

Современное состояние хирургии сердца в связи с некоторыми взглядами на современную хирургическую науку¹⁾.

Проф. В. Л. Боголюбова.

(Окончание).

Довольно значительные успехи достигнуты хирургией в настоящее время при *заболеваниях околосердечной сумки*. Здесь прежде всего хирургическое вмешательство требуется при различных *скоплениях жидкости в полости перикарда* (воспалительные экссудаты, застойные и кровяные излияния). Опасность подобных изменений заключается уже в упоминавшейся выше *тампонаде сердца*, ведущей к растрейству и остановке сердечной деятельности вследствие сдавления впадающих в сердце больших вен. Нарушение сердечной функции, при явлениях тампонады сердца, может наступать при скоплении уже 150—300 к. сант. жидкости в полости перикарда. Чем быстрее накапливается жидкость, тем скорее создается опасность. При медленно развивающемся скоплении жидкости большие довольно продолжительное время могут переносить даже количество в 1—2 литра. В соответствии с указанными отношениями находятся и показания к хирургическому вмешательству. При быстро увеличивающемся излиянии с клиническими явлениями затруднения деятельности сердца должно быть немедленно произведено опорожнение сумки от жидкости, так как только оно одно может спасти жизнь больному. При этом опорожнение сердечной сумки может быть произведено двумя путями: или пункцией, или вскрытием околосердечной сумки (перикардиотомия).

Среди различных методов *пункции околосердечной сумки* наилучшим способом, рекомендуемым за последнее время, является пункция в углу между основанием мечевидного отростка и прикреплением VII левого ребра (Laggeу, Rehn, Marfan, Sauerbruch). Пункция в данном месте наиболее благоприятна для опорожнения сумки без побочных повреждений (сердца, плевры, легкого) и наиболее удобна для стока содержимого, так как сумка опорожняется в наиболее низком участке. При помощи ее удается в некоторых случаях достигнуть улучшения, а иногда, при повторных пункциях, и излечения процесса, которое наступает приблизительно в 50% (Schrötter, в 1894 г., на 100 сл. имел 47 излечений и 53 смерти, Venus, в 1908 г., на 93 сл.—26 излечений, 6 улучшений и 58 смертей; Kutowski, в 1925 г., на 73 случаев—33 излечения, 6 улучшений и 34 смерти). Если после пункции серозного экссудата не происходит улучшения процесса, то не следует долго ждать, а надо по возможности скорее приступить к широкому вскрытию околосердечной сумки, за более частое применение которого высказывается в последнее время целый ряд хирургов. С целью предупреждения нового скопления жидкости и развития последующих сращений Alexander'ом и Wenschebach'ом предложено применение пневмоперикарда (введение в полость перикарда фильтрованного воздуха resp. азота и кислорода).

Вскрытие околосердечной сумки (перикардиотомия) показано: 1) для получения полного продолжительного опорожнения сумки при серозном экссудате, если однократная или двукратная пункция не сопровождалась желательным результатом; 2) особенно при гнойном перикардите, а также при туберкулезе околосердечной сумки; 3) наконец, перикардиотомия, как и пункция, применяется с диагностической целью.

Из различных способов перикардиотомии в настоящее время многими считается наилучшим вскрытие околосердечной сумки по Laggeу с резекцией VII

¹⁾ Речь, произнесенная в годичном заседании Общества Врачей при Казанском Университете 27 января 1927 г.

левого реберного хряща¹⁾. Способ этот удовлетворяет необходимому требованию получить возможно лучший сток и дренирование сумки в наиболее низко лежащем ее участке. Перикардиотомия с дренажем является избранным методом при лечении гнойных перикардитов, причем должны дренироваться как правая, так и левая половина сумки. Для лучшего дренирования перикарда послеоперационное лечение больного проводится в сидячем положении²⁾. При гнойном экссудате некоторые хирурги рекомендуют промывание сумки³⁾. В некоторых случаях серозного экссудата было испробовано отведение выпота в подкожную клетчатку, а также в плевральную и брюшную полости. Перикардиотомия в целом ряде случаев сопровождалась хорошими результатами и давно вошла в обиход хирургической терапии. По данным Venusa вскрытие околосердечной сумки с резекцией ребра дало выздоровление в 55% случаев.

Новейшим приобретением современной хирургии является оперативное лечение *хронического адгезивного перикардита*. Сущность данного страдания заключается в медленном образовании сращений, развивающихся между сердцем и околосердечной сумкой. Разрастающаяся рубцовая ткань может, далее, распространиться на соседние органы—диафрагму, плевру, пищевод, большие сосуды. В результате всего этого сердце с околосердечной сумкой оказывается приращенным к передней грудной стенке или плотно охватывается соединительнотканными массами. Будучи вначале развития более мягкой и эластичной, разрастающаяся соединительная ткань затем плотнеет, приобретает характер мозолистых пленок (*мозолистый перикардит*), сморщивается, а в поздних стадиях, вследствие известковых отложений, образует вокруг сердца известковую скорлупу, в котором бывает замуровано сердце (*панцирное сердце*).

