

О дренажѣ брюшной полости.

КЛИНИЧЕСКІЙ ОЧЕРКЪ.

Проф. А. П. Губарева.

(Директора женской клиники въ Юрьевѣ).

Вопросъ о примѣненіи дренажа при операціяхъ на брюшной полости далеко нельзя считать законченнымъ и показанія къ его примѣненію и удаленію допускають разнорѣчивыя толкованія. Достиженіе единства во взглядахъ по этому вопросу было бы весьма желательно: оно указывало бы на большую точность нашихъ практическихъ знаній объ этомъ могучемъ и разумномъ хирургическомъ приѣмѣ.

Повидимому *Koeberlé* первому пришла мысль воспользо-ваться примѣненіемъ дренажа послѣ чревосѣченія. Польза этого усовершенствованія, какъ и многихъ другихъ, рекомендованныхъ этимъ талантливымъ піонеромъ брюшной хирургіи, была оцѣнена только впоследствии. *Thomas Keith* еще въ 1866 году вывезъ изъ Страсбурга образцы стеклянныхъ трубочекъ, подаренныхъ ему *Koeberlé*, и сталъ примѣнять ихъ при своихъ операціяхъ. Блестящіе результаты, полученные знаменитымъ Эдинбургскимъ хирургомъ, приводившіе въ изумленіе его современниковъ (*M. Sims*), онъ самъ приписывалъ въ значительной степени примѣненію дренажа. «Я убѣжденъ», писалъ онъ въ 1878 году, «также какъ въ моемъ собственномъ существованіи, что если бы я пользовался имъ (т. е. дренажемъ) раньше и чаще, то смертность моя была бы меньше

по крайней мѣрѣ на цѣлую треть ¹⁾». *Marion Sims* ²⁾, подмѣтивши клиническое значеніе скопленія въ брюшной полости серознокровянистой жидкости (*blood serum*), которое онъ видѣлъ при вскрытіяхъ послѣ чревосѣченій, много способствовалъ убѣдительною своихъ сужденій распространенію внутри-брюшинаго дренажа. Особенно сильное впечатлѣніе на него произвело необыкновенно хорошее теченіе нѣсколькихъ тяжелыхъ огнестрѣльныхъ поврежденій тазовыхъ органовъ, которое ему случилось наблюдать подъ Седаномъ въ 1870 году. Раненные выздоравливали безъ всякихъ осложнений и безъ всякаго лѣченія только въ силу хорошаго оттока выдѣленій, обезпеченнаго самой формой раненія ³⁾. Онъ рекомендовалъ сквозной дренажъ черезъ брюшную стѣнку и черезъ вагину ⁴⁾. Этотъ методъ былъ въ послѣдствіи усвоенъ и примѣняемъ *Spiegelberg* ⁵⁾. Отъ него же беретъ свое начало вагинальный дренажъ *Martin*'а ⁶⁾. *Bardenheuer* ⁷⁾ своими публикаціями много способствовалъ вентилированію на континентѣ вопроса о дренированьи брюшной полости. Его catgut'овая сѣтка оказалась слишкомъ комплицированной, чтобы найти примѣненіе, но быть можетъ она много способствовала разработкѣ капиллярнаго дренажа. Чрезвычайно здравое и толковое объясненіе многихъ клиническихъ свойствъ дренажа и его вліяніе въ смыслѣ вторичной, послѣдовательной антисептики (*Secundär antisepsis*), т. е. такой антисептики, которая имѣетъ мѣсто не только во время операци (Primär antisepsis), а глѣзетъ и послѣ нея и выясненіе многихъ сторонъ показаній къ дренажу находимъ въ обстоятельной статьѣ *Wiedow* ⁸⁾. Обстоятельная работа *Miculicz* ⁹⁾ разъяснила многія изъ условій дренированія брюшной полости, въ особенности по отношенію къ полному, т. е. всемѣстному дренированію этого обширнаго серознаго мѣшка, на

1) *British Med. Journ.*, 1878, Vol. II, p. 591.

2) *American Journal of obstetr.*, 1880, April, pag. 301.

3) *Marion Sims on Ovariectomy*, 1873.

4) *Ibid.*

5) *Archiv für Gynaecol.*, 1875, Bd. VII und VIII.

6) *A. Martin. Die Drainage bei peritonealen Operationen Samml. klin. Vorträge v. Volkmann*, № 219. 1882.

7) *Bardenheuer. Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*, 1880. Derselbe—*Die Drainage der Peritonealhöhle*, 1881.

8) *Wiedow. Berliner klinische Wochenschrift*, 1880, № 39.

9) *Archiv für klinische Chirurgie*, 1881, Bd. XXVI.

физиологию коего не задолго передъ тѣмъ пролито много свѣта работою *Wegener'a*¹⁰⁾. Одинъ изъ самыхъ счастливыхъ, по своимъ результатамъ въ брюшной хирургіи, операторовъ нашего столѣтія *L. Tait* гакъ выражается о значеніи дренажа при операціяхъ на брюшинѣ: «когда я слышу», говоритъ онъ¹¹⁾ «что какой-либо авторъ говоритъ, что онъ никогда не моетъ брюшиной полости и не нуждается въ дренажѣ, то я дѣлаю только такое заключеніе, что онъ теряетъ тѣ случаи, которые я спасаю и приписываетъ свои неблагопріятные результаты всемогущимъ зародышамъ».

Въ настоящее время для дренированія брюшной полости употребляются слѣдующіе виды дренажа: 1) трубчатые, по типу предложенному *Chassaingnac'омъ* и 2) пористые, по типу вырботанному *Miculicz'емъ*.

1) Трубчатые дренажи примѣняются или а) стеклянные, преимущественно англичанами (*Th. Keith, Bantok, Doran, B. Sutton, Sk. Keith*) или б) резиновые: они готовятся или просто изъ обыкновенной резиновой трубки (*Снешрвзъ*), или въ видѣ особыхъ снарядовъ изъ твердаго каучука (вродѣ цилиндрическихъ влагалищныхъ зеркалъ) (*Hegar*).

При пользованіи этими дренажами поступаютъ двояко: одни, въ особенности англичане, высасываютъ особыми спринцовками жидкость, скопляющуюся въ трубкѣ или откачиваютъ её ватными стерилизованными шариками (*Hegar*); наконецъ, другіе—просто накладываютъ толстую повязку, которая всасываетъ содержимое трубки по мѣрѣ того, какъ оно достигаетъ ея наружнаго конца.

