

Ба 5536

ДОКУСФЕРА

Б45.536

ПРОФ. С. М. РУБАШОУ

ДОКУСФЕРА

# СЬМЯРОТНАСЬЦЬ

П Р Ы

**ХІРУРГІЧНЫХ  
ЗАХВОРВАНЬНЯХ  
І ЗМАГАНЬНЕ  
З ЁЮ**



ЭКПРАУСЭКТАР

Дз

в

б

Ба 5536 Проф. С. М. РУБАШОЎ

ДОКУСФЕРА

# СЬМЯРОТНАСЬЦЬ

ПРЫ ХІРУРГІЧНЫХ ЗАХВОРАВАНЬНЯХ  
І ЗМАГАНЬНЕ З ЁЮ



СОЦЫЯЛЬНА-КЛІНІЧНЫ НАРЫС)

Б+3.8.2.

Инд. 1953 г. БА 5536

Бел. аддзел  
1994 г.



ДЗЯРЖАЎНАЕ ВЫДАВЕЦТВА БЕЛАРУСІ  
ЭКПРАУСЭКТАР  
М Е Н С К 1 9 3 1

ДОКУСФЕРА

2019 - 1 2019

П Р А Д М О В А.

ДОКУСФЕРА

Вынікі нашай мэдычнай работы павінны быць перагледжаны з пункту гледжаньня іх соцыяльнай каштоўнасьці і карыснасьці.

Даны нарыс і становіць сабою спробу іменна ў гэтым кірунку. Паколькі такая работа зьяўляецца спробай ў параўнаўча новай галіне,—я надаю ёй толькі вядомае значэньне і выпускаю ў сьвет, ня гледзячы на рад мне самому ясных недахопаў.

*Аўтар.*

---

ДОКУСФЕРА

## У В О Д З І Н Ы.

Соцыяльны заказ, які даецца мэдыцыне наогул і хірургіі ў прыватнасці, заключаецца ў аднаўленьні працаздольнасці таго члена соцыяльнага арганізма, які ёе страціў. **ДОКУМЕНТАРА** чыма больш поўным і магчыма больш хуткім. Найвышэйшай формай страты працаздольнасці зьяўляецца—у соцыяльным разрэзе—сьмерць. Змаганьне з ёю, такім чынам, уключана ў той соцыяльны заказ, аб якім гаварылася вышэй.

Хірургічныя захворваньні маюць ў соцыяльным аспэктэ яшчэ і асаблівае значэньне. Яны ў вялікай сваёй масе паражаюць самы працаздольны ўзрост і таму заслугоўваюць пільнай соцыяльнай увагі; з другога боку—яны ў значнай меры маюць экзогеннае паходжаньне і з прычыны гэтага іх хутчэй можна ўнікнуць, чым раду хвароб, што зьяўляюцца вынікам зношваньня арганізма.

Імкнучыся не да „эфэктаў“, а да соцыяльнай „эфэктыўнасці“—хірургія сучаснага пэрыоду павінна задаць сабе пытаньне—якімі зьяўляюцца шляхі гэтай найбольшай эфэктыўнасці і,—у прыватнасці,—у чым павінен заключацца плян змаганьня з хірургічнай сьмяротнасьцю на бліжэйшы пэрыод.

У сваёй рабоце я імкнуся высветліць сьмяротнасьць пры хірургічных захворваньнях у бягучы час; ці зьмяншаецца яна, і калі зьмяншаецца, дык па якіх шляхах ідзе гэта зьмяншэньне; што за кірункі, па якіх павінны далей пайсьці нашы мерапрыемствы, каб дамагчыся далейшага зьмяншэньня сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях.

Вывучэньне гэтага пытаньня дазваляе мне адказаць з усёй пэўнасьцю, што ў бліжэйшы пэрыод хірургічная сьмяротнасьць можа быць зьніжана пераважна шляхам мерапрыемстваў соцыяльнага парадаку. Навуковыя праблемы—змаганьня з шокам, з унутранымі крывацячэньнямі, з сэпсісам, інтоксыкацыямі, злаякаснымі пухлінамі—павінны і будуць распрацоўвацца: у свой час яны прывядуць да рашучых перамог над хваробамі.

Але ўжо цяпер, зараз-жа—можна было-б зьнізіць сьмяротнасьць пры хірургічных захворваньнях процантаў на 50 (гаворачы, зразумела, прыблізна), калі-б, пры сучасным стане нашых навуко-

вых ведаў, мы маглі стварыць тую соцыяльную абстаноўку, якая дала-б магчымасць поўнасьцю гэтыя веды рэалізаваць.

Профіляктыка адыгрывае вялізарную ролю ў такіх групах, як траўмы, запаленьні і расстройствы жыўленьня. Рацыянальна выкарыстаныя профіляктычныя мерапрыемствы ўжо зараз выяўляцца ў значным зьмяншэньні сьмяротнасьці ў гэтых групах.

У адносінах да захворваньня, якое ўжо пачалося, важна зьяўляецца сваячасовая яго дыягностыка. Апошняя распрацавана цяпер вельмі добра, але яна патрабуе часта адпаведных інструмантаў і абстаноўкі (лябораторыя, рэнтген, інструментальныя мэты), г. зн. упіраецца ў соцыяльна-эканамічную праблему. Цяжэй, чым дыягназ захворваньня,—задача выявіць жыцьцёвую ўстойлівасьць арганізма, што асабліва важна пры хірургічным мэтыдзе лячэньня, які ставіць рад патрабаваньняў да сіл хворага. Як ня мала дасканалымі зьяўляюцца нашы веды і магчымасьці ў гэтай галіне, але і яны давалі-б значна больш вынікаў, калі-б іх можна было ўжываць паўней і шырэй, чым мы гэта робім цяпер, з-за недахопаў апаратуры, перагружанасьці ўрачоў, ложкаў і т. д.: зноў рашаючым зьяўляецца соцыяльна-эканамічны мотыў.

Хірургічным захворваньнем мы называем такое, пры якім ужываецца хірургічная мэтыдыка лячэньня—якой бы яна ня была—консэрватыўнай ці апэрацыйнай. Гэта мэтыдыка вызначаецца складанасьцю і дыфэрэнцыяванасьцю, уключаючы ў сябе коопэрацыю раду асоб, дзеяньне апаратаў, інструмантаў і т. д. Таму пытаньне пра „абстаноўку“ мае вялізарнае значэньне, цалкам залежачы ад таго-ж соцыяльна-эканамічнага фактару. Пэўны процант сьмяротнасьці ад інфэкцыі, ад лёгачных ды іншых аскладненьняў залежыць ад гэтага фактару „абстаноўкі“. Даволі часта гэты фактар зьяўляецца і прычынай некаторых тэхнічных памылак хірурга (адсутнасьць патрэбнага інструманту і д. т. п.).

Значэньне „запушчанасьці“ выпадкаў, што рэзка павышае сьмяротнасьць, будзе дастаткова высветлена ніжэй: ад 30 проц. да 40 проц. сьмярцей трэба аднесці за лік гэтага моманту, які знаходзіцца, галоўным чынам, у сувязі з малакультурнасьцю, беднасьцю, адсутнасьцю сродкаў зносін, г. зн. у аснове з момантамі соцыяльнага характару.

Нарэшце, так званыя дыягностычныя і тэхнічныя памылкі хірурга ў вялікай ступені знаходзяцца ў сувязі з яго кваліфікацыяй, а апошняя—з соцыяльна-бытавымі ўмовамі выхаваньня ўрача.



За апошнія гады ў медычнай літаратуры наогул і хірургічнай у прыватнасці пракацілася хваля артыкулаў і работ, якія гаварылі пра крызіс у хірургіі і пра тое, што „хірургія на раздарожжы“. Пакідаючы ў баку цэлы рад іншых меркаванняў, я лічу магчымым констатаваць, што гэты крызіс зьяўляецца часткова адбіткам неадпаведнасці паміж тэорыямі і практыкамі хірургіі і сацыяльнымі ўмовамі, не дазваляючымі поўнасьцю іх рэалізаваць. На маю думку, ня толькі няма крызісу, але хірургія яшчэ нават і ня ўскрыла ўсіх тых магчымасцяў, якія ў яе ёсць, у адносінах да вялізарнай колькасці насельніцтва. Для рэалізацыі гэтых магчымасцяў, хірург павінен сайсьці са шляху выключна акадэмічнага і пачаць змаганьне за стварэньне неабходных для гэтай мэты сацыяльных умоў. У гэтым кірунку ёсць шмат непачатай яшчэ работы. Мэтаю майго дасьледваньня зьяўляецца ўказаньне таго, што хірургічная сьмяротнасьць падлягае таму-ж закону, што і агульная сьмяротнасьць, г. зн. зьяўляецца функцыяй сацыяльных адносін. Іменна ў апошніх ляжыць вырашэньне праблемы зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці напалавіну ўжо ў даным адрэзку часу.