Клиническое течение хронического адгезивного перикардита зависит от локализации и характера имеющих сращения. Следует отметить, что даже обширные сращения иногда могут не сопровождаться клиническими явлениями и открываться только случайно при вскрытиях. Но в тех случаях, где хронический адгезивный перикардит протекает при более или менее тяжелой клинической картине, возникают показания к оперативному вмешательству, причем здесь может идти речь о случаях преимущественно двоякого рода: 1) сердце является приращенным к передней грудной стенке, благодаря чему бывает затруднена главным образом работа его систолы,—вследствие приращения сердца происходит систолическое втягивание грудной стенки и систолическое выбрасывание ее вперед (*Vorschleuderung*), что ведет к перенагрузке и переутомлению сердечной мышцы; 2) сердце может быть совершенно замуровано в окружающей его омолодевшей рубцовой ткани, иногда обизвествленной. При сморщивании этих масс происходит сжатие сердца и затруднение его работы, особенно диастолы, причем, благодаря сдавлению тонкостенных предсердий и больших вен, создаются существенные препятствия для притока в сердце венозной крови. В обеих категориях случаев наступает картина недостаточности правого сердца, развиваются тяжелые застойные явления, асцит, застойный нефрит, увеличение печени, отеки, цианоз, набухание шейных вен, как выражение затрудненного оттока из области *venae cavae superioris*.

¹⁾ Небезинтересно отметить, что в самом начале введения в хирургическую практику перикардиотомии последняя производилась путем трепанации грудной кости. Предложенный затем Desault простой разрез в межреберном промежутке для опорожнения перикардальных изменений стал с 90-х годов прошлого столетия заменяться перикардиотомией с резекцией ребра (Rosenstein—1881, Gussenbauer—1884), совершенно потом вытеснившей простую перикардиотомию.

²⁾ Eiselsberg рекомендует применение в послеоперационном периоде *Überdruckverfahren* для лучшего опорожнения околосердечной сумки (благодаря повышению внутригрудного давления легкие равномерно сжимают сумку, содействуя ее опорожнению от излияния).

³⁾ В прежнее время для промывания сумки применялись растворы карболовой кислоты (1%), лизола, борной кислоты и пр. За последнее время применялся риванол. Rehn и Klose вводили в сумку гуманол, йодипин, ol. sesami (для предупреждения последующих сращений). Весьма целесообразным является иногда промывание сумки стерильным солевым раствором для удаления свертков и гнойных фибринозных сгустков.

В зависимости от наличия той или другой формы адгезивного перикардита и оперативное вмешательство при нем может быть главным образом двойного рода ¹⁾ 1) при сращении сердца с передней грудной стенкой устранение сердечных расстройств достигается операцией *Brauer's* (*thoracolysis praecardiaca*), при которой производится мобилизация передней грудной стенки путем обширной резекции ребер в передсердной области (IV, V и VI ребер), благодаря чему грудная стенка делается податливой, мягкой и не представляет уже более препятствий для работы сердца, а одновременно с этим уменьшается и напряжение сращений, фиксирующих последнее; операция эта с успехом была произведена в многочисленных случаях ²⁾; 2) у второй группы больных, где сердце замуровано в окружающей его омололой рубцовой ткани (мозолистый перикардит), операция состоит в освобождении сердца от сращений (*cardiolysis endopericardiaca* ³⁾). Здесь производится декорткация сердца (*Delorme*), кардиоллиз в собственном смысле этого слова. Операция эта, предложенная *Delorme*ом, была усовершенствована затем *Volhard*ом, *Voelcker*ом, *Schmieden*ом и *Sauerbruch*ом. *Rehn*, вместо декорткации сердца по *Delorme*у, ввел иссечение околосердечной сумки (*перикардэктомия*), произведя у 4 детей при сращениях перикарда частичное иссечение сумки. Метод перикардэктомии при мозолистом перикардите особенно тщательно разработан за последнее время *Schmieden*ом ⁴⁾ и был применен им в 7 сл. (причем в 3 сл. наступило излечение, в 2—значительное улучшение и в 2 сл.—смерть). По данным *Guleke* и *Lomel*'я (1925) на 18 сл. резекции перикарда при его сращениях в 7 сл. получился хороший результат.