2) Пористые дренажи тоже бываютъ двухъ видовъ: они дѣйствуютъ своею капиллярностью и состоятъ или просто изъ марли стерилизованной, или іодоформной и устраиваются по типу мѣшка *Miculicz'a*, это очень распространенный видъ и въ Германіи, и во Франціи (*Pozzi, Doyen* и др.) и у насъ (*Снешрвзъ*); или трубчатые наполненные пористымъ матерьяломъ, напр. стеклянные, наполненные марлей (*Hegar, Küstner*¹²⁾;

¹⁰⁾ Arch. für klin. Chir., 1878, Bd. XXI.

¹¹⁾ *L. Tait*. Peritonitis its nature and prevention British Med. Jour., 1892, Nov. 12, p. 1048.

¹²⁾ *Küstner*. Grundzüge der Gynaecologie. Iena, 1893.

по дѣйствию они аналогичны простому марлевому дренажу *Miculicz'a*.

Выборъ того или другого вида дренажа не основывается, повидимому, на какихъ либо существенныхъ преимуществахъ каждаго изъ нихъ и много зависитъ отъ субъективныхъ впечатлѣній и привычекъ оператора.

Дренирование черезъ влагалище обыкновенно избѣгаютъ, вслѣдствіе затрудненій примѣнять асептику и только нѣкоторые французскіе авторы пользуются имъ какъ методомъ *electionis* (*Boisieux*, иногда *Pozzi*). Дренирование черезъ влагалище послѣ вагинальной экстирпаціи матки, на чемъ настаивалъ *Bardenheuer* еще въ 1880 году, примѣняется всѣми тѣми, кто не зашиваетъ послѣ этой операціи рану брюшной полости, слѣдовательно едва ли не большинствомъ хирурговъ, дѣлающихъ эту операцію и видѣтъ въ этомъ модификацію (*L. Landau*) рѣшительно нѣтъ никакой надобности.

*Christofer Martin*¹³⁾, бывшій ассистентъ и непосредственный помощникъ *L. Tail'a* въ Бирмингамѣ, довольно удачно резюмируетъ слѣдующимъ образомъ показанія къ дренажу брюшной полости послѣ лапаротоміи.

Вотъ эти показанія.

1) Когда находится на лицо *peritonitis*, или асцитическая жидкость.

2) Когда во время операціи брюшина пришла въ соприкосновеніе съ каломъ, мочей, или вонючимъ содержимымъ опухоли.

3) Когда сдѣлано прополаскиваніе брюшной полости.

4) Когда были разорваны обширныя сращения.

5) Когда отъ какой либо причины существуетъ паренхиматозное кровотеченіе.

6) Когда есть основаніе предполагать, что кишки, или пузырь могли быть поранены.

Показанія подъ № 1 и подъ № 3 требуютъ значительнаго ограниченія. № 1 относительно простой асцитической жидкости, которая только въ исключительныхъ случаяхъ, а не сама по себѣ можетъ потребовать примѣненія дренажа; т. е.

¹³⁾ *Christofer Martin* The after treatment of cases of abdominal section. London und Birmingham, 1894.

здѣсь все таки показаніемъ къ нему служить измѣненіе брюшины. Показаніе № 3 справедливо только для тѣхъ случаевъ, когда промываніе дѣлается простой водой, какъ это дѣлають англичане, или когда нельзя почему либо тщательно вытереть брюшную полость послѣ промыванія. Если промываніе дѣлать стерилизованнымъ физиологическимъ растворомъ, какъ мы это всегда дѣлаемъ, то показаніе это выпадаетъ.

Остальные изъ приведенныхъ показаній обнимають всё случаи, дѣйствительно требующіе примѣненія дренажа. Особого вниманія заслуживаетъ показаніе подъ № 5 и примѣненіе дренажа въ тѣхъ случаяхъ, когда можно ожидать послѣдовательнаго кровотеченія, потому что этимъ отмѣчается кровоостанавливающее дѣйствіе дренажа способствующаго свертыванію крови. Надо считать фактомъ установленнымъ, что при введеніи дренажа въ брюшную полость въ огромномъ большинствѣ случаевъ нельзя дренировать всей этой полости. Это установлено и экспериментальнымъ путемъ и путемъ клиническаго наблюденія (*Mikulicz* ¹⁴). *Delbet* ¹⁵) дѣлалъ многочисленные опыты на трупахъ и убѣдился, что черезъ дренажную трубку и даже помощью двухъ дренажныхъ трубокъ, помѣщенныхъ рядомъ промыть брюшную полость нельзя. На трупѣ даже нельзя черезъ дренажную трубку выдавить изъ брюшной полости всю жидкость, которая въ нее налита. На живомъ человѣкѣ при дыхательныхъ движеніяхъ и вообще при дѣйствіи брюшнаго пресса, черезъ дренажъ просачивается и вытекаетъ жидкость, находящаяся въ брюшной полости. Это совершенно тоже, что бываетъ иногда послѣ прокола при асцитѣ если не вся жидкость выпущена черезъ троакаръ и если брюшной прессъ работаетъ энергично. Припоминаю случай, гдѣ послѣ такого прокола втеченіе четырехъ сутокъ изъ ранки тонкой струйкой сочилась серозная жидкость, такъ что приходилось нѣсколько разъ въ день перемѣнять толстую повязку, которая ею пропитывалась. Никакого раздраженія брюшины при этомъ не было и больная эта впоследствии выздоровѣла совершенно. Если брюшина измѣнена вслѣдствіе хроническаго воспаленія, то дренажъ, введенный въ ея полость еще имѣетъ

¹⁴) *Mikulicz*. Arch. für clin. Chir., 1881, Bd. XXVI.

¹⁵) *Pierre Delbet*. Des Suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891

право на названіе дренажа брюшной полости. Дренажъ, помѣщенный въ полость здоровой брюшины весьма скоро, обыкновенно, уже черезъ 24—36 часовъ теряетъ право на это названіе. Такъ велика пластическая способность здоровой брюшины, что уже черезъ 24 часа, слипчивое воспаленіе образуетъ замкнутый каналъ, въ коемъ находится дренажъ. Въ брюшинѣ, измѣненной хроническимъ воспаленіемъ, или продолжительнымъ пребываніемъ въ ней асцитической жидкости, пластическія явленія ослаблены. Если такую брюшину промыть и въ особенности хорошенько протереть, какъ надримѣръ, при сухомъ методѣ оперированія, то этимъ можно возвратить ей часть ея пластическихъ свойствъ. Промытая и затѣмъ вытертая брюшина можетъ иногда срастаться столь же быстро, какъ брюшина здоровая.

