией вычищаетъ изъ-подъ ногтей перочиннымъ ножомъ, но черезъ пламя его не проводитъ и нисколько не боится беспокоить микробовъ или ихъ зародышей, которыхъ, по ученію *Goodell*'я, нельзя тревожить.

Раны покрываютъ чистой гигроскопической марлей, совершенно свободной отъ антисептическихъ средствъ, а иногда и оставляетъ ихъ совершенно открытыми, какъ, наприѣръ, дѣлаетъ онъ это послѣ ампутаціи груди и сшиванія промежности.

Въ первой сотнѣ ovariотоміи съ Листеровскимъ методомъ смертность достигала 19⁰/о, во второй, когда онъ началъ постепенно оставлять этотъ методъ, смертность дошла до 14⁰/о. Въ третьей сотнѣ, при посредствѣ чистой воды, смертность = 8⁰/о, а въ послѣдующей только = 4⁰/о.

При его способѣ оперированія большею частью оставляютъ госпиталь послѣ ovariотоміи на 14-й день, а послѣ ампутаціи рака груди — нерѣдко черезъ недѣлю.

Для обмыванія брюшной полости *Bantock* въ первый разъ употребилъ простую теплую воду, 13-го ноября 1884 году, во время ovariотоміи, бывшей по случаю разрыва кисты яичника. Больная выздоровѣла и съ тѣхъ поръ онъ постепенно сталъ примѣнять при обмываніи простую воду. Для обмыванія употребляетъ простую кружку съ сифономъ *Lawson-Tait's*, который даетъ наибольшую струю, вымывающую полость брюшины отъ всякихъ остатковъ. Такое обмываніе онъ примѣняетъ часто и никогда не видѣлъ дурного исхода. Напротивъ, онъ считаетъ, что при обтираніяхъ губками скорѣе можно содрать нѣжный слой капилляровъ на брюшинѣ.

Докторъ *Polailon* сообщилъ случай, гдѣ произошла смерть во время промыванія слабымъ растворомъ карболовой кислоты, и онъ считаетъ, что смерть зависѣла отъ давленія жидкости на солнечное сплетеніе и оттуда рефлекторнымъ путемъ остановка дыханія и кровообращенія. Это сообщеніе напечатано въ *Journal de Médecine de Paris*, октяб. 28-го 1888 г. и въ *Bulletins et Memoires de la Société Obstetricale et Gynécologique de Paris*, ноябрь 1888 г.

Но *Bantock* думаетъ, что смерть именно произошла отъ всасыванія карболовой кислоты. Во время искусственнаго дыханія, какъ разъ и не сдѣлали главнаго: не освободили брюшную полость отъ промывной жидкости. Отъ этого и не было результата искусственнаго дыханія.

Затѣмъ въ сентябрѣ 1889 г. въ *Annales de Gynécologie* докторъ *Pierre Delbit* старается доказать, что t^o воды отъ 65^o до 122^o F. не имѣетъ замѣтнаго вліянія на дыханіе или кровообращеніе, но только низкая температура производитъ шокъ.

Онъ объясняетъ случай *Polailon's* а тоже возможностью вліянія карболовой кислоты и анестезіи, а вовсе не самымъ промываніемъ. По его мнѣнію, въ первыя минуты промыванія происходитъ усиленное всасываніе, такъ что если взять нормальный растворъ соли, то получается какъ бы непрямое переливаніе. Изъ опытовъ доктора *Delbit's* выходитъ, что, послѣ, напр., 10 минутнаго промыванія брюшины солянымъ растворомъ, можно влить въ полость брюшины ядовитую жидкость безъ вреда, предполагая, разумѣется, что за этимъ послѣдуетъ второе промываніе соленой водой.

Bantock промывалъ полость брюшины болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ изъ послѣднихъ ста; въ одномъ изъ нихъ брюшная полость была совершенно выполнена водой и не видалъ ничего похожего на то, что описываетъ *Polailon*. Если бы послѣдній вливалъ простую воду, вмѣсто слабаго раствора

карбол. к., навѣрно онъ не получилъ бы печальнаго исхода въ описанномъ случаѣ и серьезныхъ симптомовъ, полученныхъ имъ еще въ двухъ случаяхъ. Вѣроятно, слабый растворъ карболовой кислоты еще скорѣе можетъ всасываться брюшиной въ значительномъ количествѣ, чѣмъ болѣе крѣпкій растворъ. Послѣдній, вслѣдствіе прижигающаго и стягивающаго его свойства, долженъ закрывать отверстія лимфатическихъ сосудовъ и черезъ это затруднять всасываніе.

Кромѣ того существуетъ еще идіосинкразія къ извѣстному средству, вслѣдствіе чего можетъ произойти отравленіе даже слабымъ растворомъ, какъ это замѣчалось при употребленіи ртутныхъ препаратовъ. Этимъ только и можно объяснить значительное количество смертныхъ случаевъ, при употребленіи карболовой кислоты или сулемы.

Поэтому-то *Bantock* и отрицаетъ всякое антисептическое промываніе брюшной полости, съ цѣлью убить зародышей, и совѣтуетъ употреблять только простую воду, совершенно безвредную и вполне дѣйствительную. *Въ случаяхъ же большой потери крови можно съ пользой употреблять нормальный растворъ простой соли.*

Мѣненіе ножки. Прежде обыкновенно употребляли жомъ на ножку, а *Bantock*, съ 1875 года, началъ примѣнять лигатуру, которая теперь всѣми принята. Но, при наложеніи лигатуры en masse, онъ потерялъ нѣсколько случаевъ, вслѣдствіе соскальзыванія лигатуры; тогда онъ сталъ перевязывать ножку по частямъ, и этотъ пріемъ уже никогда его не обманывалъ. Многие думаютъ, что такой перевязкой предотвращается кровотеченіе, но *Bantock* считаетъ пользу частичныхъ лигатуръ именно въ томъ, что въ такихъ случаяхъ уже не можетъ произойти выскальзыванія ножки. Раньше, не смотря, напримѣръ, на тонкую, но широкую ножку, при одной общей лигатурѣ хотя она и затягивалась, по возможности, крѣпко, самая ножка могла сложиться въ складку, которая впослѣдствіи легко выскальзывала изъ общей лигатуры.