Новейшим приобретением современной хирургии является также *оперативное лечение грудной жабы*. Как известно, последняя не представляет собою определенной нозологической единицы, но есть симптомокомплекс, в основе которого могут лежать весьма различные причины, и в клинической картине которого на первом месте стоят сердечные боли. Оперативное вмешательство при грудной жабе имеет в виду прекратить приступы этих сердечных болей путем прерывания тех нервных проводников, по которым протекают болевые ощущения. Операция здесь показана в тех случаях, где средства внутренней медицины не оказывают никакого действия, при условии, если сердце не представляет крайних степеней нарушения.

¹⁾ Ограниченные сращения, в виде соединительнотканых тяжей, могут также служить предметом оперативного вмешательства в тех случаях, где они вызывают расстройства сердечной деятельности. Операция состоит в разделении тяжей или в производстве френикотомии, ведущей к искусственному параличу диафрагмы (*Schmieden*, *Sauerbruch*).

²⁾ *Rehn* рекомендует, особенно у детей, взамен *Brauer*овской операции, производить расщепление грудной кости (*sternoschisis praecardiaca*), начиная от *angulus sterni-xiphoides dex.* сверху и влево до 3-го межреберного промежутка (у взрослых в разрез рекомендуется трансплантировать кусок кости или вкладывать мягкие ткани).

³⁾ Под *cardiolysis extrapericardiaca* (*Rehn*) понимается освобождение наружной поверхности перикарда от медиастинальных сращений, причем для развития новых сращений создается препятствие путем пересадки фасции и жира. Не имея значения самостоятельного метода, способ может быть применен, как дополнение к операции *Delorme*'а.

⁴⁾ Метод *Schmieden*'а вкратце заключается в следующем: сначала откидывается большой лоскут из мягких тканей, и образуется в передней грудной стенке большое левостороннее окно, включающее в себя значительную часть среднего отрезка грудины (в высоту окно это простирается от III до VI ребра). После перерезки у верхнего и нижнего края отверстия а. *mammariae int.* экстирпируют захваченные мозолью участки *m. transversi thoracis* и *fasciae endothoracicae*. При этом следует, не повреждая, отодвигать с обеих сторон плевральную переходную складку, поскольку вообще удастся различить отдельные ткани, захваченные в мозоль. Освобождение и экстирпация мозолистого панциря начинаются с левого сердца; при этом распознавание париетального и висцерального листков первоначальной перикардиальной сумки удается с довольно большим трудом. Удаляют мозолистую ткань послойно и освобождают орган от остатков сердечной капсулы на подобие очистки апельсина до тех пор, пока не будет просвечивать нормально окрашенная мускулатура. Наблюдения показывают, что после таких операций рецидива образования рубцовой ткани не происходит. Имеются случаи, где блестящие результаты держатся уже в течение 7—8 лет (*Schmieden*).

своей деятельности. В настоящее время еще не существует ясности относительно хода болевых путей сердца, и техника подобных операций не представляется еще вполне разработанной. Наиболее распространенной операцией при *angina pectoris*, — операцией, дающей наибольшую уверенность в смысле устранения болей, — является иссечение шейно-грудного отдела *n. sympathici*.

Мысль о возможности хирургического вмешательства на симпатической нервной системе при *angina pectoris* была впервые высказана французским физиологом *François Franck*ом, который установил экспериментально, что чувствительные кардиоаортальные пути проводят при грудной жабе болевые ощущения через ствол симпатического нерва, веточки которого сообщаются с задними корешками шейных нервов. Практически эта мысль была осуществлена в 1916 г. *Jonnesco*, который излечил от болей больного сифилитика с грудной жабой, удалив ему 3 узла симпатического нерва (II и III шейные и I грудной). Данная операция была затем выполнена многими другими хирургами, причем она производится различно — в виде *полной симпатэктомии*, при которой отсекаются все узлы, включая и первый грудной узел, *субтотальной симпатэктомии* — с иссечением верхнего, среднего и нижнего узлов (*gangl. stellatum*) и *частичной симпатэктомии*, при которой только рассекается *n. sympathicus*, или иссекается с одним или двумя узлами. Операция производится большей частью с левой стороны, но рекомендуется и двусторонняя симпатэктомия (*Jonnesco*).

Несколько иной путь для лечения грудной жабы был применен в 1923 г. *Erpinger*ом и *Hofer*ом (по предлож. *Wenckebach'a*). Рассматривая ангинозные приступы, как аортальгию, и *n. depressor* — как исключительно-чувствительный нерв аорты, эти авторы стремились прекратить боли путем рассечения этого нерва. Из 10 сл. в 6 они получили блестящий результат и в 2 случаях — улучшение. Следует при этом отметить, что выполнение данной операции не всегда представляется возможным в виду анатомического непостоянства данного нерва.