Жидкость, скопляющаяся въ брюшной полости, просачивается черезъ трубчатый, или стеклянный дренажъ долѣе, чѣмъ черезъ дренажъ марлевый, или вообще пористый; конечно, это бываетъ только тогда, когда сальникъ, или *appendices epiploicae* не закупориваютъ механически отверстія дренажа. Въ этомъ случаѣ дѣйствіе дренажа представляется мнѣ болѣе, чѣмъ иллюзорнымъ. Не предрѣшая вопроса объ интересныхъ и загадочныхъ фізіологическихъ функціяхъ сальника и другихъ придатковъ брюшины, не могу однако не отмѣтить, что изо всей брюшной полости сальникъ, быть можетъ, единственное мѣсто ея поверхности, которое не должно требовать дренажа. И патологическая анатомія, и клиническія наблюденія учатъ насъ, что сальникъ во многихъ случаяхъ самъ играетъ роль естественнаго дренажа, приходя на помощь въ тѣхъ мѣстахъ брюшной полости, коимъ угрожаетъ опасность со стороны воспалительнаго заболѣванія какого либо органа. Всѣмъ извѣстны сращенія сальника съ тазовыми органами женщины, столь часто встрѣчаемыя при вскрытіяхъ. Всѣмъ извѣстна польза прикрытія задней поверхности брюшной раны сальникомъ при лапаротоміяхъ. Срастаясь съ болѣзненно измѣненнымъ, или пораненнымъ мѣстомъ, сальникъ устанавливаетъ связь пораженнаго мѣста съ своею богатою лимфатическою сѣтью. Огромное развитіе лимфатической сѣти сальника еще ждетъ изслѣдователей, которые изучили бы ее помощью

инъекцій. Патолого-анатомы находят иногда чрезвычайно богатыя развѣтвленія этой сѣти въ зависимости отъ патологическихъ условій, ее обнаруживающихъ. Проф. В. А. Афанасьевъ наблюдалъ чрезвычайно интересный случай этого рода, въ коемъ лимфатическіе сосуды занимали весь сальникъ и были такъ нашпигованы казеозной массой туберкулезнаго происхожденія, что имѣли видъ прекрасной естественной инъекціи. Къ сожалѣнію, попытки налить лимфатическіе сосуды сальника даже такой тонкой массой, какъ растворъ асфальта въ скипидарѣ, веществомъ указаннымъ ~~мнѣ~~ для этой цѣли покойнымъ моимъ учителемъ проф. А. И. Бабухинымъ, еще не дали мнѣ тѣхъ результатовъ, какіе я иногда получалъ помощью этого метода при изученіи лимфатическихъ сосудовъ въ другихъ областяхъ тѣла. Изобиліе слоевъ эндотелія, коимъ характеризуется исторія развитія сальника и энергическое фагоцитарное вліяніе эндотеліальныхъ клѣтокъ брюшины, обусловливающее способность этой мембраны переваривать различныя ткани, должно придавать сальнику огромное значеніе съ точки зрѣнія фагоцитарной теоріи и должно въ значительной степени усиливать значеніе его дренирующаго вліянія. Клиническія наблюденія, повидимому, подтверждаютъ въ данномъ случаѣ справедливость самой фагоцитарной теоріи.

Такимъ образомъ попаданіе сальника въ отверстія дренажа нельзя считать явленіемъ безразличнымъ: затрачиваются силы, которыя могутъ понадобиться въ другихъ мѣстахъ брюшной полости, на такое дѣйствіе, коего мы въ правѣ ожидать отъ самого дренажа. Мало того приростаніе сальника къ каналу, въ коемъ помѣщается дренажъ и интимная связь лимфатическихъ сосудовъ сальника съ этимъ каналомъ, отъ коего они отдѣляются только слоемъ грануляціонной ткани, съ каналомъ, который пока онъ еще не заростетъ окончательно, все же можетъ послужить путемъ для проникновенія заразныхъ началъ въ организмъ, есть явленіе далеко не безопасное. И кто знаетъ, многіе случаи поздняго зараженія, послѣ совершеннаго изолированія брюшины отъ канала, въ коемъ помѣщался дренажъ; тѣ случаи, когда зараженіе случается на 12-й—20-й день и приводятъ къ летальному исходу, не зависятъ ли они отъ этой особенности въ строеніи сальника. Приросшія мѣста, обле-

ченныя рубцовой тканью и лишенныя эндотелія съ его фагацидарными особенностями, сохраняютъ, однако, свои лимфатическіе сосуды и разрывы этой молодой ткани могутъ поставить концы разрыва лимфатическихъ сосудовъ въ непосредственное соприкосновеніе съ отдѣляемымъ дренажнаго канала; а кто можетъ поручиться что оно асептично. Да и бываетъ ли оно асептично? Бактеріологи это отрицаютъ. Такимъ образомъ тѣ мѣста, гдѣ сальникъ соприкасается съ дренажемъ, или его каналомъ, едва ли можно включать въ область полезнаго и желательнаго дѣйствія дренажа. Всѣ виды трубчатого дренажа предрасполагаютъ къ этой случайности и это ихъ недостатокъ.

Въ большинствѣ случаевъ при дренажѣ пористомъ: будетъ ли то стеклянная трубка, наполненная марлей, или просто марлевый кусокъ, напр. мѣшокъ *Miculicz'a*, уже черезъ 24 часа можно рассчитывать на сформированіе канала, вслѣдствіе слипанія серознаго покрова кишекъ, сальника. Дренажъ марлевый, по типу *Miculicz'a*, вызываетъ болѣе плотныя сращения и они образуются скорѣе, чѣмъ при дренажѣ трубчатомъ. Я могъ убѣдиться при вскрытіи одной больной, которую я потерялъ послѣ резекціи толстой кишки, какъ далеко распространяется вліяніе такого марлеваго дренажа въ брюшной полости. Случай этотъ поучительный во многихъ отношеніяхъ закончился смертью черезъ 36 часовъ послѣ операціи отъ остраго, гнойнаго и чрезвычайно злокачественнаго септического перитонита. Всѣ тѣ мѣста, которыя соприкасались съ марлевымъ дренажемъ, были совершенно здоровы и серозный покровъ кишекъ въ этихъ мѣстахъ былъ блѣднаго цвѣта и сохранилъ часть своего блеска. На разстояніи около 10 сантиметровъ по сосѣдству съ дренажемъ, кишки были спаяны слипчивымъ воспаленіемъ и тонкими ложными фибринозными оболочками; никакихъ признаковъ гноя здѣсь не замѣчалось; (а между тѣмъ дренажъ соприкасался съ тѣмъ мѣстомъ, гдѣ были сшиты концы кишки и гдѣ можно было ожидать просачиванья ея содержимаго). За этимъ сращеннымъ пространствомъ, т. е. около 10 сантиметровъ отъ поверхности марлеваго дренажа, начинались владѣнія гнойнаго перитонита: здѣсь ложныя оболочки слѣпливали кишечныя петли гораздо слабѣе, чѣмъ по сосѣдству съ дренажемъ, сращения были рыхлѣе, ---

онѣ разрывались легче; въ ихъ толщѣ попадались отдѣльныя капли гноя. Серозная поверхность была совершенно матовая, мутная и гиперемія кишекъ была выражена интенсивно. Еще далѣе наблюдались пѣлые фокусы, наполненные гноемъ: сначала густымъ и желтымъ, а чѣмъ дальше, тѣмъ болѣе похожимъ на ихоръ.