Выгодно оставлять выше лигатуръ не сжатую расширенную ножку, чѣмъ также предохраняется соскальзываніе ножки, особенно, если она перевязана въ видѣ цифры ∞.

Тамъ же, гдѣ ножка толста и съ большими сосудами, можно еще перетягивать ее жомомъ-пинцетомъ, посредствомъ котораго она уплощается иногда вдвое или втрое, а потомъ уже за этими пинцетами перевязывать ножку по частямъ.

Послѣдовательное мѣненіе. Послѣ операций *Bantock* раньше придерживался употребленія опія изъ подражанія старинѣ, но затѣмъ нашелъ это совершенно излишнимъ. Онъ убѣдился въ его бесполезности послѣ того, какъ началъ промывать полость брюшины, даже въ случаяхъ *hystorectom'ii supragaginalis*, когда ножка съ петлей или съ эластическимъ жгутомъ оставляется въ ранѣ. При этомъ первое время, послѣ операции, дѣйствительно, являются сильныя страданія; но больную слѣдуетъ убѣждать, что все это скоро пройдетъ, и на самомъ дѣлѣ это такъ и бываетъ.

Опій особенно ядовитъ при хроническомъ страданіи почекъ, а у оперированныхъ часто наблюдается это состояніе. Отчего понятна и причина, почему опій или морфій послѣ операціи часто ухудшаетъ состояніе больныхъ. *Malcolm* въ своей статьѣ: «о показаніяхъ и уходѣ за кишечнымъ каналомъ послѣ laparotom'ii (The Condition and Management of the Intestine after Abdominal Section) сильно ратуетъ за опій, указывая, что онъ отлично останавливаетъ перистальтику кишекъ, а это необходимо послѣ такой операціи. *Bantock*, какъ разъ, думаетъ иначе. Послѣ опія хотя и наступаетъ успокоеніе перестальтики, но въ то же время является запоръ, что вовсе не желательно.

По мнѣнію *Bantock*'а, *перистальтику всего легче остановить сдавливающей повязкой*, то есть, положить слой ваты и укрѣпить ее сверху, придавливая покровы живота полосками липкаго пластыря.

Противъ рвоты *Bantock* прежде давалъ препараты синильной кислоты, но замѣтилъ, что этимъ часто вредилъ больнымъ. Если при рвотѣ выдѣляется желчь и она желтаго цвѣта,—это указываетъ, что желчь въ желудокъ поступила недавно и не успѣла еще измѣниться. Въ такомъ случаѣ достаточно давать больнымъ пить простую горячую воду. Если же желчь зеленоватаго цвѣта, то есть, подверглась уже разложенію подъ вліяніемъ желудочнаго сока, тогда всего лучше прекращается желчная рвота отъ горячей воды съ содой. На появленіе рвоты, по увѣренію многихъ, дѣйствуетъ анестезія хлороформомъ, но *Bantock* втеченіи 30 лѣтъ не находилъ лучшаго средства для анестезіи, какъ хлороформъ. По его наблюденіямъ, чтобы не было рвоты, всего лучше до хлороформирования держать желудокъ пустымъ; поэтому онъ и совѣтуетъ хлороформировать, а слѣдовательно, и дѣлать операцію рано утромъ, ватошакъ. Для утоленія жажды лучшимъ средствомъ считаетъ прополаскиваніе рта теплой водой, но ни въ какомъ случаѣ не совѣтуетъ давать ледъ. Послѣдній хотя и быстро дѣйствуетъ, но очень ненадолго, а, напротивъ, впоследствии еще болѣе усиливаетъ жажду.

Относительно перитонита *Bantock* говоритъ, что если послѣдній дѣйствительно существуетъ, то лѣчить его мы не умѣемъ. Замѣчаемый же послѣ операціи метеоризмъ и рвота, которые еще не означаютъ начала воспаленія брюшины, всего лучше уступаютъ клистирамъ. Ихъ можно ставить нѣсколько, одинъ за другимъ, пока кишки не опорожнятся отъ каловыхъ массъ и газовъ. Въ одномъ случаѣ, при черной рвотѣ, которая считается дурнымъ признакомъ, бывающимъ незадолго до смерти, *Bantock* почти моментально уничтожилъ ее повторными клистирами.

Lawson Tait и *G. Smith* совѣтуютъ давать вскорѣ послѣ операціи слабительное изъ солей; но *Bantock* находитъ, что соли всетаки производятъ раздраженіе въ кишкахъ. Тотъ уходъ за больными послѣ операціи, который практикуетъ *Bantock*, даетъ ему отличные результаты.

17-го (24-го) апрѣля въ томъ же Samaritan Free Hospital была произведена *ovariotomia* докторомъ *Doran*.

Больной 22 года, имѣеть очень большую кисту, которая выросла въ теченіи двухъ лѣтъ.

Въ производствѣ операціи, сравнительно съ *Bantock*'омъ, замѣтна разница.

Такъ животъ больной покрытъ былъ резиновой пластинкой съ окномъ для операціи. Разрѣзь живота сдѣланъ небольшой. По разрѣзѣ брюшины введенъ былъ одинъ палецъ, которымъ найдены и разрушены по передней поверхности кисты незначительныя приращенія. Изъ полости живота вышло черезъ рану небольшое количество водяночной жидкости. Стѣнка кисты проколота троакаромъ *Spencer Wells*'а. Вытекла свѣтлая, коллоидная пѣнистая жидкость. Расширивъ брюшную рану, *Doran* постепенно вытянулъ кистевою мѣшокъ наружу и затѣмъ разрѣзалъ найденныя вторичныя дольки. На нижней задней периферіи кисты оказались обширныя сращенія, которыя, впрочемъ, легко были разрушены рукой. Болѣе толстыя перемычки, по разрѣзѣ, захвачены *Пеановскими* пинцетами. Ножка кисты перевязана на 4 части и затѣмъ мѣшокъ отрѣзанъ. Лигатуры на ножку наложены изъ довольно тонкаго шолка, а между тѣмъ ножка была объемиста. Перетянуть ее крѣпко тонкимъ шелкомъ не удалось, и поэтому, по удаленіи кистевого мѣшка, изъ культи, въ нѣсколькихъ мѣстахъ показалось артеріальное кровотеченіе. Артеріи были захвачены пинцетами и ножка ниже первыхъ лигатуръ перевязана вторично на нѣсколько частей посредствомъ толстаго шелка. Кровотеченіе остановилось. Киста была въ правомъ яичникѣ, лѣвый же совершенно нормаленъ. Осмотръ толстыхъ перемычекъ показалъ, что сальникъ также былъ приращенъ къ кистѣ, поэтому онъ былъ перевязанъ двойной лигатурой en masse на двѣ части повыше разможженныхъ частей, которыя затѣмъ и удалены ножницами.