Кроме иссечения шейных узлов симпатического нерва или перерезки его ствола и иссечения депрессора, при грудной жабе применялись комбинации этих операций (иссечение депрессора и части симпатического нерва или перерезка *n. vertebralis*), далее — рассечение соединительных ветвей (*rami communicantes*), и других от среднего и нижнего узлов симпатического нерва (*Lérické*) и пр. В настоящее время существует тенденция обезопасить и сделать менее травматичными операции при грудной жабе, избегая удаления нижнего узла (*g. stellatum*) и прибегая к операциям более консервативным, частичным, дающим как будто нехудшие результаты, чем более обширные операции на симпатическом нерве¹⁾.

Относительно результатов оперативного лечения грудной жабы следует сказать, что, по данным *Гессе*, обнимающим, вместе с 4 сл. автора, 62 сл. симпатэктомии при *angina pectoris*, отмечено:

непосредственная смерть	— 9 сл. (14,5%),
поздняя смерть от прогрессир. серд. изм.	— 7 сл. (11,2%),
поздняя смерть от случайн. причин	— 2 сл. (3,2%);
остались в живых	44 больных.

Из этих 44 больных отмечено:

полное прекращение болей — у 31 (70,5%)	} 93,2%,
значит. улучшение — у 10 (22,7%)	
операция улучшения не дала — в 3 сл. (6,8%)	

По статистике *Fontaine'a* на 94 сл. оперативного лечения грудной жабы полное выздоровление наступило в 62,7%, улучшение — в 11,8%, без успеха — 6,4%, смертность — 13,8%. При этом ряд больных не имел повторения приступов в течение многих месяцев (у *Jonnesco* — в течение 7 лет и у *Mayo* — 12). Во многих случаях отмечалось не только полное исчезновение болей, но и сокращение размеров аорты и отчасти сердца.

Наряду с оперативным вмешательством при *angina pectoris* следует упомянуть о попытках прерывания болевых путей при грудной жабе при помощи *пара-verteбральных инъекций новокаина* (*Laewen, Karpis*). *Mandl* применил подобные инъекции в 16 сл., из которых в 3 случаях получились довольно продол-

¹⁾ Следует при этом упомянуть об интересных типах операций при *angina pectoris*, разработанных *Danielopolu* (см. *Presse medic.*, 1926, № 73, стр. 1153).

жительные результаты (6 м., 11 м., 1 г.), а в остальных случаях временное улучшение. Вриси предложил пользоваться при *angina pectoris* *паравертбральными* *алкогольными инъекциями*¹⁾.

Наконец, в настоящее время мы должны также говорить уже о *хирургии пороков сердца*. Данный вопрос давно уже интересовал хирургов с экспериментальной точки зрения, и ему посвящен целый ряд работ (Haecker'a, Casrel'a, Schepelmann'a, Jeger'a, Bernheim'a, Pieri, Cushing'a, Allen'a, Felix'a и др.).

Экспериментально намечается несколько путей для хирургического лечения сердечных пороков. Главная группа экспериментаторов имеет своей целью устранять пороки клапанов, преимущественно митральный стеноз, путем операций на самом сердце, причем большинство предлагает для этого *рассечение стенозированного отверстия*, стремясь таким образом превратить клинически - тяжелый стеноз митрального отверстия в относительно более легкую недостаточность его. Подобная операция производится главным образом внутрисердечным путем, состоит в рассечении стенозированного отверстия при помощи инструмента, введенного в полость сердца, и носит название *внутренней вальвулотомии* (*valvulotomy interna*²⁾). Для производства этой операции существует два пути: 1) введение особо сконструированного инструмента (*valvulotom'a*) до сердечных отверстий через большие сосуды (т. наз. *непрямая вальвулотомия*); 2) большинство экспериментаторов применяет *прямую внутреннюю вальвулотомию*, вводя инструмент до сердечных клапанов через стенку сердца, а именно, через стенку желудочка (трансвентрикулярный путь) или через стенку предсердия, именно, левого ушка (трансаурикулярный путь). Последний путь, согласно экспериментальным данным, представляется более безопасным³⁾.

Для оперирования на клапанах сконструированы особые инструменты—хордотомы и *valvulotom'y*. Allen и Graham предложили для той же цели особый инструмент, вроде операционного цистоскопа, заключающий в себе осветительный аппарат и выдающийся ножничек; инструмент вводится через стенку сердца, всего лучше через левое сердечное ушко, в полость сердца, и при помощи выдвигающегося ножничка, под контролем зрения, производится рассечение стенозированного отверстия.

