

(Письмо Н. И. Пирогова к Г. Демме<sup>1)</sup> по поводу своей операции — «костнопластическое удлинение костей голени при вылущении стопы»)

Н. А. Оборин

(Львов)

Данная, вошедшая в историю мировой хирургии, операция Н. И. Пирогова была опубликована в Военно-медицинском журнале (1854) и почти одновременно на немецком языке.

Вопреки первым благоприятным отзывам об этой операции Пирогова, за границей сразу же на нее последовали грубые нападки немецкого хирурга Г. Росса, получившие впоследствии достойную отповедь от казанского хирурга В. Д. Владимирова. Вскоре против статьи Г. Росса выступил и проф. К. Штрейбель, который показал необоснованность доводов Росса и отметил «правдивость Пирогова».

В последующем, несмотря на успех операции, отмеченный многими, она вновь подверглась грубым и необоснованным нападкам со стороны ряда видных зарубежных хирургов. Вероятно, в силу этого доцент Бернского университета Г. Демме и обратился к Н. И. Пирогову с просьбой сообщить о результатах его операции, на что Н. И. Пирогов ответил следующим письмом.

Ницца, 12 сентября 1863.

*Высокоуважаемый господин коллега!*

На Ваш вопрос о полученных результатах моей остеопластической экзартикуляции ноги я имею Вам сообщить следующее. Прежде всего, я должен опровергнуть ложный слух, который распространяется некоторыми английскими и французскими хирургами о судьбе моей операции. Я едва поверил своим глазам, когда я несколько недель тому назад прочел одно место в хирургии *Фергюссона* (здесь и далее курсив Н. И. Пирогова — *Н. О.*), в которой тот уверяет своих читателей, что *я совершенно отказался от моей остеопластики*, и даже цитирует официальное письмо, которое я должен был написать медицинскому инспектору английской армии. То же самое отмечается в другом английском сочинении и особенно также в учении об операциях *Мальгена*. Я могу Вас только уверить, что я никогда никаким высказыванием не давал основания для этого слуха и уполномочиваю Вас опровергнуть его моим именем. Единственным поводом для этого ложного предположения могло быть письмо, которое я около 6 лет тому назад написал одному английскому хирургу, на вопрос относительно моей операции. Я был занят тогда другими делами, не имел свободного времени, чтобы пространно осветить результаты моего опыта, и потому выразился кратко, что «время лучше покажет, сможет ли мой способ ампутации считаться пригодной и полезной операцией». Это поистине не было причиной тому, чтобы делать из меня отступника своего собственного дела. Но меньше всего хочу я сегодня играть роль пристрастного защитника.

Вообще, насколько мне известно, моя операция в России была произведена около 100 раз. Большая половина случаев принадлежит мне самому, другие случаи исполнялись нашими военными врачами и моими учениками. К сожалению, я не могу дать Вам никаких точных статистических данных об окончательных результатах этих случаев. Большинство их я не мог проследить до конца. К ним принадлежат главным образом те операции, которые во время Крымской войны и осады Севастополя были произведены мной и другими операторами. Из них нашел я позднее некоторое число счастливо прошедших случаев при

<sup>1)</sup> Это письмо к Г. Демме пока еще не вошло ни в один из библиографических указателей сочинений Н. И. Пирогова.

осмотре отдаленных госпиталей. В том числе находились именно некоторые больные, которые были с успехом оперированы на обеих ногах и обнаружили относительно функциональной способности хорошие результаты. Другие хирурги, верно, тоже не в состоянии представить к этому времени точных численных соотношений, за исключением, может быть, д-ра Дземешкевича (сейчас главный врач госпиталя в Одессе).

Несомненно только то, что я никогда не имел основания отказываться от моего способа операции. Если выздоровление удается, что случается нередко, но в большинстве случаев быстрее, чем после других ампутаций, — то преимуществва его очевидны каждому беспристрастному наблюдателю. Ампутированный ходит по крайней мере так же хорошо и опирается на свою ногу пожалуй еще увереннее, чем после частичных вылущений стопы (*Гаранжо, Шопарт*). Это может видеть каждый на примере женщины, у которой *Хелиус* в Гейдельберге ампутировал обе ноги по моему способу.

Успеху моей операции могут помешать, по моему опыту, только два момента: один, легко устранимый, это *напряжение лоскута* с опасностью изъязвления и гангрены, другой, который при больших скупиваниях больных угрожает, к сожалению, всем без исключения экзартикуляциям, есть *гнойная инфильтрация сухожильных влагалищ*, которая очень часто, как я установил, возникает вследствие натяжения омертвевших концов сухожилий в их синовиальных влагалищах.

Если держаться *правила, что чем больше кусок пяточной кости можно оставить в заднем лоскуте, то тем больше нужно отпилить от суставных поверхностей большеберцовой и малоберцовой кости*, — тогда непременно можно избежать напряжения. Я оперировал иногда цепной пилой и оставлял намного большие куски пяточной кости в лоскуте, чем я сообщил в первом моем описании операции, — и все-таки не видел ни одного напряжения лоскута, когда при этом отпиливал тем большие куски от большеберцовой и малоберцовой кости. Но иногда бывает необходимо суставную поверхность большеберцовой кости отпилить *наискось сзади наперед*, потому что иначе при очень широких и толстых костях перегиб лоскута и ахилловой жилы через острый задний край культи большеберцовой кости может причинить напряжение и раздражение.