Прижиганіе культи термокаутеромъ *Пакелена*, какъ это практикуется почти во всѣхъ парижскихъ клиникахъ, въ Лондонѣ я не видалъ.

Часть содержимаго кисты попала въ полость брюшины, поэтому она была промыта, по примѣру *Bantock*'а, простой теплой водой.

Инструменты и шелкъ во время операціи лежали въ 2¹/₂% растворѣ карболовой кислоты.

Брюшная рана сшита узловатымъ глубокимъ швомъ изъ *crin de Florence*, лежавшимъ также въ растворѣ карбол. к. По случаю бывшихъ сращеній *Doran* оставилъ въ полости брюшины стеклянный дренажъ и укрѣпилъ его совершенно такъ же, какъ это описано при операціи, бывшей наканунѣ.

Разница въ перевязкѣ раны состояла въ томъ, что *Doran* на зашитую поверхность положилъ іодоформенную марлю и затѣмъ уже покрылъ компрессомъ изъ стерелизованной марли. Сверху, надъ концомъ дренажной трубки, положены губки, выжатая не въ простой водѣ, а въ растворѣ карболовой кислоты.

Въ остальномъ повязка нисколько не отличалась отъ вышеописанной.

Въ тотъ же день была сдѣлана вторая операція *laparomiotomia* проф. *Bantock*'омъ.

Опухоль въ животѣ была очень велика, а потому разрѣзь живота продолженъ былъ прямо черезъ пупокъ почти до подложечки. Опухоль очень плотная и безъ всякихъ сращеній. Вывести ее изъ живота руками было невозможно и мнѣ пришлось въ первый разъ видѣть примѣненіе большаго штопора. Послѣдній былъ введенъ въ опухоль, и она качательными движеніями изъ стороны въ сторону вынута была черезъ рану наружу. Опухоль, величиною, приблизительно, въ двѣ головы взрослога человѣка, сзади съ захватомъ, соотвѣтствующимъ мѣсту нахождения promontari'я.

Фиброзная опухоль имѣла довольно узкую ножку, идущую непосредственно отъ меньшей, съ голову новорожденнаго, фибромы, сидящей въ днѣ матки. Нѣсколько впереди и вправо еще два круглыхъ фиброида, величиною съ кулакъ. Отъ основанія фибромы, сидящей въ днѣ матки, слѣва шла увеличенная въ объемѣ фаллопиева труба, еще далѣе, влѣво, найдена множественная киста яичника, величиною въ кулакъ взрослога человѣка. Правый яичникъ тоже кистовидно перерожденъ, и по объему значительно меньше лѣваго.

Наложивъ одинъ жомъ-пинцетъ сверху внизъ, нѣсколько отступя отъ матки, на лѣвую фаллопиеву трубу и широкую связку, а другой, en masse, на маточный конецъ той же трубы, ligamenti ovarii и круглую связку, между жомами труба и боковая часть широкой связки были разрѣзаны. То же самое сдѣлано и съ правой стороны. Послѣ того въ разрѣзы между жомами наложенъ былъ эластическій жгутъ на нижнюю часть матки. Уничтоживъ такимъ образомъ возможность кровотеченія, *Bantock* сдѣлалъ круговой разрѣзь, начиная слѣва, со второй фибромы и продолжая вправо, на четвертую. Послѣ того оба фиброида съ правой стороны, а затѣмъ и съ лѣвой, въ днѣ матки, были вылучены. Съ послѣднимъ, разумѣется, удалена и непосредственно къ нему прилежащая на ножкѣ громадная фиброма. Огромное ложе опухолей, въ толщѣ стѣнокъ матки, представляла пещеристую, раздробленную ткань. *Bantock* щипцами захватилъ всю мускулатуру, отсепаровалъ отъ нея кругомъ брюшинный покровъ до самаго эластическаго жома и на самую мускулатуру, en masse, наложилъ металлическую (мѣдную), петлю затянувъ ее экразерной ручкой. Затѣмъ надъ проволокой провелъ мѣдную стрѣлку и всю мускулатуру, нѣсколько отступя вверхъ отъ петли, отрѣзалъ. Излишніе лоскуты брюшины также удалилъ, оставивъ ее края немного выше мускульной культи.

Чтобы удалить яичники, *Bantock* наложилъ за фимбриальнымъ концомъ трубъ на основаніе широкихъ связокъ вогнутые жома, а прямые съ трубъ снялъ. Подъ жомомъ, слѣва, перевязалъ основаніе связки тремя лигатурами, а справа двойной лигатурой. Когда проведена была петля двойной лигатуры черезъ средину основанія широкой связки, операторъ удалилъ иглу, а петлю перевелъ за внутренній конецъ жома и ввелъ въ нее одинъ конецъ двойной лигатуры и натуго связалъ ее съ другимъ концомъ. Послѣ того концы лигатуръ переведены были спереди и сзади, подъ жомомъ, за наружный его конецъ, на другую сторону ножки и туго связаны хирургическимъ узломъ.

Далѣ надъ вогнутыми жомами яичники съ трубами были срѣзаны ножницами, а вслѣдъ затѣмъ и самые жомы сняты со своихъ мѣстъ.