В отличие от указанных приемов, где для лечения стеноза клапанов пользуются рассечением места сужения, другие экспериментаторы пытались для лечения сердечных стенозов создать обходный путь для свободного оттока крови из отдела сердца, лежащего выше стеноза, в нижележащий сердечно-сосудистый отрезок. Для осуществления этой мысли предлагалось соединение указанных отде-

¹⁾ Автор ссылается на работу Светлова и Шварца, помещенную в одном американском журнале (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1926, 29 Мая) и сообщаящую как будто о благоприятных результатах паравертбральных алкогольных инъекций при *ang. pectoris*. Светлов и Шварц применяли при грудной жабе и других сердечных болях паравертбральную инъекцию в области дорзальных сегментов (I-IX), вводя 3—5 к. сант. 85° алкоголя (60° алкоголь, примененный в 1 сл., оказалась менее действительным). Среди 5 больных, где подобные инъекции были применены, было трое—с *angina pectoris*, один—с аортальной при врожденном *lues'e* и один—с декомпенсацией при пороке митральных клапанов. После применения паравертбральных алкогольных инъекций боли у всех больных на продолжительное время исчезли. В другой работе (реф. в Zentr.-Org. f. d. ges. Chir., 1926, S. 194) Светлов сообщает, что после применения паравертбральных алкогольных инъекций при кардиальных болях у 8 больных наблюдалось прекращение болей до нескольких месяцев, причем никакого побочного вредного действия не наблюдалось.

²⁾ Под *valvulotomy externa* понимается рассечение стенозированного отверстия снаружи (так, при стенозе *art. pulmonalis* расширение *conus pulmonalis* может быть достигнуто при помощи особым образом произведенного разреза стенки артерии,—Casrel и Tuffier).

³⁾ По экспериментальным данным, при трансвентрикулярном пути Cushing и Braun получили во время операции 8 смертей на 25 сл. (32%), Cutler, Lériché и Beck—6 смертей на 24 сл. (25%), Allen—12 смертей на 23 сл. (52%). Напротив, трансаурикулярный путь дал Allen'у при экспериментах только 2 смерти на 186 случаев, что говорит в пользу этого последнего пути, как более безопасного.

лов посредством свободно пересеженных отрезков сосудов (Schepelmann, Ieger¹⁾).

Недавно Я ро ц к и й предложил, при наличии митрального стеноза, накладывать отверстие в перегородке между предсердиями при помощи особого инструмента, вводимого через яремную и верхнюю полую вену в полость правого предсердия. Исходным пунктом его предложения является тот факт, что те случаи сужения двухстворчатого клапана, где имеется еще сообщение между предсердиями, представляют в высокой степени благоприятное клиническое течение. Д м и т р и е в, по предложению Я ро ц к о г о, произвел эксперименты в данном направлении и демонстрировал в Московском Хирургическом Обществе кролика, хорошо перенесшего указанную операцию. При своих экспериментах автор накладывал отверстие в перегородке, проводя инструмент через левое сердечное ушко.

Весьма интересной является, далее, мысль о возможности лечения некоторых пороков сердца посредством операций на *скелосердечной сумке*. Felix изучал экспериментально вопрос о влиянии операций на перикарде (вскрытие, сужение, иссечение сердечной сумки) на искусственно вызванные пороки сердца и пришел к предположению, что при некомпенсированной митральной недостаточности у людей могло бы оказать пользу прежде всего сужение сердечной сумки, а при аортальной недостаточности — расширение перикарда путем вскрытия его.

Некоторые попытки оперативного вмешательства на сердечных клапанах предприняты и на людях, главным образом при митральном стенозе. При рассмотрении одного секционного препарата Lauder Brunton, в 1902 г., первый сделал предложение — клинически — тяжелые стенозы атрио-вентрикулярных клапанов превращать в относительно легкую недостаточность их. При аутопсии одной молодой девушки, у которой митральное отверстие было стенозировано, Brunton вынес впечатление, что рассечение сужения могло бы устранить в данном случае препятствие для нормальной циркуляции крови. Он произвел соответствующие опыты на трупах. Tuffier, в 1912 г., сделал попытку растянуть стенозированный аортальный кольцо у одного молодого человека, всадя палец в суженное отверстие через вдавленную (инвагинированную) стенку аорты. После очень короткого улучшения стеноз продолжал в этом случае прогрессировать, и больной умер через 9 лет после операции. Доуэн произвел попытку рассечения стенозированного митрального кольца, окончившуюся летально вследствие ранения перегородки между желудочками. Sauerbruch, в 1914 г., решился произвести попытку расширения стеноза клапанов аорты на одном больном, но попытка эта не получила осуществления за смертью больного. Предпринятый на трупе того же больного разрез стенозированного кольца показал полную техническую возможность выполнения намеченного вмешательства. В 1924 г. Cutler (вместе с Levine'ом и Beck'ом) сообщил о 4 сл. рассечения стенозированного отверстия при митральном стенозе, каковое рассечение было выполнено трансвентрикулярным путем, причем в одном случае получилось выздоровление, прослеженное течение 11 мес. после операции; в остальных случаях больные погибли²⁾. Далее, попытка операции при митраль-