У нашым Саюзе, які разгортвае сацыялістычнае будаўніцтва і сацыялістычную культуру—даны ўсе прадпасылкі для таго, каб нашы хірургі гэту праблему вырашылі. „Прэч непатрэбныя—па стане навукі ў даны мамант—сьмерці“—павінна быць адным з дэвізаў нашай савецкай хірургіі!

ДОКУСФЕРА

## I. СТАТЫКА І ДЫНАМІКА ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

ДОКУСФЕРА

Разьвязаньне раду пытаньняў, што знаходзяцца ў сувязі з вывучэньнем сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях (далей усюды гаворыцца „хірургічная сьмяротнасьць“), магчыма ў двух роўніцах: шляхам паасобных назіраньняў і лічбавых даных. Першыя зьяўляюцца недастаткова ўсеахапляючымі, другія, ва ўмовах мэдычнай статыстыкі, не даюць поўнага і дакладнага адлюстраваньня сапраўднасьці. Ужо асноўнае пытаньне—што такое хірургічнае захворваньне—сустракае цяжкасьці пры адказе на яго. Калі ў адносінах да раду груп захворваньняў адказ ясны, дык гэтага нельга сказаць у адносінах да іншых: шмат якія захворваньні ўнутраных органаў робяцца хірургічнымі толькі па-стольку, паколькі яны падлягаюць хірургічнаму лячэньню. Выявіць статыстычныя моманты ў адносінах да такога няўстойлівага аб'екту—цяжка. Калі да гэтага далучыць шматлікія крыніцы іншых памылак, дык ясна, што на лічбы мы павінны глядзець толькі як на прыблізныя паказальнікі, але ня больш. Гэту заўвагу я лічу неабходным зрабіць для стварэньня правільнай ацэнкі зьмешчаных ніжэй даных.

### 1. Ступень удзелу хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай сьмяротнасьці насельніцтва.

Якая доля сьмяротнасьці ад хірургічных захворваньняў у агульнай сьмяротнасьці насельніцтва?

Устанавіць гэту лічбу—задача ня лёгкая, таму што ў дзяржаўных статыстыках мы ня маем асобнага аддзелу—„хірургічныя захворваньні“,—і гэты процант мы можам высветліць толькі ўскоснымі спосабамі.

Як відаць, доля хірургічных захворваньняў у агульнай сьмяротнасьці параўнаўча невялікая. Гэта адразу можна бачыць з такіх параўнаньняў:

У Германі прычыны сьмерці на 10.000 насельніцтва былі такія:

	1913 г.		1926 г.	
	м.	ж.	м.	ж.
Усяго . . . . .	156,8	143,1	121,6	112,3
Інфэкцыі . . . . .	68,5			
Траўмы . . . . .	6,1	1,6	6,0	1,6
Злаякасныя пухліны .	7,4	8,9	9,6	11,4
Апэндцыты . . . . .	0,7	0,5	0,8	0,6



У той час, як траўмы, злаякасныя пухліны, апэндцыты складаюць усяго 14,2, адны інфэкцыі даюць—68,5 (на ўсю колькасць сьмярцей).

Такі-ж малюнак атрымаецца, калі мы зьвернемся да даных Італіі.

У Італіі на 1.000.000 насельніцтва памерла ад наступных прычын:

	1924 г.	1925 г.	1926 г.
1. Прыраджоных аномалій . . . . .	89	84	73
2. Злаякасных пухлін . . . . .	650	570	560
3. Пляўрытаў . . . . .	75	80	76
4. Язваў страўніка . . . . .	33	42	39
5. Хвароб печані і жоўцевых шляхоў . . . . .	67	78	77
6. Апэндцытаў . . . . .	31	34	36
7. Хвароб нырак (апрача нэфрыту)	14	32	19
8. Мачапалавых хвароб . . . . .	80	80	80
9. Траўм . . . . .	324	337	315
10. Хвароб органаў руху . . . . .	370	329	315
11. Тубэркулёзу . . . . .	1136	1118	1063
12. Хвароб сэрца . . . . .	1460	1492	1667

Такім чынам, калі мы складзем першыя 10 нумароў, лічычы, што сярод іх мы маем справу толькі з хірургічнымі захворваньнямі, дык атрымаем для 1924-1926 г. г. наступныя лічбы: 1734; 1664; 1590.

Гэтыя лічбы аказваюцца менш сьмяротнасьці толькі ад двух груп захворваньняў—тубэркулёзу і хвароб сэрца, якія даюць разам для тых жа год: 2596; 2610; 2730.

Каб даць больш дакладнае ўяўленьне аб удзеле хірургічных захворваньняў у агульнай сьмяротнасьці, я паспрабаваў зрабіць наступныя вылічэньні. Так, у 1912 г. у Расіі на 100.000 насельніцтва памерла (у розных гарадох) ад:

хвароб органаў страваванья . . . . .	558
востразарэзьлівых хвароб . . . . .	261
тубэркулёзу . . . . .	222
хвароб органаў дыханья . . . . .	306
хвароб нэрвовай сьстэмы . . . . .	139
хвароб крываносных судзін . . . . .	147
злаякасных пухлін . . . . .	79
траўм . . . . .	58
хвароб мачавых органаў . . . . .	54



Калі лічыць выключна хірургічнымі тры апошнія групы і ўзяць некаторую частку выпадкаў з групы хвароб органаў страваванья і дыханья, дык мы ўбачым, што гэта складае невялікую суму агульнай сьмяротнасьці (прыблізна 15 проц.). Я і інакш паспрабаваў вылічыць гэты ўдзел хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай, узяўшы максымальныя лічбы ў групах 1912 г. Расія. Прычыны сьмярцей у гарадох.

На 109.070 сьмярцей было ад:

хвароб скуры . . . . .	216
косцеца-цяглічнай сьстэмы . . . . .	130
мачавых органаў . . . . .	2391
хвароб органаў страваванья . . . . .	2198
(апрача катараў)	
траўм . . . . .	2579
злаякасных пухлін . . . . .	3481

Дапушчаючы (а мабыць гэта дапушчэньне прыводзіць да пераўвялічэньня), што ва ўсіх пералічаных выпадках мы мелі справу толькі з хірургічнымі захворваньнямі, мы атрымліваем суму 10.995, што дае ў адносінах да 109.070 процант, роўны 10 проц.

Некаторае ўяўленьне аб ўдзеле хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай, даюць яшчэ лічбы *Смулевіча* (Беларусь 1922-1925 г. г.):

Рожа . . . . .	0,2 проц. агульнай сьмяротнасьці.
Слупняк . . . . .	0,1 " " "
Хірургічная бугарчатка . . . . .	3,5 " " "
Сэптыцэмія . . . . .	0,5 " " "
Новаўтварэньні . . . . .	3,6 " " "
Страўнічна-кішочныя хваробы . . . . .	0,7 " " "
Апэндыцыты . . . . .	0,2 " " "

Грыжы, непраходнасць кішочніка	0,4	проц.	агульнай сьмяротнасці.
Хваробы мачавых органаў	0,1	»	»
Хваробы скуры	0,2	»	»
Хваробы касцей	0,1	»	»
Хібы развіцця	0,1	»	»
Зьнешнія прычыны	2,4	»	»
(пашкоджанні)			

12,1 проц. усіх прычын смерці

Іншыя даныя мы можам запазычыць у *Смульвіча*, выдзеліўшы асноўныя лічбы сьмяротнасці за 1925 г. па аддзелах (у абсалютных лічбах).

рожа	37	грыжа, непраходнасць кішак	60
слупняк	9	хваробы скуры і клеткавіцы	41
бугарчатка хірургічная	14	хваробы касцей	15
сэптыцэмія і піэмія	100	хібы развіцця	18
новаўтварэньні	358	зьнешнія прычыны	261
апэндыцыт	30		

Мы атрымліваем такім чынам 943 смерці на агульную лічбу 9786 сьмярцей за 1925 г., г. зн. каля 10 проц.