Попытка ослабить эластической жгутъ вызвала довольно сильное артеріальное кровотеченіе. Бьюція струйки крови появились изъ перитонеальной оболочки, а также изъ мускульной культы въ мѣстахъ нахождения расширенныхъ вѣтвей *arteriar. uterinarum*. Пришлось захватить ихъ пинцетами и перевязать. Съ дальнѣйшимъ ослабленіемъ жгута показалось кровотеченіе изъ новыхъ мѣстъ отсепарованной брюшины, поэтому ее кругомъ обшили лигатурами. Излишекъ брюшины надъ этими лигатурами былъ срѣзанъ ножницами. Вслѣдствіе паренхиматознаго кровоточенія также и мышечную культу пришлось обколотъ швами въ разныхъ мѣстахъ. Перевязка сосудовъ продолжалась болѣе получаса, а самая операція удаленія опухоли—часть съ четвертью.

По наложеніи лигатуръ, эластической жгутъ былъ снятъ, металлическая петля стянута сильнѣе. Прикрѣпленіе культы въ нижнемъ углу брюшной раны произведено также, какъ описано мною при операціи, бывшей 16 (28) апрѣля.

Промыванія брюшной полости въ данномъ случаѣ не было и дренажъ не вставленъ.

Вся операція продолжалась 2¹/₂ часа. Сшитая рана и культя покрыты компрессомъ изъ одной гигроскопической марли, сверху слой ваты и затѣмъ кругомъ живота флаanelевый бинтъ.

Наканунѣ моего отъѣзда изъ Лондона, 19 апрѣля (1 мая), снова въ Парижъ, пришлось видѣть еще разъ *ovariotomy*, которую подробно описывать не буду, такъ какъ была обыкновенная киста, безъ всякихъ приращеній и съ узкой ножкой. Операція продолжалась около 20 минутъ. *Bantock* высказалъ при этомъ, что подобныхъ операцій ему приходится дѣлать очень немного. Обыкновенно ему попадаются случаи съ большими осложненіями, по его словамъ, изъ 10 случаевъ 7 непременно осложненныхъ. Онъ объясняетъ это тѣмъ, что легкіе случаи теперь рѣшаются оперировать въ провинціяхъ и молодые хирурги.

Несмотря на преимущество осложненныхъ случаевъ и методъ его оперирования съ простой водой, безъ всякой антисептики, онъ послѣдній годъ произвелъ свыше 90 *laparotomy* и не имѣлъ ни одного случая смерти послѣ операціи.

Благодаря любезности проф. *Bantock*'а я имѣлъ возможность за послѣдній годъ сдѣлать краткія выписки операцій, со вскрытіемъ брюшной полости, изъ отчетовъ, предоставленныхъ въ мое пользованіе.

Очень жаль только, что въ этихъ отчетахъ не вездѣ указаны отдѣльно операціи съ антисептикой и безъ оной, а представлено только общее число операцій, выздоровленій и смерти.

Такъ въ 1886 году было.

Ovariотom'ий	70	вызд.	64	умер.	6	смерт., слѣд.,	8,6 ⁰ / ₀
Incis. и дренажъ приопух. яичн.	1	»	1				
Oophorectom'ий	16	»	14	»	2	»	12,5 ⁰ / ₀
Hysterectom'ий	25	»	21	»	4	»	16 ⁰ / ₀
Laparotom'ий при внѣмат. берем.	2	»	1	»	1		
Laparotom. explor	6	»	4	»	2 ⁰ / ₀	»	33,66 ⁰ / ₀
Итого	120		105	15	Сред.	⁰ / ₀ см.=12,5 ⁰ / ₀	

Въ 1887 году.

Ovariотom'ий	70	вызд.	66	ум.	4	см.	5,7 ⁰ / ₀
Oophorectom'ий	6	»	5	»	1	»	16,66 ⁰ / ₀
Hysterectom'ий	3	»	3				
Удален. прид. мат	8	»	8				
Laparotom'ий explor.	5	»	4	»	1 ⁰ / ₀	»	20 ⁰ / ₀
Итого	92		86	6	сред.	⁰ / ₀ см.=6,5 ⁰ / ₀	

Въ 1888 г.

Ovariотom'ий	61	вызд.	57	ум.	4	смер.	6,56 ⁰ / ₀
Oophorect.	7	»	7	»		»	0 ⁰ / ₀
Salpingotom'ий	2	»	2				
Hysterectom'ий	20	»	16	»	4	»	20 ⁰ / ₀
Laparot. exp.	2	»	2				
Удален. прид.	11	»	9	»	2	»	18 ⁰ / ₀
Итого	103		93	10	сред.	⁰ / ₀ см.=9,7 ⁰ / ₀	

Въ 1889 году.

Ovariотom'ий	65	вызд.	65	ум.		⁰ / ₀ см.	0 ⁰ / ₀
Удал. прид. матк.	24	»	23	1		»	4,17 ⁰ / ₀
Lapar. при внѣм. берем.	2	»	1	1			
Hysterectom'ий	14	»	12	2		»	14,28 ⁰ / ₀
Laparot. exp.	4	»	4				
Итого	109		105	4	сред.	⁰ / ₀ см.=3,67 ⁰ / ₀	

Въ 1890 г.

Ovariотom'ий	60	вызд.	55	ум.	5	⁰ / ₀ см.	8,3 ⁰ / ₀
Удал. прид. мат.	13	»	12	»	1	»	7,7 ⁰ / ₀
Hysterect. supravagin.	24	»	24	»	—	»	0 ⁰ / ₀
» vaginal.	3	»	2	»	1	»	33 ⁰ / ₀
Laparot exp.	7	»	6	»	1	»	14,3 ⁰ / ₀
Итого	107		99	8	сред.	⁰ / ₀ см.=7,47 ⁰ / ₀	

Если теперь сравнить результаты однѣхъ ovariотom'ий до 1881 года съ антисептикой, получимъ, что въ 1868 году во всѣхъ Лондонскихъ госпиталяхъ было:

Ovariотom'ий 113 случ., вызд. 82, ум. 31. Проп. см. 27,43⁰/₀ Черезъ 8 лѣтъ, въ 1876 г. было:

Ovariотом'ий 394, вызд. 296, умер. 98, проц. см. 24,87% Черезъ 10 лѣтъ, когда, кромѣ операций съ антисептикой, *Bantock* оперируетъ съ простой водой, смертность становится значительно менѣе.