Въ этомъ случаѣ благотѣльное вліяніе дренажа на воспалительное состояніе серознаго покрова произвело на меня глубокое впечатлѣніе. Если бы мнѣ удалось дренировать всю брюшную полость такъ, какъ это удалось сдѣлать по сосѣдству съ полемъ операціи, то я глубоко убѣжденъ, что удалось бы сохранить жизнь этой больной, ибо явленія остраго перитонита, найденныя при вскрытіи, были выражены по сосѣдству съ дренажемъ гораздо слабѣе, чѣмъ во время производства операціи, продолжавшейся къ тому же 1 часъ 55 минутъ и потребовавшей эвентраціи всего кишечника для отысканія и изсѣченія причины внутренняго ущемленія.

Случаи поврежденія и ушиба кишекъ, которые ведутъ къ образованію кишечныхъ фистулъ, появляющихся иногда спустя много дней послѣ операціи, нельзя относить исключительно къ пораненію кишки дренажемъ, къ пролежню — вслѣдствіе давленія дренажа: въ случаѣ резинового дренажа такое объясненіе еще понятно; но какъ объяснить появленіе каловаго запаха и одновременнаго нагноенія въ ранѣ, явленія обнаружившіяся на 12-й день, какъ это было въ одномъ изъ моихъ случаевъ и на 5-й, какъ это было въ другомъ. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ внесеніе заразы я допустить не могу, ибо первые признаки нагноенія появились послѣ самаго осторожнаго, простаго (не двойнаго) изслѣдованія, не вызвавшаго никакихъ болѣзненныхъ ощущеній и выразились повышеніемъ температуры и болями. Повязка была перемѣнена за 4 дня передъ этимъ и у этой больной, у коей были вставлены во время операціи два стерилизованныхъ марлевыхъ мѣшка *Miculicz'a*: одинъ спереди ножки огромной нагноившейся кисты, а другой — сзади ея, до этого изслѣдованія, бывшаго на 12-й день, температура была все время нормальная и теченіе послѣоперационнаго періода отличалось простотой, не смотря на тяжелое раненіе, которое она перенесла при этой затруднительной операціи.

Брюшная рана заросла вездѣ *per primam* (швы сняты на 14-й день) и при перемѣнѣ повязки все мѣры принимались совершенно такія же, какія примѣняются при чревосѣченіи. Совершенно гладкое теченіе, сдѣланныхъ при тѣхъ же условіяхъ чревосѣченій, позволяетъ мнѣ выразить увѣренность, что и въ этомъ случаѣ, гдѣ никто, кромѣ самого оператора, не прикасался къ ранѣ, асептика была соблюдена полная и появленіе нагноенія при томъ только въ томъ мѣстѣ, гдѣ помѣщался задній «*Miculicz*» (т. е. дренажъ, который лежалъ кзади отъ оставленной ножки), тогда какъ спереди этой ножки, при совершенно одинаковыхъ условіяхъ, никакого выдѣленія гноя не наблюдалось, есть фактъ дѣйствительно убѣдительный. Появленіе каловаго запаха одновременно съ гноемъ, быть можетъ, слѣдуетъ объяснить въ данномъ случаѣ проникновеніемъ микробовъ изъ полости кишки въ томъ мѣстѣ, гдѣ еще во время операціи мною была сдѣлана попытка отдѣлить сращенія кишечныхъ петель. Отъ попытки этой пришлось отказаться въ виду большаго протяженія проросшаго отдѣла кишечника, въ виду прочности сращеній и въ виду разложившагося содержимаго этой нагноившейся кисты. По всей вѣроятности, ушибленное, а быть можетъ лишенное части своего серознаго покрова мѣсто этой кишки и вызвало эти явленія, допустивъ, или диффузію кишечныхъ газовъ, въ чемъ сомнѣваюсь, ибо при двухъ первыхъ перевязкахъ каловаго запаха не было, или допустивъ частичное излитіе этого содержимаго.

Другой случай появленія на дренажѣ отдѣлимаго съ каловымъ запахомъ относится къ экстирпаціи матки черезъ влагалище по случаю интерстиціальной фиброміомы. Операція была сдѣлана по способу *Doyen*¹⁶⁾ безъ лигатуръ, съ наложеніемъ щипцовъ на широкія связки, способомъ коимъ пользуюсь съ весны нынѣшняго года въ виду какъ необыкновенной быстроты и легкости его выполненія, такъ и благопріятнаго теченія. (Матки, при удаленіи конхъ по старымъ способамъ, требовали нѣсколькихъ десятковъ лигатуръ и затягивали продолжительность операціи до 45 и даже 55 минутъ, при этомъ методѣ удаляются въ 12—15 минутъ). Щипцы были удалены черезъ

¹⁶⁾ *Doyen*. Archives Provinciales de Chirurgie, 1892, 1 Decem., а также Comptes rendues du I Congrès International de Gynécologie. Bruxelles, 1894.

48 часовъ и теченіе не представляло особенностей. Годоформная марля, введенная въ брюшную полость послѣ операціи, оставлена была еще на двое сутокъ, вслѣдствіе нѣкоторыхъ особенностей, встрѣтившихся при операціи. Извлеченіе этой фиброматозной матки, величиною въ два кулака взрослого человѣка, удалось весьма скоро; но, какъ это часто бываетъ при удаленіи большихъ матокъ черезъ влагалище, вслѣдъ за маткой выпала петля тонкой кишки: она тотчасъ была вправлена назадъ, но въ брюшной полости не удерживалась и пришлось поручить помощнику удерживать ее тамъ, помощью куска марли, захваченнаго корнцангомъ. При такихъ условіяхъ, пришлось накладывать *Doyen*'овскіе щипцы на широкія связки и отрѣзать ихъ прикрѣпленія къ маткѣ. При этомъ вслѣдствіе короткости щипцовъ, съ которыми я тогда работалъ (у меня еще не было большой модели *Doyen*, съ которой я познакомился только нынѣшнимъ лѣтомъ въ клиникѣ *Doyen* въ Реймсѣ и я довольствовался среднею моделью этихъ щипцовъ, изготовленною для меня инструментальнымъ мастеромъ *Mariaud* въ Парижѣ, отъ коего я ихъ привезъ во время зимнихъ каникулъ прошлаго года) появилось кровотеченіе изъ лѣвой *arteria uterina*, которая щипцами захвачена быть не могла, вслѣдствіе ихъ короткости. Наложеніе отдѣльныхъ щипцовъ на этотъ сосудъ и затрудненія, испытанныя при этомъ помощникомъ при удерживаньи въ это время вышеупомянутой кишечной петли, заставили меня помедлить съ удаленіемъ марли изъ брюшной полости respective дренажа и я удалилъ его только на пятый день, тогда какъ обыкновенно мѣняю марлю одновременно со снятіемъ щипцовъ, т. е. черезъ 48 часовъ послѣ операціи.