Усе вышэйпаданыя ўказаньні наўрад ці асабліва дакладныя; але зважаючы на тое, што вылічэньні, зробленыя на розным матэрыяле, усе даюць лічбу ад 10 проц. да 15 проц. я лічу магчымым зрабіць вывад, што гэтыя лічбы ў асноўным выражаюць долю ўдзелу хірургічнай сьмяротнасці ў агульнай.

Калі мы прыем гэтыя лічбы—10-15 проц.—за паказальнік удзелу хірургічнай сьмяротнасці ў агульнай, дык у адносінах да лічбы 2,3 проц. (паказальнік агульнай сьмяротнасці) гэта дасць 0,23-0,33 проц., г. зн. можна дапушчальна прыняць, што адна хірургічная смерць прыпадае на 330-450 жыхароў, або 2-3 смерці на 1000 чал. насельніцтва.

Аднак, адносная вага хірургічных, асабліва цяжкіх, захворваньняў, далёка не вызначаецца гэтай лічбай, з прычыны таго, што ня ўсе ўзросты прымаюць аднолькавы ўдзел у хірургічнай захворвальнасці і хірургічнай сьмяротнасці. Таму мы будзем мець крыху іншы малюнак, калі спынім сваю ўвагу на ўзростах больш старых (пра гэта глядзі ў разьдзеле аб агульных фактарах хірургічнай сьмяротнасці—„Значэньне ўзросту“).

Тут жа мы павінны адзначыць, што дзіцячы ўзрост (да 5 год), які дае такую вялікую агульную сьмяротнасць, прымае малы ўдзел у хірургічных захворваньнях; таму хірургічная сьмярот-

насьць адпаведна павышаецца, калі гаварыць толькі пра дарослых.

Не настойваючы на правільнасьці сваіх лічбаў, я лічу магчымым зрабіць наступныя вывады:

хірургічная сьмяротнасьць займае скромнае месца ў агульнай сьмяротнасьці чалавечага роду;

гэты ўдзел выражаецца, як відаць, лічбай ад 10 да 15 проц., што дае ў канчатковым выніку ад 2 да 3 сьмяротнасьці на 1000 чалавек насельніцтва; калі ўзяць толькі дарослае насельніцтва, дык гэты стасунак павялічваецца.

## 2. Хірургічная сьмяротнасьць.

Які працэнт хірургічных хворых гіне?

З прычыны некаторай няпэўнасьці самога разуменьня і адсутнасьці ў нomenклятуры хвароб рубрыкі „хірургічныя захворваньні“, я пазбаўлен магчымасьці, для адказу на гэта пытаньне, скарыстаць вялізарныя лічбы статыстык паасобных краін. Мы павінны скарыстаць або лічбы, якія адносяцца да паасобных захворваньняў ці груп іх, або зьвярнуцца да статыстыкі сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях, дзе згуртоўваюцца хірургічныя хворыя.

Але абодва гэтыя спосабы не даюць адказу на пастаўленае вышэй пытаньне, з прычыны таго, што пры гэтым не ахопліваюцца ўсе хірургічныя хворыя, г. зн. і амбуляторныя і стацыянарныя.

Для некаторага высвятленьня пытаньня я скарыстаў наступныя даныя. Колькасьць хірургічных захворваньняў можна лічыць роўнай прыблізна 20 проц. агульнай захворвальнасьці. Калі ўсяго хворых было 567.349 чалавек (Беларусь за 1925 г.), можна лік хірургічных хворых прыняць роўным 113.469; тады 941 (лік хірургічных сьмярцей, вылічаны намі вышэй) дасць—0,8 проц. Гэта лічба прыблізна стаіць у адпаведнасьці з агульным „паказальнікам летальнасьці“, які для Беларусі вылічаны *Смулевічам* амаль у  $1\frac{1}{2}$ -2 на 100. Гэта лічба—0,8—азначае, што з усіх хворых, якія зьяўляюцца за хірургічнаю дапамогаю (г. зн. амбуляторных і стацыянарных разам) гіне прыблізна адзін чалавек на 100 хірургічных хворых.

Гэты паказальнік летальнасьці я прабаваў вылічыць і на ўласным матэрыяле. Калі ўзяць разам амбуляторных і ста-

цыянарных хворых маёй клінікі, дык атрымаем наступныя лічбы:

	Хворых	Сьмярцей
1925 г.	3.234	61
1926 г.	3.470	52
1927 г.	3.223	88
1928 г.	4.400	94
1929 г. (1/2)	2.710	55
	17.037	350

ДОКУСФЕРА

Але 2 проц. прыпадаюць на больш цяжкіх хірургічных хворых, як амбулаторных, так і стацыянарных, бо ў больніцу звачаюцца з больш цяжкімі захворваньнямі. Таму прыняўшы лічбу 1:100, як паказальнік хірургічнай летальнасьці, я думаю, што знаходжуся недалёка ад ісьціны.

### 3. Сьмяротнасьць ў хірургічных аддзяленьнях.

Лічбы сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях у стацыянарах не даюць, зразумела, поўнага ўяўленьня аб сапраўднай хірургічнай сьмяротнасьці. З аднаго боку, вельмі многа сьмяротных выпадкаў не пападае ў стацыянары; вельмі многа памірае раптоўна ад пашкоджаньняў; шмат хворых з „новаўтварэньнямі“ канчаюць жыцьцё ў сябе дома. З другога боку, у стацыянарах збіраюцца найбольш цяжкія хірургічныя хворыя. Але іменна таму, што тут мы маем справу з цяжкімі выпадкамі, праблема вывучэньня фактараў сьмяротнасьці ў хірургічным стацыянары павінна даць нам шмат чаго для выяўленьня мер зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці наогул.

Калі ўзяць процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях, пачынаючы ад 1900 г. дык на 36.169 стацыянарных хірургічных хворых (справаздачы 18 аддзяленьняў—клінікі, вялікія і малыя больніцы), я налічыў 1.631 сьмяротных выпадкаў; процант роўны 5

Калі карыстацца іншым спосабам вылічэньня—сярэдняй лічбай з лічбаў сьмяротнасьці розных устаноў, дык мы атрымаем лічбу 5,6 проц.—па сутнасьці блізкую да першай.

Для мяне зьяўляецца ня зусім зразумелым процант, вылічаны *Мельнікавым*: агульны процант сьмяротнасьці—паводле *Мельнікова* да вайны—2,3%, пасля вайны—3,2%. Мне здаецца, што для складаньня яго статыстычных лічбаў было ўзята вельмі мала справаздач, пры гэтым толькі публікаваных, г. зн. звычайна „добрых“, з малым процантам сьмяротнасьці. Такім чынам, мы



павінны прызнаць, што ў даную эпоху на 100 хірургічных стацыянарных хворых памірае 5 чал.

Да той жа сярэдняй лічбы—5 проц.—прыходзіць і *Оппэль*, разважаючы пра сьмяротнасьць у хірургічных аддзяленьнях.

Каля гэтай лічбы вагаецца сьмяротнасьць хірургічных аддзяленьняў, зьмяняючыся або павялічваючыся на адну-дзьве тры адзінкі. Цікава высветліць, функцыяй чаго зьяўляюцца гэтыя ваганьні.

ДОКУСФЕРА

Перш за ўсё трэба выдзеліць установы, якія абслугоўваюць так званых экстрэнных хворых, або ўстановы, дзе такіх хворых многа: процант сьмяротнасьці ў гэтых ўстановах вышэй сярэдняй лічбы. У якасьці прыкладу я магу прывесці Інстытут хуткай дапамогі імя Скліфасоўскага ў Маскве (*Красінцаў*), дзе ў 1925 г. сярэдні процант сьмяротнасьці быў роўны 6,4 проц.; Аляксандраўскую Кіеўскую больніцу (Бондароў 1909 і 1910 г. г.), дзе процант сьмяротнасьці роўны 11,5 проц.—11,6 проц.; Бабухінскую больніцу ў Маскве (*Холін*), дзе ў 1924 г. процант сьмяротнасьці 7 проц. Зразумела, гэта лічба, перавышаючы сярэднюю, тлумачыцца наяўнасьцю цяжкіх траўм, экстрэнных запальных захворваньняў і т. д. Гэта сьцьвярджаецца параўнаньнем лічбаў сьмяротнасьці хворых—неопэраваных і хворых—опэраваных.

Найменш гэта кідаецца ў вочы ў справаздачы Інстытуту Скліфасоўскага;

опэравана	—1.643—памерла—	106—6,6 проц.
неопэравана	—776— „ —	53—6,8 проц.