Такъ въ 1886 г. (съ антисептикой и безъ нея) было всѣхъ Ovariотом'ий 1169, вызд. 988, умер. 181, т. е., проц. смерт. 15,48%.

Въ 1887 г.

Ovariотом'ий 1239, вызд. 1054, ум. 185. Проц. смерт. 14,93%. За три года (85, 86, 87 гг.) у *Bantock*'а безъ антисептики было.

Ovariотом'ий 203, вызд. 191, умер. 12, проц. смерт. 5,91%.

Въ 1888 г. было всѣхъ (въ Лондонѣ).

Ovariотом'ий 1300, вызд. 1111, ум. 189, проц. смерт. 14,53%.

Въ 1889 г. — 1377, — 1186, — 191, — 13,87%.

Въ 1890 г. — 1437, — 1241, — 196, — 13,63%.

У *Bantock*'а же за 1888,—89, 90 гг. было Ovariотом'ий 198, вызд. 187, ум. 11, проц. смерт. 5,55%. Какіе можно сдѣлать выводы изъ всего мною видѣннаго и описаннаго, постараюсь указать далѣе, а теперь, заканчивая описаніе клиники проф. *Bantock*'а, приношу ему и его ассистенту—докт. *Doran* мою глубокую благодарность за ихъ вниманіе ко мнѣ.

Послѣднія цифры, приведенныя изъ отчетовъ госпиталя Samaritan (Samaritan Free Hospital Women and Children Fortieth annual report for the Year 1886—90) какъ бы говорятъ за преимущество оперирования съ одной простой водой, безъ всякой антисептики и даже асептики, если принять во вниманіе отсутствіе стерилизаціи инструментовъ и другихъ принадлежностей операций въ особыхъ аппаратахъ. Но чтобы окончательно высказаться за извѣстный методъ оперирования, необходимо сдѣлать коротенькій обзоръ всего описаннаго и затѣмъ уже высказать то или другое заключеніе.

Разсматривая описанныя мною клиники Москвы, Петербурга, Берлина, Дрездена, Парижа и, наконецъ, Лондона, находимъ слѣдующее:

Въ Московской клиникѣ придерживаются чрезвычайно строгой антисептики, можно сказать, до педантизма,—это до операции. Во время же операции—почти полное удаленіе антисептическихъ средствъ. Такъ, инструменты, губки, шелкъ, кетгутъ, компрессы лежатъ только въ стерилизованной горячей водѣ. Полость брюшины промывается нормальнымъ растворомъ соли нѣсколько выше температуры тѣла. Растворы карболовой кислоты, сулемы, терпентинъ, спиртъ, эфиръ употребляются только для наружныхъ обмываній и для умыванія рукъ операторовъ. Если во время операций чуть какое либо осложненіе (обширныя сращенія, кровоточивость, попаданія содержимаго опухолей и т. п.), производится промываніе полости и оставляется дренажъ въ полости брюшины. Послѣ операции обязательно іодоформъ на шитую рану. Результатъ—общій процентъ смертности доведенъ при всѣхъ большихъ операцияхъ до 8,9%, а въ частности при

овариотоміяхъ	5,8%
лапаротоміяхъ	14,3%
кастраціяхъ	0%

Я беру здѣсь только тѣ операціи, число случаевъ которыхъ составляетъ довольно крупную цифру.

Въ Петербургскихъ клиникахъ такой строгой антисептики химическими средствами уже не соблюдается. Инструменты, губки въ клиникѣ проф. *Славянскаго* асептируются высокой температурой.

Во время операціи антисептика у проф. *Отта* еще въ большемъ ходу. Такъ, при лапаротоміяхъ инструменты лежатъ въ растворѣ карболовой кислоты, кишки поддерживаются сулемованными компрессами, кровь снимается и полость брюшины очищается ватой, отжатою въ растворѣ же сулемы.

У проф. *Славянскаго* инструменты, губки, компрессы находятся въ одной стерилизованной кипяченіемъ водѣ. Антисептика соблюдается только послѣ операціи наложеніемъ іодоформенной марли на шитую поверхность брюшной раны. Точный процентъ смертности въ этой клиникѣ при чревосѣченіяхъ указать теперь еще нельзя, такъ какъ нѣтъ отчета въ печати; но, просматривая клинической дневной журналъ проф. *Славянскаго*, я видѣлъ, что этотъ процентъ за послѣдній академическій 1889—90 гг., приблизительно, почти въ 8 разъ менѣе, чѣмъ былъ въ 1886 году, когда примѣнялась только одна антисептика.

У проф. *Отта* $\%$ смертности при оваріотоміяхъ, по его словамъ, не болѣе 4 $\%$; только при лапаротоміяхъ онъ довольно высокъ (около 30 $\%$).

Въ Берлинскихъ гинекологическихъ клиникахъ антисептика при чревосѣченіяхъ отстываетъ на задній планъ, преслѣдуется больше асептика. Во время операціи только инструменты находятся въ растворѣ карболовой кислоты. У *Olshausen'a* инструменты передъ операціей стерилизуются въ аппаратѣ высокой температурой, но губки и лигатуры подвергаются антисептикѣ, хотя во время операціи лежатъ въ одной стерилизованной теплой водѣ. *Olshausen* во время операціи, даже при осложненіяхъ, избѣгаетъ промыванія полости брюшины и старается какъ можно короче подвергать ее вліянію воздуха. Къ дренажу полости брюшины почти никогда не прибѣгаетъ.

Martin, напротивъ, дренировать не стѣсняется, но промывать полость, повидимому, тоже избѣгаетъ.

Оба оператора, употребляя антисептическую жидкость для обмыванія наружныхъ покрововъ до операціи, послѣ нея избѣгаютъ всякой антисептики. Животъ обмываютъ только стерилизованной водой и на шитую рану непосредственно накладывается одна стерилизованная марля.