¹⁾ Так, Schepelmann разработал экспериментально способ для лечения стеноза трехстворчатого клапана и связанного с ним застоя в правом предсердии и больших венах. Для этой цели Schepelmann предложил соединять, при помощи куска трансплантированного сосуда, оба предсердия (ушка) и производить сообщение между обоими желудками, накладывая отверстие в их перегородке. Ieger в своих экспериментах, при искусственно вызванном стенозе аорты, соединял посредством имплантированного куска вены левый желудочек с а. апонума (с целью направить ток крови из левого сердца в аорту обходным путем). Аналогичным образом Ieger пытался, для устранения последствий митрального стеноза, соединять при помощи куска вены легочную вену с левым желудочком. Упомянем также при этом о весьма интересных экспериментах Lebsche (D. Zeit. f. Chir., 1925, Bd. 190, N. 3—6) с временным отведением крови из левого желудочка в aorta descendens, благодаря чему на 6—8 мин. удавалось прекращать (с сохранением жизни у животных) ток крови в aorta ascendens, с целью предполагаемой возможности оперативного вмешательства на этом участке аорты в течение данного промежутка времени.

²⁾ Senéque (Presse méd., 1926, № 38) приводит 5 случаев, оперированных Cutler'ом, причем 5-й случай окончился также летально.

ном стенозе при помощи кардиоскопа, введенного через левое сердечное ушко, была сделана Allen'ом (случай окончился летально). Souttar также произвел операцию по поводу митрального стеноза у одной 15-летней девочки, страдавшей прогрессирующей декомпенсацией сердца; через небольшой разрез, сделанный в левом сердечном ушке, был введен палец в левое предсердие и, затем, в митральное отверстие, которое и расширено тупым путем; случай закончился выздоровлением, и через 3 мес. после операции больная чувствовала себя очень хорошо. На 50 Съезде Немецких Хирургов в 1926 г. Pribram сообщил случай рассечения митрального стеноза трансвентрикулярным путем при помощи кардио-ваккулотомы; в ближайшие дни после операции состояние больной в этом случае было удовлетворительное, но на 6-й день она погибла при повышении температуры до 40° (при аутопсии был найден свежий рецидивирующий эндокардит с поражением клапанов аорты, которые также были стенозированы¹⁾.

Я не буду более утруждать Вашего внимания. Я далек, конечно, от мысли представить Вам полный очерк современных успехов хирургии сердца. Грубыми штрихами набросал я только некоторые, наиболее крупные черты этой страницы современной хирургии. И, конечно, хирургия сердца в настоящее время находится только в начале своего развития, лишь в некоторых направлениях намечаются успехи ее практического применения. Но не надо забывать, что еще относительно недавно один из основателей современной хирургии, великий Billroth, писал следующие слова: «Парацентез гидронической перикардиальной сумки представляет собой операцию, на мой взгляд близко стоящую к тем вмешательствам, которые некоторыми хирургами называются протитущией хирургического искусства, а другими—хирургическим легкомыслием». С тех пор, как сказаны эти слова, прошло только несколько десятков лет, и что же мы видим? Мы видим, что прокол сердечной сумки является в настоящее время неотложной операцией, которую мы обязаны делать у соответствующих больных. Мы видим, что стал возможным не только парацентез перикарда, но в круг хирургического обихода вошли шов сердца, извлечение из него инородных тел, ободряющие результаты дают некоторые приемы оживления сердца, особенно в виде интракардиальных адреналиновых инъекций, новые перспективы намечаются в лечении хирургического адгезивного перикардита, грудной жабы и, как будто-бы, даже пороков сердца.... Мы имеем полное основание надеяться, что с течением времени на деле оправдается возможность осуществления в более или менее широких размерах тех проблем, которые намечаются сейчас в хирургии сердца.

В настоящее время, как, вероятно, Вам известно, раздаются некоторые голоса, в которых звучит нота разочарования современной хирургией. Указывается на то, что успехи последней преувеличены, что хирургия во многих отношениях немогущественна, что в современной хирургической науке нет крупных идей, что современная хирургия идет по ложному пути, окруженному заблуждениями... „И вот, стоит она“, — говорит один наш маститый хирург, — „связанная по рукам и ногам, на старых основах, обремененная ложными путями и упрямством идущих по ним, темпераментом и легкомыслием, бурно-кипучей деятельностью ее молодых адептов, неумением, может быть, зрелого поколения ввести в русло этот бурный молодой поток и сотнями тысяч пудов печатной бумаги. Да, стоит она, как русский древний витязь, в раздумье на перекресте дорог и оглядывается на свое блестящее прошлое... Скоро-ли выйдет она на новый, истинный и славный путь?“ (С. П. Федоров).