але вельмі рэзка—у іншых справаздачах:

У Кіеўскай Аляксандраўскай больніцы 60 проц. гінула за першыя 2 сутак, у Бабухінскай:

опэравана	—1.772—памерла—	102—5,9 проц.
не опэравана	— 129— „ —	51—39 проц.

Другі прыклад: у Шэнкурскай больніцы:

опэравана	—948—памерла —	27—2,7 проц.
не опэравана	134 „ —	12—9,0 проц.

Другі момант—гэта матэрыял, у сэнсье наяўнасьці цяжкіх выпадкаў і адначасовай актыўнасьці хірурга. Гэтыя два моманты часта злучаюцца іменна ў клініках, куды адбіраюцца нярэдка цяжкія выпадкі і дзе часта робяцца опэрацыі, якія толькі яшчэ распрацоўваюцца. Гэты момант таксама дае павялічэньне процанту сьмяротнасьці; больш падрабязна я разгледжу яго пры вы-

вучэньні пасьляоперацыйнай сьмяротнасьці, а цяпер абмяжуюся падачай некалькіх прыкладаў.

Клініка Дзьяканава—100% опэравальнасьці хворых—вялікая актыўнасьць клінікі; проц. сьмяротнасьці—ад 7,3 да 13.

Факультэцкая хірургічная клініка Маскоўскага Унівэрсытэту (Алексінскі)—1903-1905 г. г.—8,8 проц.

Клініка Оппэля: 1908-1914 г. г.; процант сьмяротнасьці—9, процант опэравальнасьці—79.

Мечнікаўская больніца—пад вед. *Оппэля*—1925-1926 г. г.—7,1 проц.

Таксама ў загранічных клініках—праўда, лічбы гэтыя больш даўнія—сярэдні процант сьмяротнасьці—7,8 проц. (на 54.760 хворых у прускіх клініках ад 1877 г. да 1892 г. памерла 2.475 чалавек); тымчасам у „вядучых“ клініках таго часу—у *Бергмана*—процант сьмяротнасьці быў—11 проц., а у *Мікуліча*—ад 9 проц. да 12 проц.

Значэньне матэрыялу можа быць ілюстравана яшчэ на такім прыкладзе. Проф. *Спасакукоцкім* апублікаваны дзьве справаздачы аб яго дзейнасьці: справаздача за 10 год загадваньня хірургічнай клінікай ў Саратаве і за 1 г. яго работы ў 2-м Маскоўскім Дзяржаўным Унівэрсытэце. Паводле першай справаздачы рабіліся опэрацыі 4.687 чалавекам, а памерла—241 ч., г. зн. 5,1 проц.; паводле другой опэравалася 884 чал., а памерла 31 чал., г. зн. 3,5 проц. Ня буду гаварыць пра іншыя моманты, але заўважу такі: у першай справаздачы процант грыж і апэндыцытаў быў—25 проц. у адносінах да агульнага ліку опэрацый, а ў другой—58.

Вельмі наглядна значэньне матэрыялу дэманструюць даныя *Вазьнясенскага*: у яго ў адной больніцы процант сьмяротнасьці быў—4, а ў другой—13, толькі ў залежнасьці ад рознага тыпу хворых і опэрацый.

Вось галоўныя факты, якія тлумачаць процант сьмяротнасьці, перавышючы сярэдні.

Але мы сустракаемся з іншаю зьяваю,—калі процант сьмяротнасьці бывае ніжэй сярэдняга. У такіх выпадках мае значэньне таксама склад хворых: у больніцах, з процантам сьмяротнасьці ніжэй сярэдняга, бывае значная колькасьць хворых з паражэньнем канцавін. Напр.: Елецкая больніца—проц. сьмяротнасьці—1,77, захворваньняў живота—13 проц., а канцавін—34 проц. Ветлужская—проц. сьмяротнасьці—1,3, канцавіны—25 проц.; Каўроўская больніца (*Бярэзкін*)—сьмяротнасьць—2,2 проц., канцавіны—34 проц. і т. д.

У Абухоўскай больніцы ў 1913 г. проц. сьмяротнасьці роўны 3,8: з 10.927 хворых было операвана 2.085 чал. (19 проц.), г. зн. было вельмі многа параўнаўча лёгкіх хворых.

Я гавару тут пра гэта для таго, каб паказаць, якое значэньне мае склад хворых у агульным процаньце сьмяротнасьці хірургічнага аддзяленьня.

Аналіз уласнага матэрыялу, які прайшоў за 5 $\frac{1}{2}$  год праз 1-ю хірургічную клініку Беларускага Унівэрсытэту, **ДОКУМЕНТА** масьць падцьвердзіць тэа вывады агульнага характару, якія толькі што зроблены. Мая клініка зьмяшчаецца ў гарадзкой больніцы і, такім чынам, па падборы хворых зьяўляецца тыповым хірургічным гарадзікім аддзяленьнем: клініка абслугоўвае гарадзкіх хворых з нязначнай праслойкай хворых, якія жывуць па-за Менскам (таксама пераважна гарадзкіх, бо гэта больніца прызначана для застрахованых). Такім чынам, нашы хворыя характэрызуюць сабою з в ч а й н ы гарадзікі хірургічны матэрыял, з прычыны чаго аналіз іх складу мае некаторы агульны інтарэс. У гэту больніцу, як цэнтральную (1-я Савецкая больніца г. Менску), трапляе значная колькасьць выпадкаў экстрэннай хірургічнай дапамогі, што таксама адбываецца на складзе хворых.

У мяне на 7.100 хворых процант сьмяротнасьці—5,7 (406 сьмярцей)—процант, які набліжаецца да процанту Інстытуту хуткай дапамогі, таму што і мая клініка, будучы хірургічным аддзяленьнем гарадзкой больніцы, выконвае функцыю Інстытуту хуткай хірургічнай дапамогі, зьяўляючыся адначасова клінічнай установай.

Я могу свой матэрыял параўнаць у гэтых адносінах з матэрыялам Саратаўскай клінікі *Спасакукоцкага*: грыж і апэндыцытаў у мяне таксама было 20 проц. (1.455 на 7.100 хворых), у Саратаўскай клініцы процант сьмяротнасьці—5,1 у мяне—5,7 проц.

Але за тое ў сэнсье экстрэннасьці матэрыял іншы: вострых апэндыцытаў у клініцы *Спасакукоцкага* было 84, у мяне—186; непраходнасьць кішак—26, у мяне 65 і т. д.; 113 зашчэмлених грыж у мяне і т. д.

Пры аналізе ўсіх гэтых лічбаў, як агульных, так і маіх асабістых, я магу зрабіць наступныя вывады:

- 1) Процант сьмяротнасьці ў хірургічным станцыянары ў сярэднім роўны 5;
- 2) Процант сьмяротнасьці больнічнай наогул і процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях прыблізна аднолькавы, ня-

гледзячы на тое, што хірургічнае майстэрства вельмі актыўнае і мае справу з вялікай колькасцю небяспечных цяжкіх станаў. Ужо гэтая акалічнасць павінна даваць пэўнае ўяўленне аб вышыні сучаснай хірургіі. Калі ўзяць лічбы сваёй больницы, я знаходжу нават меншую смяротнасць—сярэдня па больницы—6,6 проц., а па хірургічным аддзяленьні—5,7 проц.

Такім чынам, хірургічнае лячэнне, як такое, не зьяўляецца прычынай для павялічэння хірургічнай смяротнасці. Небаспека“ хірургічнага лячэння існуе толькі ва ўяўленьні, а не ў сапраўднасці.

#### 4. Пасьляоперацыйная смяротнасць.

Лічба процанту смяротнасці ў адносінах да ўсіх хворых, якія ляжаць у даным хірургічным аддзяленьні, зразумела, дасць нам больш правільнае ўяўленне пра смяротнасць ад хірургічных захвораванняў, чым процант пасьляоперацыйнай смяротнасці. Аднак, для поўнай характарыстыкі хірургічнай смяротнасці трэба мець на ўвазе і апошнюю.

Калі пры выяўленьні процанту хірургічнай смяротнасці ў аддзяленьнях мы маем рад няяснасцяў, дык пры аналізе лічбаў пасьляоперацыйнай смяротнасці мы натрапляем на іншыя перашкоды.