Процентъ смертности при чревосѣченіяхъ у *Martin'a* доведенъ до 8,5 $\%$. У *Olshausen'a* нѣсколько выше: 10,1 $\%$. Последнее, можетъ быть, объясняется тѣмъ, что $\%$ смертности выведенъ изъ значительно большаго числа операціонныхъ случаевъ.

Въ частности у *Olshausen'a* $\%$ смертности при лапаротоміяхъ равняется 22,2 $\%$.

Въ Дрезденской клиникѣ антисептика преобладаетъ надъ асептикой. Особенно строгая антисептика до операціи и во время оной. Почти всѣ принадлежности операціи находятся въ противогнилостныхъ жидкостяхъ. Руки спо-

ласкиваются то въ растворѣ сулемы, то карболовой кислоты; при осложненіяхъ—полость брюшины обязательно дренируется іодоформной марлей. Послѣ операціи обмываніе и повязка тоже антисептическія.

Общій процентъ смертности при laparotom'іяхъ равняется 10⁰%, въ частности при ovariotom'іяхъ=21,3⁰%.

Въ Парижѣ во всѣхъ клиникахъ преслѣдуется асептика и антисептика, причѣмъ послѣдняя преобладаетъ во время и послѣ операціи, особенно въ клиникѣ *Lucas Championnière'a*. Послѣдній, какъ мы видѣли, при операціяхъ почти во всей полнотѣ соблюдаетъ Листеровскій методъ. Общій процентъ смертности при чревосѣченіяхъ равенъ 6,6⁰%. Въ частности же при

ovariotom'іяхъ	°/о смертности=	7,1 ⁰ %
laparotom'іяхъ	» »	=23,8 ⁰ %
castrat'іяхъ	» »	= 0 ⁰ %

Въ клиникѣ *Rozzi*, до операціи, преимущественно преслѣдуется асептика, во время и послѣ операціи — антисептика, но уже не въ такой строгой степени, какъ въ клиникѣ *Lucas Championnière'a*.

Во время операціи въ полость брюшины вводится только для удержанія кишекъ сулемованная марля и при осложненіяхъ—дренированіе полости іодоформной марлей, которой обкладывается и шитая рана во время повязки.

Общій процентъ смертности у *Rozzi* при laparotom'іяхъ = 6,33⁰%, въ частности:

при ovariotom'іяхъ	=	0 ⁰ %
» laparotom'іяхъ °/о см.	=	20 ⁰ %
» castrat'іяхъ	=	8,33 ⁰ %

Въ клиникѣ *Terrillon'a* преобладаетъ уже асептика надъ антисептикой. Съ полостью брюшины приходятъ въ соприкосновеніе находящіяся въ антисептическихъ жидкостяхъ только шелькы и инструменты. Остальные предметы: губки, компрессы, салфетки, полотенцы употребляются въ дѣло непосредственно послѣ стерилизаціи въ аппаратахъ. Руки оператора и покровы живота оперируемой, предварительно вымытые антисептическими жидкостями передъ самой операціей, во время оной обмываются только стерилизованной водой. Послѣ операціи покровы живота обмываются тоже одной стерилизованной водой, но повязка накладывается антисептическая (сулемованный вазелинъ и іодоформный компрессъ).

Общій процентъ смертности при laparotom'іяхъ въ этой клиникѣ всего 5⁰%; въ частности:

при ovariotom'іяхъ	=	0, °/о
» laparosalpingo-oophorect	=	9,45 ⁰ %
» hysterectom'іяхъ или miomotom'іяхъ почти	=	5, 3 ⁰ %

Въ Англійскихъ клиникахъ, у *Bantock'a* въ Лондонѣ и у *Lawson Tait'a* въ Бирмингемѣ, преслѣдуется только чистота и игнорируется всякая асептика и антисептика. При всѣхъ операціяхъ и при laparotom'іяхъ употребляется

только одна жидкость:—это простая проточная вода изъ водопровода, которая подогревается прибавленіемъ кипятка. Въ случаяхъ кровоточивости, попаданія содержимаго опухоли въ полость брюшины, послѣдняя обильно промывается только простой теплой водой до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не потеряетъ всякую окраску. Самая laparotomia производится въ той же комнатѣ, гдѣ лежитъ больная, и числомъ присутствующихъ, особенно *Bantock*, нисколько не стѣсняются. Одно только требуется, чтобы всѣ были въ чистыхъ платьяхъ и не являлись изъ какихъ либо заразныхъ мѣстъ.

Общій процентъ смертности при чревосѣченіяхъ у *Bantock'a*, за послѣдніе 3 года по 91, только 6,5%. Въ частности:

при ovariotomi'яхъ . . .	% смертн. =	5,55%
» castrati'яхъ . . .	» =	7%
» laparohysterectom. . .	» =	10,3%

У *Lawson Tait'a*, по сообщенію *Bantock'a*, болѣе, чѣмъ на 130 случаевъ laparotom'ii безъ всякой антисептики не было ни одного смертнаго случая.

Такимъ образомъ, осмотрѣнныя клиники можно раздѣлить на 3 категоріи.

Въ однихъ—преимущественно преслѣдуется антисептика, какъ, наприѣръ, въ Дрезденской клиникѣ у проф. *Leopold'a*, и въ Парижской—у *Lucas Championnière'a*.

Процентъ смертности при чревосѣченіяхъ: maximum 10%, minimum 6,6%.

Въ другихъ клиникахъ примѣняется асептика и антисептика. Сюда относятся всѣ остальные клиники: нашихъ столицъ, германской, французской и большинство англійской. Въ клиникахъ этой категоріи процентъ смертности: maximum 10%, minimum 5% и 4%. Замѣчательно, чѣмъ больше преобладаетъ асептика, тѣмъ меньше % смертности.

Клинику проф. *Terrillon'a* въ Парижѣ и проф. *Славянскаго* въ Петербургѣ можно считать какъ бы переходной ступенью къ клиникамъ 4-й категоріи, о которыхъ скажемъ ниже.