Чрезвычайно благоприятное теченіе послѣ-операционнаго періода, послѣ удаленія матки черезъ влагалище по способу *Doyen*, я приписываю въ значительной степени идеальному дренажу, который при этомъ получается черезъ вагину. Два случая удаленія большихъ фибромъ *per laparotomiam* съ полной экстирпаціей матки, по способу *Doyen*¹⁷⁾, и выведеніемъ широкихъ связокъ во влагалище и четыре случая полного удаленія матки черезъ влагалище убѣдили меня, какъ въ огромныхъ

¹⁷⁾ loco citato.

преимуществахъ этого метода, такъ и въ преимуществахъ получающагося при этомъ дренажа черезъ вагину, въ тѣхъ случаяхъ, когда удалена вся матка. Въ самомъ дѣлѣ, самый каналъ влагалища, какъ не содержащій вовсе железъ (*Sappey*), можно дезинфицировать также какъ и кожу на поверхности тѣла. Кромѣ того, длина этого канала такова, что если положить въ него марл^{ку} напр., іодоформную, то черезъ нее не скоро могутъ процѣдиться микроорганизмы. Кромѣ того, и въ чемъ легко убѣдиться на трупѣ, черезъ влагалище послѣ вырѣзыванія матки, вытекаетъ всякая жидкость, налитая въ брюшную полость. Уже два эти условія даютъ огромныя преимущества такому дренажу черезъ влагалище. Но самымъ существеннымъ его преимуществомъ, надо считать его капиллярное дѣйствіе. Въ самомъ дѣлѣ: давно было извѣстно и изучено, между прочимъ, экспериментально докторомъ *Преображенскимъ*, что всякое пористое тѣло, введенное въ рану, высасываетъ изъ нея, вслѣдствіе капиллярности, всякую жидкость, въ ней находящуюся. Здѣсь происходитъ совершенно то же, что бываетъ съ фитилемъ лампы, который подаетъ масло по мѣрѣ его сгорания. Только здѣсь происходитъ не сгораніе, а высыханіе жидкости, ибо вата, помѣщенная снаружи и закрывающая половую щель конечно смачивается жидкостью, вытекающею изъ влагалища и высыхая вытягиваетъ содержимое этого канала, а онъ въ свою очередь снова наполняется жидкостью, высасываемой марлей, коей влагалище затампонировано. Такимъ образомъ, соприкосновеніе марлеваго пористаго дренажа, или его продолженія съ воздухомъ, а слѣдовательно высыханіе наружнаго конца усиливаетъ высасывающее дѣйствіе этого дренажа.

Такъ велико и энергично его дѣйствіе, что даже въ тѣхъ случаяхъ, когда отщепленныя *Doyle*'овскими щипцами ткани, подвергаются распаду и загниванію, неудобство, которое случается нерѣдко на 4-й или 5-й день послѣ операціи, такое явленіе нисколько не осложняетъ теченіе выздоровленія и только заставляетъ прибѣгать къ болѣе частому промыванію раны. Брюшная рана къ этому времени уже давно бываетъ зарощена. Мнѣ приходилось удивляться, какъ иногда чрезвычайно фетидное отдѣленіе не сопровождалось никакими субъективными явленіями со стороны больныхъ и не сопровождалось никакимъ

повышеніемъ температуры. Явленіе это я приписываю исключительно благопріятному вліянію марлеваго дренажа. Единственное осложненіе, которое встрѣтилось мнѣ въ одномъ изъ шести случаевъ, оперированныхъ мною, по *Doyen*, касается случая, о коемъ я уже говорилъ по поводу появленія каловаго запаха на марлевомъ дренажѣ. (Второй случай этого осложненія см. выше, запахъ появился на 5-й день). У этой больной на 12-й день послѣ операціи появились всѣ признаки внутренняго ущемленія кишекъ. Сначала чрезвычайно частый пульсъ при низкой температурѣ, отсутствіе испражнений и характерное выступаніе *Wahl*'евскаго признака мѣстнаго вздутія лѣвой *regiois hypogastricae*. Слабительныя не дѣйствовали: онѣ стали вызывать тошноту и даже по временамъ рвоту. Животъ вздулся до огромныхъ размѣровъ, отдѣленіе газовъ прекратилось совершенно (признакъ *Tillaux*) и вечеромъ на 13-й день я уже подумывалъ назначить ей на другой день *laparatomiam* для устраненія внутренняго ущемленія. (Къ операціи этой пришлось недавно прибѣгнуть послѣ такой же операціи моему учителю и другу проф. *Снешреву*, о чемъ онъ сообщилъ мнѣ на дняхъ). При внутреннемъ изслѣдованіи, сдѣланномъ довольно энергично, оказалось, что омертвѣвшія и отщемленныя щипцами ткани уже отдѣлились и образовался гранулирующій рубецъ. Я сдѣлалъ попытку смѣстить этотъ рубецъ въ сторону и онъ съ нѣкоторой запинкой смѣстился. Больная при этомъ отмѣтила, что у нея внутри что-то перемѣстилось—передвинулось. Черезъ полчаса послѣ этого изслѣдованія у нея стали отходить газы въ большемъ количествѣ и къ утру животъ опалъ, *facies peritonialis* исчезла и пульсъ спустился съ 130—140 въ минуту до 90—84. Всѣ явленія остраго ущемленія исчезли и послѣ небольшой фарадизаціи живота её хорошо прослабило. Съ этого дня больная стала быстро поправляться и выписалась здоровою. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ подтвержденіе того, какъ далеко распространяются сращенія кишечныхъ петель при марлевомъ дренажѣ. Исчезновеніе внутренняго ущемленія я приписываю въ этомъ случаѣ тому, что, быть можетъ при энергическомъ изслѣдованіи мнѣ удалось освободить прилипшую кишечную петлю и тѣмъ устранить ущемленіе.