Першая з іх—гэта тыя абсалютныя лічбы, з якіх вылічваюцца процанты. Калі ўважліва прагледзець справаздачы больніц з малою смяротнасцю, дык мы нярэдка зможам констатаваць адсутнасць там значных операцый, дзякуючы чаму і бывае малы процант смяротнасці.

Вось некалькі прыкладаў.

Ва Ўладзімірскай земскай больницы (1889 г.) процант хірургічнай смяротнасці—6,4; на 548 апэраваных ён складаў 3,1 проц. Аднак, калі з ліку гэтых 548 операцый узяць сапраўды буйныя—123, на якіх і прыпадаюць сьмерці, дык процант смяротнасці павялічваецца да 10,7 проц. Усе іншыя операцыі такія, што звычайна не ўваходзяць у нашы справаздачы.

У справаздачы *Залогі* паказана 8.050 операцый з 278 сьмярцамі (3,4 проц.). Але з гэтых 8.050 операцый трэба адлічыць 1.087 павязак; 1.346 гінэколёгічных операцый (з 40 сьмярцамі), 620 акушэрскіх (32 сьмярцамі); 141 упараўліваньне вывіхаў; 236 швоў (35 сьмярцамі); гэта значыць 3.430 операцый з 47 сьмярцамі. Застаецца 4.620 хірургічных операцый з 231 сьмерцю, што

дае 5 процантаў на агульную лічбу сапраўдных хірургічных апэрацый.

Як зьменьваецца процант у залежнасьці ад выходных лічбаў, паказвае яшчэ і такі прыклад.

У Залогі-ж паказана апэрацый на канцавінах 1560 з 33 сьмярцамі, што дае 2 проц. Але да ліку апэрацый на канцавінах аднесена 1.087 ліпкаплястырных павязак, марсэтаў і т. д.; адлічыўшы іх, атрымаем—373 апэрацыі і 33 сьмерці, г. зн. 9 проц. больш, як паказаны вышэй процант.

У справаздачы Глухоўскай больніцы за 5 год паказана 2628 хворых; з іх апэравана 1875 чал., з якіх памерла 33 чал.—1,2 проц. У ліку 213 апэрацый на галаве—усяго 2 трэпанакцыі.

З 883 апэрацый на жываце—усяго 1 выпадак завароту, 9 зашчэмленых грыж, каля 10 апэрацый на жоўцевых ходах, ніводнай рэзэкцыі страўніка і т. д. Ня дзіва, што мы маем такі малы процант пасьялопэрацыйнай сьмяротнасьці.

Я ўжо зазначыў на вельмі добрую статыстыку *Спасакукоцкага* (2-і Маскоўскі Дзяржаўны Унівэрсытэт)—3,4 проц., але 58 проц апэрацый былі грыжы (30 проц.) і апэндыцыты (28 проц.). Таксама ў справаздачы больніцы імя Дастаеўскага (1926 г.) на 1189 апэрацый—пасьялопэрацыйная сьмяротнасьць была—1,7 проц.; аднак, у матэрыяле—40 проц. грыж і апэндыцытаў, і зусім ня было экстрэнных выпадкаў.

Або другі прыклад—Кастрычніцкая больніца Маскоўскай губэрні робіць спрваздачу пра пасьялопэрацыйную сьмяротнасьць; на 675 апэрацый—1,9 проц. сьмяротнасьці: трэпанакцыі чэрапу няма зісум; выпадак ілеус—1; гнойны пляўрыт—1; апэрацый на страўніку—усяго 11 і т. д.

*Джыбсон* дае справаздачу вялізарнай амэрыканскай больніцы. За 4 гады—9.025 апэрацый, сьмяротнасьць—4,6 проц.: але ў гэты лік апэрацый ўваходзіць 1.086 адэнотомій і тонзылётомій; калі іх адлічыць, дык процант сьмяротнасьці павялічваецца да 5,2 проц.

Такіх прыкладаў можна падаць шмат. Процант сьмяротнасьці залежыць ад таго, на якія лічбы вылічваецца гэты процант. Напрыклад, у справаздачы проф. *Вазьнясенскага* (1923-1924 г., чыгуначная больніца) процант сьмяротнасьці вылічаны ў 4,2 (32 на 732 хворых), але ў лік 732 уваходзіць 160 хворых амбуляторных; бяз іх процант будзе—5,5 (32 на 572).

Далей трэба мець на ўвазе некаторую аднабаковасьць лічбаў устаноў з малой сьмяротнасьцю. Звычайна публікуюцца справа-

здачи з малой сьмяротнасьцю, і гэта адразу зьмяняе малонак. Не далей, як на міжнародным хірургічным конгрэсе ў 1929 г. у адказ на лічбы сьмяротнасьці ад рэзэкцыі страўніка пры язьве яго—2,6 проц.—выступіў *Рамсдэль*, які заўважыў, што ня ўсё апублікоўваецца; яму вядомы матэрыялы адной больніцы Нью-Ёрку, дзе на 11 рэзэкцый язвы страўніка было 7 сьмярцей.

Якая-ж пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць? Як відаць, трэба лічыць і пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць у сярэднім роўнай 5 проц., калі толькі лічыць опэрацыямі хоць колькі сьмярцей. Ёзьныя опэрацыйныя ўмяшаньні.

Ніжэй я падаю рад больнічных і індывидуальных справаздач, з якіх можна зрабіць папярэдні вывад, пры чым я браў пад увагу тыя папраўкі, якія неабходны ў моц вышэйпаданых меркаваньняў.

#### Процант ніжэй сярэдняга

Спасакуоцкі 2 М. Дз. У . . . . .	3,4 проц.
Кастрычніцкая больніца 1927 г. . . . .	1,9 "
Каўроўская больніца 1925-28 г. . . . .	2,2 "
Растоўская больніца (2.514 опэр.) . . . . .	3,3 "
Вузлавая чыгуначная больніца (Оппэль). . . . .	3,75 "
Нікалаеўская больніца 1927 г. . . . .	1 "
Гусеў 1916-25 г. г. у сярэднім . . . . .	2,1 "
Эйбэр—на 2.496 опэр. . . . .	1,8 "
Юдзін—на 2.801 . . . . .	3,0 "
Дўроў—на 1.150 . . . . .	2,0 "
Больніца ім. Дастаеўскага . . . . .	1,7 "
Ардатаўская—5.224 опэр. . . . .	1,3 "

#### Сярэдні процант

Клініка Пятрова (6.009 хвор.). . . . .	4,4 "
Больніца ім.Мечнікава (Оппэль)—1140хвор. . . . .	4,9 "
Вазьнясенскі (5.744 хвор.). . . . .	4,0 "
Шоўр (12.233 хвор.) . . . . .	5 "
Багародзкая больніца 1926 г. . . . .	5 "
Джыбсон на 16.160 хворых . . . . .	4,3 "
Клініка Спасакуоцкага за 10 год . . . . .	5,1 "

#### Процант вышэй сярэдняга

Менская земская больніца 1923 г. . . . .	13 проц.
Акадэмічная клініка (Оппэль) 1.968 хворых . . . . .	9 "
Вазьнясенскі 1923 г. . . . .	6,5 "
Больніца Дастаеўскага 1924 г. . . . .	8 "
" " 1925 г. . . . .	5,8 "
Інстытут ім.Скліфасоўскага 1.673 хворых . . . . .	6,4 "
Пэральман . . . . .	6 "
Бабухінская больніца 1924 г. . . . .	5,9 "

Калі лічыць што нормальным процантам сьмяротнасьці павінна зьяўляцца 2-3, што адносіцца галоўным чынам да ўстаноў не клінічнага тыпу, дык прышлося-б прызнаць, што найлепшыя хірургі сядзяць выключна ў провінцы.

Калі мы паглядзім на групу ўстаноў, дзе процант сьмяротнасьці *вышэй* сярэдняга, дык мы ўбачым, што амаль цалкам сьцьвярджаецца тое палажэньне, якое было выказана вышэй: процант сьмяротнасьці вышэй сярэдняга (за некаторымі, зразумела, выключэньнямі) прыпадае на больніцы, якія надаюць у значнай меры экстрэнную дапамогу.

## 5. Рух хірургічнай сьмяротнасьці

Калі хірургічная сьмяротнасьць ёсьць толькі частка агульнай, дык нам цікава ведаць рух апошняй.

Якой зьяўляецца тэндэнцыя руху агульнай сьмяротнасьці?