Въ клиникахъ 3-й категоріи (въ двухъ англійскихъ) отвергается, кромѣ соблюденія крайней чистоты, асептика и всякая антисептика и результаты замѣчательно хорошіе. Хотя общій процентъ смертности (6,5%) нѣсколько выше minimum'a процента клиникъ 2-й категоріи, но за то въ частности наибольшій процентъ, при laparohysterectomi'яхъ или laparomiotomi'яхъ (=16,3%), значительно меньше, чѣмъ во всѣхъ остальныхъ клиникахъ, за исключеніемъ клиники проф. *Terrillon'a*.

Сводя итогъ наблюденіямъ, можно видѣть, что почти всѣ хирурги-гинекологи пришли къ одному убѣжденію, это—щадить, по возможности, при чревосѣченіяхъ полость брюшины отъ долгаго соприкосновенія съ воздухомъ и въ особенности съ предметами, не приведенными въ асептическое безгнилостное состояніе, а также съ ядовитыми антисептическими средствами. Послѣднія, кромѣ общаго дѣйствія, вліяютъ еще, какъ замѣчено, губительнымъ образомъ на клѣтки тканей, приводя ихъ въ состояніе смерти. Вслѣдствіе та-

кого взгляда, всякій хирургъ при указанныхъ операціяхъ преслѣдуетъ быструю и чистоту. Последняя, впрочемъ, особенно достигается въ клиникахъ 4-й категоріи, въ которыхъ асептика стоитъ на первомъ планѣ.

На одну изъ такихъ клиникъ, которую я видѣлъ и въ которой присутствовалъ при операціяхъ, могу указать—на клинику проф. *Феноменова*, у насъ въ Казани. Въ этой клиникѣ двѣ оперативныхъ комнаты: одна для малыхъ, другая—для большихъ операцій со вскрытіемъ брюшной полости. Рядомъ съ послѣдней оперативной есть еще комната, которая предназначена для хлороформированія. Здѣсь же помѣщается камера для стерилизаціи нагрѣтымъ подъ высокимъ давленіемъ паромъ всего бѣлья для оперируемой, а также платья и халатовъ для присутствующихъ при операціи. Въ этой же камерѣ стерилизуются компрессы, полотенцы, пропускная бумага и другія необходимыя при операціи вещи.

Какъ самъ операторъ, такъ обязательно и всѣ присутствующіе при операціи, должны взять ванну и одѣться во все чистое стерилизованное платье.

Инструменты, наканунѣ операціи, кипятятся въ теченіе двухъ часовъ въ дистиллированной водѣ съ примѣсью 3% соды¹⁾, затѣмъ вытираются до суха стерилизованной пропускной бумагой, въ нее же завертываются и сохраняются до употребленія въ оперативной комнатѣ. Непосредственно передъ самой операціей развертываются и переносятся въ ванночку съ дистиллированной стерилизованной водой.

Наканунѣ же полъ, потолокъ и стѣны оперативной комнаты обмываются растворомъ сулемы и тѣмъ же растворомъ пульверизируется воздухъ въ ней. Операціонный столъ—металлическій, съ толстой стеклянной крышкой, обливается спиртомъ, обжигается и затѣмъ покрывается стерилизованной простыней.

При операціяхъ употребляется только одна дистиллированная вода, которая еще нѣсколько разъ подвергается кипяченію въ двухъ-ведерномъ самоварѣ. Этой же водой обмывается оперируемая, споласкиваются руки операторовъ и промывается полость брюшины, если это оказывается необходимымъ. Губки, приготовленныя способомъ, указаннымъ мною раньше (посредствомъ *kali hypermang.* и *solut. natri sulphurosi*), сохраняются въ растворѣ сулемы (1:1000)²⁾. Передъ самой операціей онѣ нѣсколько разъ промываются въ дистиллированной, обезпложенной водѣ, такъ что въ нихъ не остается и слѣда антисептическаго средства.

То же самое прѣдлывается съ компрессами, предназначенными для удерживанія кишекъ въ полости брюшины, и съ шелкомъ. Первые, до операціи, приводятся въ безгнилостное состояніе кипяченіемъ въ 5% растворѣ карболки, въ которомъ потомъ и сохраняются, а второй—стерилизуется кипяченіемъ въ растворѣ сулемы (1:500) и въ немъ же остается до операціи.

¹⁾ Сода кладется для того, чтобы очищать на инструментахъ всѣ пятна. Кромѣ того, замѣчено, что въ присутствіи ея высокая температура кипѣнія не измѣняетъ упругости стали, а вслѣдствіе этого рѣжущіе инструменты не такъ скоро тупятся.

²⁾ Если тѣ же губки употребляются для операціи въ послѣдующій разъ, то онѣ послѣ очищенія кипятятся въ упомянутомъ растворѣ сулемы.

Прежде повязка клалась на шитую рану изъ одной стерилизованной марли, теперь же кладутъ іодоформную марлю и это маленькое отступленіе отъ чисто асептического метода, по словамъ профессора, дѣлается во избѣжаніе развитія нагноенія около лигатуръ, которое раньше наблюдалось нѣсколько разъ.

Профессоръ *Феноменовъ* въ своемъ отчетѣ: «Сто чревосѣченій» («Врачъ» 1890 г., №№ 16, 18, 19), представляетъ 83 случая, гдѣ онъ оперировалъ съ помощью одной только асептики и результаты, полученные имъ, можно считать, сравнительно съ вышеуказанными, блестящими.

На 83 случая laparotom'ий только 3 случая смерти, т. е. 3,6⁰/. При этомъ, по замѣчанію проф. *Феноменова*, два случая смерти произошли отъ острогноино волокниннаго воспаленія брюшины, начавшагося еще до операціи. Такъ что, если исключить эти два случая, процентъ смертности, при безгнустномъ способѣ оперированія, можетъ упасть до 1,2⁰/.