Да, это так. Да, приведенные слова полны во многом глубокой правды. В современной хирургии много заблуждений, много ложного и нездорового, чему есть свои объяснения и с чем надо бороться. Да, современная хирургия немогуще-

¹⁾ Мы не останавливаемся здесь на случаях оперативного вмешательства на сердце, представляющих второстепенный интерес, или только отдельные попытки (пункция сердца при воздушной эмболии и застое в сердце—Bresch, Marzell Gang; оперативное вмешательство при пороке развития сердца—Wieting; удаление опухолей, давящих на сердце.—Tuffier, Sauerbsuch; оперативное расчленение грудной клетки при деформациях ее, вызывающих расстройство сердечной деятельности,—Sauerbruch). Упомянем, наконец, об операции Trendelenburg'a при эмболии art. pulmonalis (обнажение art. pulmonalis, вскрытие ее и извлечение эмбола, шов сосуда). Операция эта неоднократно была произведена на людях, причем удавалось на несколько часов и дней сохранить жизнь подобных больных. Kirschner, в 1924 г. на Съезде Немецких Хирургов представил первый вполне удачный случай подобной операции с продолжительным хорошим результатом.

ственна. Мы кое-что знаем, но еще больше мы не знаем. Мы кое-что можем, но еще больше мы не можем. Но нельзя при этом не сказать, что период современной хирургии едва насчитывает лишь несколько десятков лет своего существования, представляющих ничтожный по времени момент в истории человеческой науки, и, несмотря на то, этот краткий период ознаменовался столь блестящими успехами, что современному хирургу представляется как-бы невозможным дальнейший прогресс хирургии.

„Наши хирургические общества“, говорит тот же маститый автор, „тоже завалены работой: доклады и демонстрации без конца. Что демонстрируют? Высушенные и раздутые, как колбасы, кишки, опухоли, вырезанные из разных частей тела, людей, двигающих своими конечностями после резекций суставов, или, как говорит Leriche, каждую неделю преподносят гастректомии, колэктомии, остеосинтезы и т. д.“. Да, скажем мы, и это так, и это верно. Когда Dupuytren вскрыл абсцесс мозга, то это поразило всех окружающих, а в настоящее время повсеместно производятся несравненно более сложные операции на мозге, не вызывающие ни у кого удивления. Да и чем в настоящее время нас можно удивить? Одни вырезают тонкие кишки, а другие—толстые. Одни вырезают желудок, а другие прихватывают при этом еще хороший кусок печени, поджелудочной железы и толстой кишки. Вырезают почку, селезенку, мочевой пузырь, удаляют части легкого, участки мозга... Нас сейчас уже ничем не удивишь. Мы слишком привыкли ко всему этому, нам кажется это настолько обычным, наши нервы притуплены и уже не реагируют более. Для современной хирургии как будто уже нет более чудес.

Но так-ли это и правильно-ли такое наше отношение к современной хирургической науке? Разве бесследно уже потерялось в глубине веков то время, когда знаменитый французский хирург Velpeau говорил, что „устранение боли при операции есть химера, хирургический нож и боль—два понятия неразделимые“? Разве из памяти хирургов уже навсегда исчезли изображения операций без наркоза на больных, крепко связанных по рукам и ногам, с искаженным от ужаса лицом, с выкатившимися от боли глазами?! С тех пор не прошло и ста лет. Однако сейчас мы производим наши операции без боли и имеем многочисленные разнообразные методы анестезии, все более и более совершенствующиеся. Ведь это чудо! Разве так далеко уже то время, когда хирургические госпитали и клиники представляли нечто вроде Дантова ада, на вратах которого начертаны слова: „оставь надежду всяк, сюда идущий“, когда оперированные и раненные—часто молодые, сильные, здоровые люди—гибли тысячами от самых легких ранений и операций вследствие присоединения раневой заразы?! Разве далеко то время, совсем уже недавнее, когда о полостной хирургии смешно было и мечтать, и хотя-бы та же брюшная полость являлась неприкосновенной областью, куда не решались заглядывать хирурги?! А что же видим мы сейчас? Конечно, Pasteur, Lister, Пирогов, Billroth'y рождаются столетиями, и великие идеи, реформирующие науку, возникают слишком редко в истории человечества. Но, если-бы те же основатели современной хирургии. Пирогов и Billroth, могли восстать из гроба и посетить любое современное хирургическое учреждение, то конечно они увидели-бы также достижения, о которых им не приходилось и мечтать, которые и не снились им в свое время. А ведь время это еще так недалеко,—еще только несколько десятков лет отделяет нас от этих великих людей.