Агульная сьмяротнасьць у Эўропе наогул і ў СССР у прыватнасьці—зьмяншаецца. Для Расіі і сучаснага СССР гэта можна ілюстраваць лічбамі, пачынаючы ад 1883 г. да 1928 г.; для Германіі—ад 1871 г. да 1927 г., для Англіі і Францыі—ад 1921 г. да 1926.

Лік сьмярцей на 1.000 насельніцтва

РАСИЯ		СССР		ГЕРМАНИЯ		Г а д ы	Англия	Францыя
Гады	‰/‰ сьмяр.	Гады	‰/‰ сьмяр.	Гады	‰/‰ сьмяр.		‰/‰ сьмяр.	
1883	35,7	1923	23,1	1871	29,6	1901—04	16,2	19,6
1888	31,0	1924	23,7	1881	25,5	1910—14	13,9	18,1
1897	30,9	1925	25,8	1891	23,4	1920—24	12,2	17,5
1900	29,4	1926	21,25	1901	20,7	1925	12,2	17,7
1903	29,1	1927	20,9	1911	17,3	1926	11,6	17,5
1908	28,9	1928	17,9	1921	13,9			
1913	27,3	—	—	1927	12,0			

Гэтыя даныя гавораць за тое, што і ў далейшым мы можам чакаць зьмяншэньня сьмяротнасьці, асабліва ў СССР, пры соцыяльнай перабудове яго быту.

Зьмяншэньне агульнай сьмяротнасьці знаходзіцца ня толькі ў залежнасьці ад зьніжэньня захворвальнасьці; трэба думаць, што і фактары лекавага парадку адыгрываюць пэўную ролю. Апошняе палажэньне можна падцьвердзіць, разглядаючы рух сьмяротнасьці не сярод усяго насельніцтва, а сярод захварэўшых і асабліва, што тых знаходзяцца ў больніцах.

Гэта тэндэнцыя да змяншэння смяротнасці ілюструецца лічбамі Расіі, СССР і Германіі.

### Р а с і я

1858 г.	каля 8	проц. смяротнасці ў	больніцах.
1881 г.	7,62	»	»
1892 г.	6,0	»	»
1912 г.	5,0	»	»
1913 г.	5,6	»	»

### С С С Р

1923 г.	4,0	проц. смяротнасці	наогул сярод	хворых.
1924 г.	3,9	»	»	»
1925 г.	3,7	»	»	»

### Г е р м а н і я

1923 г.	каля 6	проц. смяротнасці	наогул сярод	хворых.
1924 г.	5,9	»	»	»
1925 г.	5,1	»	»	»
1926 г.	5,0	»	»	»

ДОКУСФЕРА

Я лічу магчымым прыняць 5 проц., як сярэдняю лічбу смяротнасці ў больніцах. Можна думаць, што паляпшаецца, як адзін з фактараў змаганьня з больнічнай смяротнасцю і фактар „лекавае мерапрыемства“. Паколькі хірургічныя захворваньні зьяўляюцца часткаю паказаных вышэй больнічных захворваньняў, мы можам выходзіць з прэзумпцыі, што зьмяншаецца смяротнасць і ад хірургічных захворваньняў.

Што-ж нам фактычна вядома пра рух хірургічнай смяротнасці? І ці ідзе яна паралельна руху агульнай, ці змяншэньне агульнай смяротнасці адбываецца выключна або пераважна за лік іншых компанэнтаў?

Мы ведаем, што змяншэньне агульнай смяротнасці ідзе, галоўным чынам, за лік змяншэння смяротнасці дзіцячай, смяротнасці ад інфекцый і тубэркулёзу; у якой ступені прымаюць тут удзел захворваньні хірургічныя—цяжка сказаць,

Што такое пытаньне мае сэнс, паказваюць, напрыклад, лічбы ангельскія, дзе смяротнасць за 20 год—агульная—зьменшылася на 32 проц., дзіцячая—на 45 проц., ад тубэркулёзу—на 38 проц., смяротнасць ад раку павялічылася на 20 проц.

Не малое значэньне мае і пытаньне аб удзеле ў смяротнасці тых або іншых узростаў. Так, калі параўнаць лічбы смяротнасці Англіі 1901 г. і 1921г., дык мы ўбачым, што агульная смяротнасць зьменшылася на адзінку, але гэта змяншэньне



складаецца з наступных лічбаў: процант сьмяротнасьці дзяцей да 15 год зьменшыўся на 4,3, а процант сьмяротнасьці дарослых (старэй за 15 год) павялічыўся на 3,3.

	А Н Г Л І Я	
	1901 г.	1921 г.
да 5 г. . . . .	11,9 проц.	9,4 проц.
5-15 г. . . . .	21,8 "	20,0 "
15-65 г. . . . .	62,2 "	64,2 "
больш 65 г. . . . .	4,2 "	5,4 "

ДОКУСФЕРА

Хоць агульная лічба меншая на 1 проц., але процант сьмяротнасьці дарослых па сутнасьці павялічыўся. А мы-ж раней гаварылі, што хірургічныя захворваньні паражаюць пераважна дарослых людзей.

Такім чынам, рабіць са зьмяншэньня агульнай сьмяротнасьці вывад адносна зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці мы яшчэ ня можам; даных у гэтых адносінах у нас няма і здабыць іх—хаця-б ускосным шляхам—вельмі цяжка. Таму некаторае ўяўленьне аб руху хірургічнай сьмяротнасьці мы можам атрымаць толькі шляхам вывучэньня сьмяротнасьці хірургічных аддзяленьняў і сьмяротнасьці пасляопэрацыйнай.

Аднак, важна адзначыць пэўную тэндэнцыю, якая, мабыць пашыраецца і на хірургічныя захворваньні, паколькі агульны процант сьмяротнасьці зьяўляецца адлюстраваньнем соцыяльна-клясавых адносін насельніцтва.

Чаканае надалей зьніжэньне агульнага процанту сьмяротнасьці стварае *спрыяльны агульны фон*, на якім мы маем рацыю чакаць зьмяншэньня сьмяротнасьці і ад хірургічных захворваньняў.

Указаныя вышэй асаблівасьці статыстык паасобных устаноў і хірургічных аддзяленьняў робяць вельмі цяжкім параўнаньне паміж сабою лічбаў хірургічнай сьмяротнасьці ў розныя эпохі і адказ на пытаньне—ці зьмяншаецца сьмяротнасьць ад хірургічных захворваньняў?

Усё залежыць ад таго, які крытэрыў для параўнаньня мы будзем браць. Возьмем нашу лічбу—5 проц.—і параўнаем яе з некаторымі старымі лічбамі. *Більрот* меў агульны процант сьмяротнасьці—11; у *Бэргмана* ў 1892 г.—ён быў роўны 11,5, у *Мікуліча* мы маем 12,5 проц. Агульны процант сьмяротнасьці ў прускіх клініках за 1877-1892 г. г. быў на 54.670 хворых—7,8.

У рускіх больніцах я таксама сустракаў вялікія лічбы. У хірургічным аддзяленьні Міхайлаўскай больніцы ў Тыфлісе за 1887 г. на 492 хворых памерла 56—11,4 проц. сьмяротнасьці (з 14 выпадкаў параненьняў жывата—ніводны ня быў опэраваны). Але сустракаюцца і іншыя лічбы: Базэльская больніца—1874 г.—процант сьмяротнасьці—2,6, Лёнданскі гошпіталь—1873 г. 4 проц.; клініка Падрэза (Харкаў)—1886 г.—5,2 проц.; Кіеўская Аляксандраўская больніца—1887-1902 г. г.—5,2 проц.; Тамбоўская больніца—1879-1889—4,8 проц.; Сібірская больніца—1880 г.—5,7 проц.

*Оппэль* у адным месцы<sup>1)</sup> са здзіўленьнем адзначае той факт, што агульны процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях меншы, як быў, і нават ставіць пытаньне: „дзе-ж адзнакі таго прогрэсу, тых посьпехаў хірургіі, аб якіх крычыць увесь сьвет“? Выходзячы з сярэдняй лічбы—5 проц., ён параўноўвае яе са сьмяротнасьцю ў *Пірагова* і знаходзіць у яго таксама 5 проц. У другім-жа месцы<sup>2)</sup>—ён бачыць прогрэс пры параўнаньні нашай сярэдняй хірургічнай сьмяротнасьці з лічбай *Більрота*, роўнай 11 проц. Такім чынам усё залежыць ад таго, што мы бярэм для параўнаньня.