Такия сращения образуются обыкновенно въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ на марлевомъ дренажѣ находится гноевидное желтоватое отложеніе. Вынимая дренажъ по прошествіи 48 часовъ, можно обыкновенно на самыхъ глубокихъ частяхъ его поверхности видѣть эти отложенія. Если операція сдѣлана вполне асептично, то разумѣется здѣсь о настоящемъ гноѣ говорить не приходится. Не дѣлавши бактериологическихъ изслѣдованій, утверждать не рѣшаюсь, но подъ микроскопомъ въ этихъ отложеніяхъ встрѣчается очень немного крупныхъ элементовъ съ ядрами: они состоятъ изъ круглыхъ лимфоидныхъ клѣтокъ, которыя за гнойныя признать едва ли возможно, тѣмъ болѣе, что по удаленіи дренажа изъ раны гноя не выдѣляется, а выдѣляется липкая серозная жидкость, которая гной не напоминаетъ. Если марлевый дренажъ прикасается гдѣ либо къ печени, то въ этомъ мѣстѣ поверхность этого органа принимаетъ видъ грануляцій и съ нее легко соскрести бѣловатое вещество, состоящее почти исключительно изъ лимфоидныхъ элементовъ, то же самое относится, собственно, ко всѣмъ органамъ брюшной полости къ коимъ прикасается дренажъ. Такое богатство клѣточныхъ безразличныхъ элементовъ объясняетъ намъ, почему получается такое обиліе новой соединительной ткани въ тѣхъ мѣстахъ брюшной полости, гдѣ дренажъ пробылъ время большее, нежели то, какое эта полость индивидуально по своимъ пластическимъ свойствамъ этого требовала, т. е. какъ уже сказано въ большинствѣ случаевъ около 48 часовъ. Это образованіе молодой соединительной ткани объясняетъ намъ, почему, при удаленіи такого дренажа, онъ такъ крѣпко прирастаетъ въ глубинѣ, что требуется иногда значительное усиліе, чтобы удалить его.

И такъ, при продолжительномъ пребываніи дренажа въ брюшной полости, слѣдуетъ всегда ожидать болѣе или менѣе плотныхъ сращеній.

При повторныхъ на томъ же субъектѣ лапаротоміяхъ удивляешься незначительности сращеній, которыя иногда при этомъ встрѣчаются, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда чревосѣченіе сдѣлано за нѣсколько лѣтъ передъ тѣмъ. Даже классическое приростаніе сальника къ задней поверхности раны брюшной стѣнки удивляетъ своей рыхлостью, или незначи-

тельными протяженіемъ. Если дренажъ не былъ примѣненъ вовсе, или если онъ пребылъ очень непродолжительное время, напримѣръ 24 часа, то сращеній можетъ не быть вовсе. Припоминаю случай *gastro enterostomiae* по случаю *cancer pylori*, (который при микроскопическомъ изслѣдованіи оказался саркомой), гдѣ марлевый мѣшокъ *Miculicz* былъ удаленъ черезъ 24 часа послѣ операціи. На вскрытіи этого тяжелаго случая, окончившагося летально на 7-й день послѣ операціи, я былъ пораженъ отсутствіемъ всякихъ сращеній въ томъ мѣстѣ, гдѣ помѣщался дренажъ и о томъ, что онъ былъ поставленъ во время операціи можно было знать, а догадаться при аутопсіи не было никакой возможности. Брюшина была вездѣ гладкая и блестящая—словомъ совершенно здоровая. Единственныя сращенія были около сшитой поверхности кишки и желудка и только въ томъ мѣстѣ, гдѣ эти органы были наложены другъ на друга.

Невольно напрашивается вопросъ, слѣдуетъ ли прибѣгать къ особымъ, кромѣ тщательнаго сшиванія пораненныхъ серозныхъ поверхностей, мѣрамъ, чтобы избѣжать сращеній? Способъ *Martin'a*, смазывающаго брюшную полость оливковымъ масломъ, не понятенъ по физическимъ условіямъ. Невозможно себѣ представить, чтобы масло могло расположиться на влажной серозной поверхности иначе, какъ въ видѣ отдѣльныхъ капель и отдѣлить одну серозную поверхность отъ другой такія капли могутъ только отчасти. Отсутствие сращеній у этого оператора я склоненъ болѣе объяснять его искусствомъ, чѣмъ примѣненіемъ оливковаго масла. Гдѣ хорошо зашито, тамъ и такъ не будетъ сращеній, а если зашить тщательно не удастся, то и масло не поможетъ.

Чрезвычайная продуктивность эндотелія брюшной полости и энергическая пролиферація ея клѣточныхъ элементовъ, стремящихся возстановить эндотеліальный покровъ и цѣлость серозной полости брюшины съ ея огромными проявленіями всасыванія и транссудаціи и различными токами жидкости, въ ней совершающимися,—все это въ значительной степени оберегаетъ брюшную полость отъ излишнихъ сращеній. Подвижные органы брюшной полости срастаются только тогда, когда они начинаютъ воспаляться и чѣмъ меньше это воспаленіе, тѣмъ меньше и

сращения. Только серьезная опасность заставляет брюшину жертвовать въ этомъ случаѣ существенной особенностью, обусловливающей одну изъ главныхъ ея функций безпрепятственной подвижности брюшныхъ органовъ.

Способность брюшины перерабатывать сращения и восстанавливать подвижность сросшихся органовъ по истинѣ изумительна. Недавно мнѣ встрѣтился случай, гдѣ практически брюшная полость отсутствовала совершенно, а подвижность кишекъ была сохранена и отправления ихъ нисколько не были нарушены. По вскрытіи брюшной полости кишки оказались до такой степени сращенными между собой и такъ приросли къ паріетальному листку передней брюшной стѣнки, что не было никакой возможности раздѣлить эти сращения, допуская однако нѣкоторую подвижность кишечныхъ петель. Внѣшній видъ кишекъ представлялся совершенно нормальнымъ, но обильныя сращения покрывали ихъ въ видѣ паутины. Эти, похожія по внѣшнему виду на рыхлую клѣтчатку, сращения оказались настолько плотными и оказывали такое сопротивленіе, что серьезный покровъ кишекъ рвался и кровоточилъ, а сращения не уступали. Достигнуть опухоли лѣвыхъ придатковъ матки, не смотря на ея подвижность, не было никакой возможности и я закрылъ брюшную полость, намѣреваясь впослѣдствіи достигнуть опухоли черезъ влагалище. Повидимому это былъ старый туберкулезный перитонитъ, съ давно закончившимся процессомъ, ибо женщина на видъ была очень крѣпкая. На туберкулезную натуру этихъ измѣненій указывали нѣкоторыя данныя изъ анамнеза и небольшія, величиной съ горошину, бѣловатыя отложенія, мягкія на ощупь, и по виду напоминавшія казеозную массу, въ большомъ количествѣ найденныя во время операціи въ промежуткахъ между сращенными кишечными петлями. Черезъ 3 недѣли послѣ операціи эта больная совершенно выздоровѣла и къ общему удивленію отъ опухоли, величиною въ 1½ кулака взрослога человѣка, которая ясно прощупывалась и до операціи и во время нея, ничего кромѣ небольшой резистенціи въ лѣвомъ сводѣ не осталось, что и было продемонстрировано многимъ изъ изслѣдовавшихъ эту женщину ранѣе. Боли, коими она страдала нѣсколько лѣтъ, совершенно исчезли и матка сдѣлалась совсѣмъ подвижной. Такихъ случаевъ