На наш взгляд современное состояние хирургической науки следует оценивать с точки зрения исторической перспективы. А с этой точки зрения несомненно, что все то, чем мы владеем в настоящее время, представляет громадную ценность. Несомненно и то, что, если сейчас в хирургической науке не возникает крупных идей, то все же каждый год вносит в нашу науку нечто новое, каждый год приносит крупный новый опыт, создавая фундамент для того времени, когда новые гении откроют перед нашей наукой «новый, истинный и славный путь». Да, мы заблуждаемся, да, мы делаем ошибки, мы еще слишком мало знаем, и многое еще не в наших силах. Но и то, чем владеет современная хирургия, в настоящее время, в оценке широкой исторической перспективы, представляет много поистине сказочного и чудесного. Разве не чудо, эти тысячи больных, ищущие помощи на операционном столе, подвергающиеся без боли операциям и получающие во многих случаях спасение жизни и облегчение своих страданий?! Не чудо-ли видеть, на самом деле, больных с удаленной почкой, селезенкой, желудком?! Кто поверил-бы еще недавно, что можно из кишечной петли создать новый пищевод, влагалище или мочевой пузырь? Кому показалась-бы вероятной мысль резецировать и сплечь аорту, иссечь кусок сосуда и заменить его другим, наконец пытаться

пересаживать различные ткани, кости, целые суставы и даже органы, как, напр., щитовидную железу? Навстречу болезням, на помощь страданиям людским неудержимо быстро идет наша наука, и, может быть, не так далеко то время, когда поднимется завеса, скрывающая от нас недостижимое будущее хирургии в деле устранения человеческих болезней.

Будем же работать во имя этого светлого будущего. Будем работать во имя науки, скромный праздник которой мы справляем сегодня в годовичном заседании нашего Общества Врачей. Казанское Общество Врачей долгие годы служило одним из рассадников науки в нашем крае. Казанское Общество Врачей долгие годы вело свою работу под тем знаменем, на котором начертаны великие, вечные слова: *наука и знание*. И под этим знаменем, знаменем науки, как сияющим солнцем, собрались и мы здесь толпой. И под лучами этого солнца, солнца науки, невольно стихают и бледнеют наши мелочные заботы, мелочные стремления, мелочные страсти будничной жизни. Под лучами этого солнца бледнеет и кажется ничтожной и сама наша жизнь, столь краткая, столь преходящая, жизнь, которая для каждого из нас „как трава полевая отцветет“. Но не отцветут и не побледнеют великие слова, начертанные на этом знамени. Огненными буквами будут вечно гореть они, и, как под лучами восходящего солнца исчезает мгла ночи, так под лучами науки и знания, проникающими в умы и сердца людей, исчезнут тьма невсехства и мрак жизни. Живи же и процветай, родная наука, живи и процветай на благо людям! Ты — наша гордость, ты — наша радость, наше солнце. Мы же, скромные труженики науки, будем собирать крупинцы своего ничтожного опыта в твою сокровищницу знаний, из недр которой, — мы верим, твердо верим, — возникнет вечный и прекрасный храм науки, несущий грядущему человечеству радость и счастье.

Лечение кожных болезней внутривенными инъекциями растворов CaCl_2 и NaBr .

Ординатора Дерматологической клиники Казанского Университета

А. М. Окулова.

Терапия кожных болезней внутривенными инъекциями различных лекарственных веществ не нова и имеет свою историю.

В свое время Mayer и Linser достигли большого успеха в одном тяжелом случае дерматоза во время беременности (impetigo herpetiformis) путем внутривенных вприскиваний кровяной сыворотки здоровой беременной женщины. Вскоре после того Linser'у удалось достигнуть такого же успеха в некоторых аналогичных случаях, не поддававшихся никаким другим терапевтическим мероприятиям. Этот автор получал хорошие результаты при внутривенном введении 10—22 куб. сант. нормальной человеческой сыворотки при impetigo herpetiformis, urticaria, prurigo и экземах у детей и взрослых. Инъекции производились им ежедневно в течение 3—5 дней, после чего автор выжидал действия их; в случае нужды инъекции повторялись. Таких инъекций Linser проделывал до 60 подряд. Сыворотка беременных применялась им лишь у беременных же. Он нашел, что существует значительная разница между сывороткой мужчины и женщины, и поэтому вводил женщинам только женскую сыворотку (свежую).

Neuk подтвердил наблюдения Linser'a. R. Freund достигал такого же успеха путем внутривенного введения лошадиной сыворотки. Breuk применял при тех же заболеваниях, что и предыдущие авторы, кровопускание с последующим введением в вену физиологического раствора NaCl : выпускалось 250 куб. сант. крови и вводилось внутривенно 1000,0—1500,0 0,85% раствора NaCl , нагретого до 40°C. Rissmann и Eichmann применяли раствор Ringier'a. В последнее время Павлов с успехом применял вливания физиологического раствора, но без предшествующего кровопускания и в значительно меньших дозах (50—100 куб. сант.) при тех же заболеваниях. Недавно также Лебедев предложил внутривенные инъекции раствора NaBr (10%), и целый ряд авторов подтвердил благо-