Маючы на ўвазе ўказаныя вышэй адхіленьні ад сярэдняй сьмяротнасьці, я ўзяў для трох пэрыодаў (прыблізна 1870-1900 г. г. 1901-1913 г. г. і 1914-1928 г. г.) сярэдня лічбы больніц і клінік і атрымаў такія вынікі: для старых гадоў (да 1900 г.)—5,8 проц.; для 1900-1913 г. г.—5,6 проц.; для новых—5 проц. Ці можна надаваць значэньне такой малой розьніцы? Значыць, і ў мяне атрымаліся вынікі, якія прымушаюць мяне, як і *Оппэля* задаць пытаньне: дзе-ж посьпехі? Аказваецца, што сьмяротнасьць не зьмяншаецца, а за апошнія 50 год застаецца стацыянарнай.

Як-жа растлумачыць гэта зьявішча?

Параўноўваць сьмяротнасьць хірургічных аддзяленьняў 50 год таму назад і цяпер цяжка, таму што ў значнай меры зьмяніўся характар хірургічнай дзейнасьці. Лік опэрацый быў не такі вялікі, як цяпер, і яны былі больш абмежаваны пэўнымі вобласцамі, чым зараз. У якасьці прыкладу магу прывесці даныя *Вельямінава*, які ў 1887 г. пералічвае наступныя *вялікія* опэрацыі, зробленыя ім:

Разрэзы—23, выскрабаньні—8, тубэркулёз залоз—6, трахеотоміі—2, трэпанакцыя чэрапа—1, артротоміі—11, ампутацыі—2, ля-

1) „Организаций и работа в хирургическом отделении“ 1.26 г. ст. 152-153.

2) Речь о Бильроте. Вести. Хирургии, 1929 г.

поратоміі—4, сьвішчы кутніцы—3, геморой—5, гідроцэле—3 экст. вэн—1. Усяго 67 операцый; сьмерць 1.

Або лічбы хірурга *Мініна* ў тым-жа 1887 г.: выдаленьняў, лімфатычных залоз—15, разрэзаў—6, сэквэстротоміі—5, ампутацый—1, гідроцэле—1.

Малую лічбу пасьяоперацыйнай сьмяротнасьці рускіх больніц трэба тлумачыць нязначнасьцю зробленых операцый. Як прыклад, можна ўзяць Уладзімірскую земскую больніцу (за 6 год): на 1.612 хворых было зроблена 548 операцый, г. зн. усяго ў  $\frac{1}{3}$  выпадкаў. Найбольш буйныя операцыі з ліку 548 і іх вынікі наступныя:

		сьмярцей	
літотоміі . . . . .	65	5	— 8 проц.
ампутацый . . . . .	33	3	— 9 „
ляпоратоміі . . . . .	13	3	—21 „
грыж . . . . .	3	—	— „
трахеотоміі . . . . .	4	1	—25 „
гноійных пляўрытаў. . . . .	11	2	—18 „

Або другі прыклад—операцыі *Кадзьяна* ў Сібірскай больніцы (1886 г.); на 414 хворых усяго 91 буйная операцыя—процант сьмяротнасьці—6.

	сьмярцей	
трэпанац. чэрапа . . . . .	1	1
ампутацый . . . . .	7	1
камнесьчэньняў . . . . .	18	2
нэфротоміі . . . . .	1	—
грыжасячэньняў . . . . .	4	—
трахеотоміі . . . . .	4	—
рэзэкцый сустава сьцягна . . . . .	3	—

Ніводнай ляпоратоміі.

У папярэднія пэрыоды лік операцый быў яшчэ меншы: ад 1822 г. да 1846 г., г. зн. за 24 гады, проф. *Саламон* зрабіў 411 вялікіх операцый, з іх: літотоміі—76, грыжасячэньняў—8, выразаньняў пляча—1, выразаньняў вока—2, трэпанацый—1, анэўрызмаў—12 і т. д. (паводле „Истории хирургии“ *Оппэля*).

Далей розьніца заключаецца яшчэ і ў складзе—групаваньні хворых. Перш за ўсё, вялікая сучасная галіна захворваньняў жывата тады амаль зусім адсутнічала. Можна падаць тут такія лічбы: у старой хірургіі на жывот прыпадала 1-3 проц. агульнай колькасьці операцый.

У *Пірагова* ад 1845 г. да 1856 г. на 680 апэраваных хворых операцый на жываце было 16—каля 2 проц. У *Караваева* (1842-

1882 г. г.) на 3881 хворага—операцый брушной поласці (сярод іх упраўленьне грыж і т. п.)—117, г. зн. 3 проц.

У пачатку XX стагодзьдзя малюнак мяняецца: брушных операцый: у *Дзьяканава*—17 проц., у *Сьпіжарнага*—25 проц., у *Ціхава*—44 проц., у Гэйдэльбэргскай клініцы—27 проц.

У хірургічных аддзяленьнях новага часу лік гэтых операцый яшчэ большы: у *Мартынава*—45 проц.; у больніцы імя Дастаеўскага—79 проц.; у *Бабухінскай* (Масква)—50 проц.; у *Скліфасоўскага* (Масква)—74 проц., у клініцы *Спасакукоцкага* (2 М. Д. У.)—78 проц., і т. д.

Канцавіны раней адыгрывалі прэвалюючую ролю: у старых больніцах операцыі на канцавінах складалі ад 65-51 проц. да 47 проц.; у новых хірургічных аддзяленьнях найменшая лічба—8 проц., найбольшая—34 проц.

Нават за больш позьнія гады адбыўся пэўны зрух, які заключаецца ў тым, што за лік канцавін усё большая і большая доля операцый пачало прыпадаць на операцыі брушныя. Гэта відаць з параўнаньняў *Мельнікава*.

Месца операцыі	Да вайны (у проц.)	Пасьля вайны (у проц.)
жывот . . . . .	28,5	47,5
канцавіны . . . . .	25,9	9,6
твар . . . . .	17,7	19,2
лагво (гінэколёг.) . . . . .	10,2	8,9
шыя . . . . .	7,7	4,4
грудзі . . . . .	6,5	8,4
чэрап . . . . .	3,5	2,0

Ня будзем забывацца на операцыі на грудзях і чэрапе, якія даюць таксама вялікую сьмяротнасьць, і мы зразумеем, чаму цяжка параўноўваць хірургічную сьмяротнасьць апошняй чвэрці мінулага стагодзьдзя з першаю чвэрткаю нашага. Разуменьне „хірургічнага захворваньня“ зусім зьмянілася. І калі пры больш цяжкіх задачах сьмяротнасьць ў хірургічных аддзяленьнях засталася тэй-жа самай, дык зразумела, нельга не зрабіць ускоснага заключэньня аб фактычным зьмяншэньні хірургічнай сьмяротнасьці.

Далей трэба зьвярнуць увагу ня толькі на сярэнюю лічбу, але і на крайнія лічбы. З гэтага пункту гледжаньня мы маем і абсалютныя посьпехі, таму што ў шмат якіх больніцах процант сьмяротнасьці ніжэй 5,—каля 3 проц.; да 1900 г. такіх справаздач было значна менш.

Калі мы ад агульных лічбаў пяройдзем да дэталей, дык можна знайсці пераканальныя лічбы, якія ўжо ня ўскосна, а непасрэдна гавораць пра зьніжэньне процанту сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях.

Я зраблю спачатку параўнаньне хірургічнай сьмяротнасьці ў *Більрота* і ў сябе. Гэтыя лічбы тым больш красамоўныя, што *Більрот*—гэта лепшы хірург эпохі, а мае лічбы гэта сярэднія лічбы нашых часоў. Пры параўнаньні знаходзіцца наступныя пашкоджаньні давалі:

у Більрота . . . . . 8,52 проц.—13 проц. сьмяротнасьці  
у мяне . . . . . 6,6 проц.

Запальныя процэсы:

у Більрота . . . . . 7,6 проц.—12,1 проц.  
у мяне . . . . . 3,8 проц.

г. зн. мы маем зьмяншэньне ў два ці тры разы.

Пухліны:

у Більрота . . . . . 12,9 проц.—16,5 проц.  
у мяне . . . . . 12 проц.

Расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні } 8,2 проц.—9 проц.  
ў Більрота (пад рубрыкай „іншыя“)  
у мяне . . . . . 5 проц.