исчезновенія опухолей послѣ простой лапаротоміи при туберкулезныхъ страданіяхъ брюшины описано въ литературѣ нѣсколько. Случаи отсутствія брюшной полости встрѣчались *L. Tait*'у и *Снежреву*.

Для дренажа пористаго, по типу *Miculicz*, вовсе не требуется, чтобы онъ былъ помѣщенъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Его можно помѣщать въ любомъ отдѣлѣ брюшной полости и его капиллярное дѣйствіе не замедлитъ проявиться. Въ одномъ случаѣ, гдѣ послѣ резекціи желудка, по *Kocher*'у ¹⁸⁾, при чемъ была удалена ровно половина желудка, я былъ пораженъ тому огромному количеству серозной жидкости, которое въ первые сутки три раза смочила толстую ватную повязку. Повидимому жи кость эта стекала изъ перерѣзанныхъ около большой кривизны желудка лимфатическихъ сосудовъ сальника. Черезъ 48 часовъ при удаленіи дренажа поверхность его была едва окрашена кровью и выдѣленіе изъ дренажнаго канала было ничтожное. Случай этотъ отличался необыкновенно благоприятнымъ теченіемъ первые 10 сутокъ, къ сожалѣнію на 10-е сутки послѣ операціи образовалась фистула и содержимое двѣнадцатиперстной кишки стало вытекать черезъ дренажный каналъ. Больная, уже и раньше находившаяся въ состояніи глубокаго маразма, скончалась на 13 день, влѣдствіе бурога перерожденія сердца и марантического истощенія. Аутопсія показала, что каналъ, въ коемъ раньше находился дренажъ и черезъ который вытекало содержимое кишки, былъ совершенно изолированъ отъ брюшной полости. Стѣнки его состояли изъ большаго сальника, передней поверхности желудка и меньшаго, сантиметра въ 4 квадратныхъ, отдѣла нижней поверхности печени. Рана желудка срослась такъ, что ее удалось розыскать только разрѣзавши желудокъ и отыскавъ на внутренней поверхности этого органа мѣсто, гдѣ находился глубокій основной шовъ. Никакого раздраженія при этомъ найдено не было и только шелковая нить указывала на мѣсто шва. На серозной поверхности и послѣ этого невозможно было отыскать то мѣсто, на которое былъ наложенъ серозный шовъ *Lembert*. Я накладываю этотъ шовъ тонкимъ шелкомъ и простой

¹⁸⁾ *Th. Kocher*. Chirurgische operationslehre, Iena, 1894. pag. 146 und folgend.

обыкновенной, женской, прямой, швейной иглой безъ иглодержателя, ибо убѣдился, что со всякими иглодержателями у меня дѣло идетъ гораздо медленнѣе, и выходить не такъ ровно и чисто. Во время операціи по наложеніи скорняжнаго *Lembert'*овскаго шва, стежки его ложились также часто и имѣли совершенно такой же видъ какъ швы на лайковыхъ перчаткахъ, когда они бывають сшиты скорняжнымъ швомъ). Въ этомъ мѣстѣ даже самаго слабаго слипанія съ сосѣдними органами не было и заросшая рана желудка была совершенно свободна и подвижна. Къ сожалѣнію въ томъ мѣстѣ, гдѣ передній край *duodeni* былъ пришитъ къ задней поверхности желудка, по видимому, вслѣдствіе натяженія этого мѣста, произошло частичное омертвѣніе этой кишки. Омертвѣвшая поверхность занимала пространство около 2 квадратныхъ миллиметровъ и могло конечно зависѣть отъ сдавливанія глубокими швами и не достаточнаго притока крови къ этому мѣсту. На это, по видимому, указываетъ отдѣленіе эшары, которое имѣло, однако, мѣсто не на 9-й день, какъ это обыкновенно бываетъ, а къ концу 10 хъ сутокъ. Какъ бы то ни было, но едвали можно ставить летальный исходъ этого случая въ непосредственную связь съ этимъ осложненіемъ. Я не сомнѣваюсь, что еслибы этой больной была сдѣлана операція даже двумя недѣлями раньше, она могла бы выздороветь и эта незначительная фистула закрылась бы сама собою. Отсутствие всякихъ метастазовъ и полное удаленіе пораженныхъ новообразованіемъ тканей могло бы въ данномъ случаѣ дать полное выздоровленіе, что конечно при этомъ страданіи встрѣчается не часто. Случай этотъ, кромѣ того убѣдиль меня въ важномъ значеніи промыванія желудка при операціяхъ на этомъ органѣ. День на третій или четвертый я имѣлъ неосторожность назначить этой больной пептонъ *Ketmerich'*а и дѣйствіе этого средства обнаружилось уже черезъ полчаса: появилась тошнота и даже рвота. Всѣ присутствующіе были изумлены тѣмъ зловоніемъ, которое исходило отъ жидкости, добытой изъ желудка при промываніи, (хотя состояніе больной и самочувствіе были все время прекрасные). Послѣ промыванія больной назначенъ обыкновенный бутылочный бульонъ и всѣ явленія со стороны желудка быстро исчезли и не повторялись: она переносила разнообразную жидкую пищу.