Подобный же процентъ полученъ и въ Кіевской университетской клиникѣ профессоромъ *Рейномъ*, который со второй половины 88 года сталъ примѣнять при операціяхъ только одну асептику. Небольшое исключеніе составляетъ держаніе инструментовъ во время операціи въ карболовомъ растворѣ. Въ его сообщеніи: «Асептика или антисептика при чревосѣченіяхъ?» («Врачъ» 1890 г. № 2), находимъ, что смертность при laparotom'іяхъ въ то время, когда онъ строго преслѣдовалъ антисептической методъ, была равна 11,5⁰/(на 95 случ. 11 смертн.), а съ примѣненіемъ асептики на 60 случаевъ чревосѣченія только 1 случай смерти, ⁰/ смертности равенъ 1,6⁰/.

Интересны наблюденія профессора *Рейна* относительно вреднаго на организмъ вліянія антисептическихъ средствъ. Хотя онъ и остался доволенъ строгимъ примѣненіемъ противогнилостнаго способа, давашаго ему весьма благоприятные результаты, но, тѣмъ не менѣе, видѣлъ и вредъ этого способа. Такъ, въ трехъ смертныхъ случаяхъ были всѣ признаки отравленія карболовой кислотой. Съ тѣхъ поръ онъ старался возможно меньше примѣнять антисептическія средства, особенно при непосредственномъ соприкосновеніи съ брюшиной и брюшной раной. Съ этою цѣлью для стерилизаціи инструментовъ и губокъ онъ сталъ употреблять чистую прокипяченную или обезпложенную воду.

На сколько безукоризненъ асептической способъ оперированія, можно судить по тѣмъ бактериологическимъ изслѣдованіямъ, которыя произведены д-ромъ *Писемскимъ* въ клиникѣ проф. *Рейна*.

Въ его статьѣ: «Нѣкоторыя новыя данныя о примѣненіи асептики при чревосѣченіяхъ въ акушерской клиникѣ Кіевского университета» («Врачъ» 1890 г., №№ 18, 21) указано, что кипяченіемъ инструментовъ въ водѣ и часовымъ дѣйствіемъ пара (при 114 до 116° С.) на остальные матеріалы, употребляемые при операціяхъ, вполне достигается обезпложенное ихъ состояніе.

Кусочки марли, халатовъ, лигатуръ, переносимые въ пробирки со стерилизованной м.-п. желатиной посредствомъ инструментовъ, примѣнявшихся при операціи, давали въ результатѣ полное отсутствіе помутнѣнія желатины, не-

смотря на стояніе ея, при комнатной температурѣ, въ продолженіе 15—28 дней.

Подобные же опыты и съ тѣмъ же результатомъ были произведены и въ Казанской клиникѣ проф. *Феноменова*.

Бактеріологическое же изслѣдованіе д-ромъ *Писемскимъ* воздуха оперативной комнаты дало положительные результаты.

Воздухъ оказывается загрязненъ довольно значительно низшими организмами.

Чтобы предохранить полость брюшины отъ попаданія въ нея микроорганизмовъ, проф. *Рейнъ*, по способу д-ра *Сотъжско* («Врачъ» 1890 г. № 33), передъ операцией осаждаетъ пыль и микробовъ изъ воздуха посредствомъ мельчайшихъ струекъ воды, текущихъ съ потолка. Затѣмъ воздухъ, вступающій въ оперативную комнату, фильтруется черезъ слои гигроскопической ваты. Послѣдующіе опыты показали, однако, что, несмотря на эти предосторожности, воздухъ все-таки во время операции бываетъ загрязненъ микроорганизмами, — что, разумѣется, можетъ зависѣть отъ значительнаго числа присутствующихъ лицъ.

Впрочемъ, другіе опыты д-ра *Писемскаго*, когда въ пробирки съ питательной средой помѣщались куски тканей и содержимаго брюшной полости, взятые во время операции, показали отсутствіе разводовъ. Ткани же, взятые съ наружной брюшной раны, во всѣхъ случаяхъ дали разводки.

Опыты эти доказываютъ, что общее стремленіе хирурговъ — возможно короче оставлять брюшину открытой для воздуха — достигается своей цѣли.

Съ тою же цѣлью проф. *Феноменовъ* предпочитаетъ внутрибрюшинный способъ оперирования и не прибѣгаетъ къ дренированію брюшной полости.

Результаты, полученные *Рейномъ* при примѣненіи почти одной асептики, имѣютъ еще большее значеніе въ виду того, что смертность 1,6% приходится не на одну только ovariotomy, но и на другіе, болѣе тяжелые оперативные случаи, какъ, напр., laparomiotomia, которая почти у всѣхъ хирурговъ даетъ большой процентъ смертности.

Въ числѣ 60 laparotomiy у *Рейна* было 38 случ. ovariotomy и 5 случ. miotomiy (изъ послѣднихъ ни одного смертнаго случая).

Всѣхъ чревосѣченій за послѣдніе четыре семестра (позднѣйшее сообщеніе помѣщено во «Врачѣ» въ августѣ 1890 года) было 87; изъ нихъ потеряно двѣ оперированныхъ, то есть, процентъ смертности равенъ 2,2%.

Благодаря примѣненію асептики, *Рейнъ* указываетъ и на болѣе счастливые результаты послѣоперационнаго безлихорадочнаго теченія.

Bantock (Inaugural adress on Listerism, стр. 22) сообщаетъ, что у него, при его способѣ оперирования, безлихорадочное послѣ-операционное теченіе наблюдалось въ 14 случаяхъ на 100, у *Thornton'a* (оттуда же) только 10%.

Процентъ подобнаго же теченія у *Рейна* равняется 46%. Но лучшіе результаты въ этомъ отношеніи оказываются у *Terrillon'a* («Bulletin medical» 1890 г., № 52), а именно 90%.

Способъ оперироваія послѣдняго, какъ намъ уже извѣстно, всего болѣе приближается къ асептическому. Асептика въ клиникѣ проф. *Феноменова* дала изъ 83-хъ 71 случай безлихорадочнаго послѣ-операционнаго теченія, — что составляетъ 85,9⁰/о.

Полученныя цифры чрезвычайно убѣдительны и ясно указываютъ, какой способъ оперироваія долженъ быть предпочтенъ хирургами.

Редакторы: **А. Я. Крассовскій.**
К. Ф. Славянскій.