Но что касается *гнойной инфильтрации* после сокращения перерезанных концов сухожилий, то это есть или чисто местное явление — продукт местного травматического вмешательства, — или это только местное действие господствующей госпитальной миазмы. Когда, например, при операции концы сухожилий очень сдавлены, слишком коротко или длинно отрезаны и вследствие этого омертвели, то иногда некротизированный конец сухожилия втягивается вместе с эшарой обратно во влагалище. Вокруг него образуются абсцессы и т. д. Этот род инфильтрации не так опасен, и его можно легко избежать при целесообразном способе.

Зато другой род, к сожалению обычный, который чаще всего наступает одновременно с остальными проявлениями господствующей госпитальной миазмы, с блуждающей рожей, острогнойным отеком, пиэмией и т. д., — обыкновенно смертелен. Однако никому не придет в голову ставить эти смертельные случаи в зависимость от особенностей метода операции.

В заключение я только отмечу, что хотя я не в состоянии точным статистическим отчетом отметить все счастливые результаты моего способа ампутации, я считаю однако, что собственный и чужой опыт дает мне достаточное право *причислить его к самым надежным оперативным методам*.

С совершенным почтением остаюсь Вам преданный *Пирогов*.

Письмо Н. И. Пирогова к Г. Демме — образец научной полемики. Поразительно сочетание строгой обоснованности со скромностью Н. И. Пирогова в оценке собственных результатов.

Для истории отечественной хирургии приведенное письмо Н. И. Пирогова важно как первое печатное обоснование им тех случаев, когда при его операции необходимо перепиливание в косом направлении костей голени, описанное впоследствии в «Началах общей военно-полевой хирургии».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пирогов Н. И. Военн.-мед. журн., 1854, июнь. — 2. Владимиров В. Д. Несколько новых остеопластических операций на нижней конечности. Дисс., Казань, 1872. — 3. Обрин Н. А. Военн.-мед. журн., 1953, 9. — 4. Он же. Вести. хир. им. И. И. Грекова, 1959, 6.

Поступила 11 сентября 1959 г.

## КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

### ПРЯМОКИШЕЧНЫЙ БАЗИС-НАРКОЗ В СОВРЕМЕННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ

*А. З. Маневич*

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. И. С. Жоров) санитарно-гигиенического факультета 1 Московского ордена Ленина медицинского института им. И. М. Сеченова

Прямокишечный наркоз был предложен в апреле 1847 г. Н. И. Пироговым. Так как вначале для этой цели использовался эфир, этот наркоз не нашел широкого распространения. Предложение Н. И. Пирогова о прямокишечном наркозе получило свое дальнейшее развитие в последующем в связи с созданием новых наркотических препаратов.

В настоящее время применение для анестезии только одного обезболивающего вещества все более и более ограничивается. В современной анестезиологии господствует комбинированное обезболивание, одной из задач которого является устранение психической травмы, то есть ставится та же задача, на которую в свое время указал Н. И. Пирогов.

Н. Н. Самарин, И. С. Жоров описывают тяжелые осложнения и даже смертельные исходы, вызванные психической травмой. Для некоторых категорий больных, прежде всего для детей, затем для взрослых с повышенной лабильностью нервной системы, для страдающих тиреотоксикозом и т. д. оказывается «чрезмерным раздражителем» даже вводный внутривенный наркоз, усыпление в специальной наркозной комнате. Для таких больных лучшим, устраняющим психическую травму, является наркоз, «...при котором больной засыпает в обычной обстановке у себя в палате» (И. С. Жоров).

Наступление наркоза в палате можно получить введением наркотических веществ перорально, внутримышечно и в прямую кишку. Наибольшее распространение в современной анестезиологии в качестве базис-наркоза получил прямокишечный метод введения наркотиков. Для этой цели используются нарколан (авертин) и барбитураты ультракороткого действия — гексенал, тиопентал-натрия. Недопустимо применять вневенные неингаляционные наркотические средства для достижения 3-й стадии наркоза из-за опасности угнетения центров продолговатого мозга. Наоборот, при использовании этих методов наркоза для получения так называемого «базис-наркоза» достигается конец 2-й стадии (межуточная стадия), при которой имеется легкая стимуляция центров дыхания и кровообращения.

Как у нас, так и за рубежом нет четкого определения базис-наркоза. С. М. Рубашов определяет его как «вводный наркоз». Аналогичное определение дает Мейер-Мей. Шотц определяет базис-наркоз как неингаляционный, при котором достигается бессознательное состояние с относительной нечувствительностью, то есть 2-я стадия наркоза. Базис-наркоз можно получить однократным внутривенным введением барбитуратов ультракороткого действия. Таким образом, Шотц отождествляет вводный наркоз и базис-наркоз.