Есть еще одна услуга, которую может оказать простой марлевый дренаж. Онъ может механически поддерживать части, покрытыя брюшиной, до того времени, пока онѣ успѣютъ слипнуться, въ тѣхъ случаяхъ, когда укрѣпление этихъ частей швами нельзя считать надежнымъ, здѣсь дренажъ играетъ роль и шва и удерживающей повязки. Не знаю, отмѣчена ли кѣмъ эта особенность, но въ практическомъ значеніи ея я могъ убѣдиться въ одномъ чрезвычайно затруднительномъ случаѣ *salpingoöphoritis purulentaе*. Въ этомъ случаѣ опухоль, величиною въ кулакъ взрослога человѣка, обладала нѣкоторой подвижностью, хотя тѣсно была сросшена съ кишками. При отдѣленіи *S. Romanum*, которая была приращена на всемъ протяженіи опухоли, сращения оказались настолько интимными, что ни помощью тупыхъ инструментовъ: пальцы, марля, пинцетъ, ни помощью термокаутера отдѣлить эту кишку не удалось. При этомъ ея стѣнка разрывалась два раза. Въ первый разъ она была зашита швомъ *Lembert'a*, а во второй разъ, въ виду возможности излитія гнойнаго бленноройнаго содержимаго опухоли, я рѣшился отказаться отъ вылуценія этой однокамерной гнойной полости и пришилъ ее къ нижнему углу брюшной раны (*Marsupiolisatio*). Въ нижній уголъ раны я вставилъ резиновый дренажъ и помѣстилъ его въ верхній, т. е. приводящій конецъ кишки, которая была приращена болѣе чѣмъ половиной своей периферіи къ опухоли. Сзади опухоли я помѣстилъ огромный стеклянный дренажъ, выполненный марлей (одинъ изъ тѣхъ дренажей, которые я унаслѣдовалъ отъ моего предшественника проф. *Кюстнера*), такъ какъ въ то время я еще не зналъ незамѣнимыя преимущества мѣшка *Mikulicz'a* для этихъ случаевъ. Между этимъ дренажемъ и опухолью, которую я укрѣпилъ шестью узловатыми швами къ паріетальному листку брюшины, я помѣстилъ полоску іодоформной марли, чтобы обезпечить удержаніе опухоли, ибо въ виду натяженія не рассчитывалъ, что швы не прорѣжутся, что, впрочемъ, впоследствии и случилось. Теченіе этого случая было изъ простыхъ. Первые дни температура поднималась съ яснымъ типомъ гнойной лихорадки, что объяснялось шелковыми швами, погруженными въ гнойную полость. Перитонеальныя явленія все время отсутствовали. Гнойная полость

вскрылась около одного изъ швовъ и опорожнившись, сморщилась окончательно. Кишечная фистула, черезъ которую вышло много ascarides, закрылась на 18 день и на 32 день больная выписалась здоровою.

По отношенію къ остановкѣ кровотоčenія всѣ преимущества находятся на сторонѣ дренажа пористаго. Дренажъ трубчатый, напр., резиновый можетъ закрыться кровянымъ сгусткомъ, образующимся въ немъ и тогда кровь изъ дренажа не потечетъ. Самое кровоостанавливающее дѣйствіе такого дренажа не можетъ быть значительнымъ. Механически слишкомъ малая поверхность трубчатаго дренажа служить тампономъ не можетъ. Воздухъ, проникающій черезъ такой дренажъ, хотя и увеличиваетъ свертываемость крови, но для того, чтобы онъ проникалъ въ глубину, необходимо, чтобы въ полости дренажной трубки не было жидкости, а это можетъ быть только тотчасъ послѣ отсасыванья жидкости и продолжается не долго. Правда, въ такой дренажъ можно влить какое нибудь stipticum, какъ это рекомендуетъ *Christofer Martin*, по совѣту *Tait'a*, но никогда нельзя быть увѣреннымъ, что такая жидкость, налитая въ дренажъ, достигнетъ своего назначенія, ибо она прежде всего свернетъ кровь, находящуюся въ полости дренажа и свертокъ закроетъ просвѣтъ этой трубки. Какъ средство кровоостанавливающее, дренажъ марлевый, напр. *Miculicz*, гораздо надежнѣе. Въ самомъ дѣлѣ, мѣшокъ *Miculicz'a* дѣйствуетъ прежде всего какъ тампонъ и механически придавливая кровоточащее мѣсто останавливаетъ парэнхиматозное кровоточеніе. Это показываютъ ежедневныя наблюденія. Кромѣ того онъ уже по самымъ физическимъ своимъ свойствамъ устраняетъ всякую возможность образованія свободнаго сгустка въ глубинѣ. Конечно, это не относится къ тѣмъ случаямъ, когда соскочить лигатура, или когда оставлено артіальное кровоточеніе. Но такое парэнхиматозное кровоточеніе, которое останавливается отъ прижатія теплымъ компрессомъ простымъ или смоченнымъ *tinctura matico* (средство которое я перенялъ у *Bantok'a* въ hospital) не даетъ сгустка внѣ ткани самаго дренажа. Кровоточеніе, если оно продолжается, окрашиваетъ дренажъ и находящуюся на немъ повязку; свертыванье крови, если оно и происходитъ, то главнымъ образомъ у наружнаго конца дренажа.

Все вышесказанное заставляет меня высказаться въ пользу дренажа пористаго и въ частности въ пользу марлеваго мѣшка *Mikulicz'a*, если дѣло касается простой лапоратоміи, требующей примѣненія дренажа и простой марлевой тампонады черезъ влагалище въ тѣхъ случаяхъ, когда матка удалена, а показанія ко всѣмъ видамъ трубчатаго дренажа въ брюшной полости считаю болѣе чѣмъ сомнительными, а для ухода онъ несомнѣнно болѣе затруднителенъ.

Показанія къ удаленію дренажа основываются главнымъ образомъ на присутствіи или отсутствіи кровянистой сыворотки, т. е. того самаго явленія (bloody serum) для борьбы съ коимъ его предложилъ еще *Marion Sims*.

Чѣмъ раньше удалить дренажъ, тѣмъ лучше. Если жидкость, пропитывающая дренажъ и смачивающая повязку, совершенно безцвѣтна и нѣтъ указаній со стороны общаго состоянія, то можно удалить дренажъ черезъ 24 часа и тотчасъ завязать провизорный, заранѣе наложенный шовъ. Въ этомъ случаѣ, теченіе не отличается отъ теченія простыхъ случаевъ, гдѣ дренажъ не былъ примѣненъ вовсе. Показаніемъ къ удаленію дренажа, служитъ густое липкое серозное отдѣлимое. Если отдѣлимое не содержитъ крови и гноя и если количество его не велико: 30—50 граммъ въ $\frac{1}{2}$ сутокъ, то это показаніе къ удаленію дренажа.

Въ случаяхъ, гдѣ есть основаніе ожидать осложненій, разубѣтается, необходимо оставлять въ каналѣ отъ дренажа полоску подоформной марли и уменьшать ее по мѣрѣ того, какъ она выдѣлывается изъ раны. Въ случаѣ нагноенія, это показаніе становится обязательнымъ также какъ и промываніе (t-ra jodii съ водой).