Гэтыя лічбы мне здаюцца характарнымі: зьмяншэньне сьмяротнасьці пры траўмах, запаленьнях, расстройтвах жыўленьня і наяўнасьць таго-ж самага процанту сьмяротнасьці пры пухлінах. Але ў першых трох групах зьмяншэньне ў 2-3 разы—рэальны прогрэс, а ня толькі адноснае зьмяншэньне сьмяротнасьці. Прычына ляжыць у тым, што эпоха Більрота і ён сам былі наватарамі і плацілі за новыя, пракладаныя імі шляхі; мы-ж ідзем па гатовых іхных шляхах, унікаючы іхных памылак<sup>1)</sup>.

Улічваючы асаблівасьці пасьляопэрацыйных статыстык, мы ўсё-ж можам зрабіць спробу параўнаць пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць да 1900 г. і новых часоў.

Зразумела, няма патрэбы гаварыць пра даантысэптычны пэрыод. Каб даць пра яго хоць некаторае ўяўленьне, я падам такія 2 даведкі: у *Буша* ад 1808 г. да 1816 г. было зроблена 255 опэрацый, з 55 сьмяротнымі вынікамі—каля 22 проц. сьмяротнасьці, агульны-ж процант пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці ў *Пірагова* быў ад 10 проц. да 26 проц.!

<sup>1)</sup> Першыя 18 рэзэкцый страўніка ў Більрота далі 10 сьмярцей, а першыя 9 Г. Э.—5 сьмярцей (*Гакер* 1885).

		сьмярцей
Вялікіх операцый . . . . .	165	43
Ампутацый . . . . .	43	21
Рэзэкцый . . . . .	8	2
Выдаленьне пухлін . . . . .	73	6
Плястычных операцый	16	1
Грыжасячэньняў . . . . .	5	3
Літотомій і літотрыпсій	15	7

ДОКУМЕНТАР

Якія-ж гэтыя „вялікія“ операцыі? Апрача, мабыць, рэзэкцыі, астатнія операцыі былі такімі, якія цяпер робіць пачынаючы хірург.

А вось лічбы лепшых тэхнікаў і хірургаў сваёй эпохі:

У прускіх клініках за 4 гады (1888-1892 г. г.) было зроблена 18.440 операцый, з якіх далі сьмяротны вынік—2.236—12,12 проц.

у Эсмарха . . . . .	12,11 проц.
у Трэндэленбурга . . . . .	8,74 „
у Мікуліча . . . . .	12,26 „
у Бергмана . . . . .	18,56 „
у Більрота . . . . .	11,0 „

Калі прыняць сучасную сьмяротнасьць роўнай 5 проц., дык мы будзем мець процант у два разы меншы.

Але яшчэ лепшае і больш правільнае ўяўленьне пра рух пасьялоперацыйнай сьмяротнасьці за апошнія 50 г. нам можа даць агляд вынікаў у паасобных галінах. Гэтыя прыклады больш дакладныя і таму больш пераканальныя, як агульныя статыстыкі з вялікай колькасьцю няясных фактараў.

Вольныя грыжы зьяўляюцца вельмі цікавым прыкладам. У 1873 г. бэрлінская больніца *Бэтанія* на 101 выпадак вольных грыж мела сьмяротнасьць роўную—23 проц. У 1887 *Банкс* меў 3 проц.; яшчэ ў 1902 г. *Дзьяканаў* меў 4 проц. Цяпер *Крымаў* лічыць сьмяротнасьць роўнай ад 0,9 проц. да 1 проц.; германскія лічбы (больш 200.000 грыж) даюць 0,6 проц.; цэлы рад хірургаў на сотні грыж зусім ня маюць сьмярцей; у мяне на 515 грыж таксама ня было сьмяротных вынікаў.

Цікавымі зьяўляюцца даныя пра зашчэпленія грыжы. Да 1900 г. мы мелі такія лічбы сьмяротнасьці, як 50-60 проц.; *Більрот* меў 52 проц.; яшчэ ў канцы гэтага пэрыяду *Алінаў* вылічвае старую сьмяротнасьць у 42 проц.; далей, у даваенныя гады (1900-1913) мы маем лічбы—23,5 проц. (*Бондараў*, 1906 г.), 18 проц. (Гейдэльбэргская клініка), 13,8 проц. (Старакацярынская больніца 1906 г.), і т. д. У больш позьнія гады мы сустракаем лічбы 10 проц. (*Міхалкін*), 6,5 проц. (*Шылаўцаў*), 8,5 проц. (Клініка

*Мартынава*), 6,5 проц. (Інстытут Скліфасоўскага) і т. д. Добрае выражэньне сьмяротнасьці ад зашчэмлених грыж у нашы дні даюць германскія лічбы, атрыманыя на падставе некалькіх дзесяткаў тысяч выпадкаў за 1923-1926 г. г.—9 проц.; у больніцах процант часам значна лепшы (у мяне—4,4 проц.).

Вельмі павучальнай зьяўляецца гісторыя *Г. Э.* (некаторыя лічбы ўзяты мной ў *Салавова*). У 1881-1885 г. г. сьмяротнасьць ад яе была 66 проц. (*Хлумскі*); у 1885 г. у **ДОКУМЕНТА Г. Э.** было 5 сьмярцей. Першыя *Г. Э.* у Расіі (*Манастырскі, Скліфасоўскі*)—усе скончыліся сьмерцю. Ад 1886 г. да 1890 г. было апублікавана 114 выпадкаў *Г. Э.*, а процант сьмяротнасьці быў 47 проц.; з 1891-1896 г.—33,9 проц. Да 1900 г. у Расіі было зроблена 62 *Г. Э.*, са сьмяротнасьцю—27,4 проц. (*Салавоў*). У 1909 г. *Дабратворскі* змог сабраць 1.834 выпадкі *Г. Э.* з іншакраіннай літаратуры са сьмяротнасьцю—10 проц. і 378—у рускай, са сьмяротнасьцю—8,2 проц. (пры язьве страўніка).

Што-ж мы бачым зараз? Праўда, і цяпер ёсьць статыстыкі са сьмяротнасьцю да 14,19 проц., але сярэдні процант трымаецца каля 3, прычым ёсьць цэлы рад сэрый опэрацый *Г. Э.* без сьмяротных вынікаў.

*Якобі* ў 1874 г. паведаміў, што 14 вядомых у літаратуры выпадкаў гастростоміі—усе скончыліся сьмерцю; 46 опэрацый да 1887 г. далі сьмяротнасьць—37 проц. Цяпер гэта опэрацыя адносіцца да ліку параўнаўча бясьпечных.

Пэрытоніты паводле *Зыкава* да хірургічнага лячэньня давалі 100 проц. сьмярцей; з таго часу, як іх пачалі лячыць опэрацыйным шляхам—40-25 проц.

Параненьні жывата давалі ў мінулым, у залежнасьці ад цяжкасьці,—56-72 проц.—100 проц. сьмяротнасьці. Пасьля ўвядзеньня опэрацыйнага методу гэты процант зьнізіўся: ужо ў 1910 г. *Янкоўскі* апублікаваў зьніжэньне сьмяротнасьці да 50 проц.; зараз мы маем процант сьмяротнасьці—у сярэднім—роўны 31-38 проц.

Лячэньне пляўрытаў, бязумоўна, зрабіла посьпехі. Калі ўзяць старыя статыстыкі (да 1900 г.), дык найменшая лічба сьмяротнасьці—15,7 проц., найбольшая—45 проц.; звычайныя больнічныя лічбы 18 проц.—21 проц.—28 проц. Ад 1900 г. да вайны мы мелі такія значныя лічбы: найбольшая—30 проц., найменшая—7,8 проц.; апошнія гады мы, праўда, сустракаем таксама часам значныя лічбы (асабліва ў дзяцей) але найменшыя лічбы—9,6 проц.—4,5 проц.—4,3 проц.

Пры раку грудзей операцыя ў *Більрота* давала спачатку 23 проц. сьмяротнасьці, урэшце — 6,7 проц; у *Эсмарха* 1878 г. — 10 проц., у бэрлінскай больніцы *Бэтанія* — ад 13 проц. да 25 проц., цяпер у сярэднім сьмяротнасьць пры операцыі раку грудзей у нас — 2 проц. (у *Герцэна* — 1, 39 проц.).

Процант непасрэднай сьмяротнасьці пасля раку грудзей:

1865-1875 г. г.	— 17,3 проц.
1875-1885 „	— 7,0 „
1885-1895 „	— 3,0 „
1895-1905 „	— 2,5 „
з 1905 г.	— ніжэй — 2,0 проц.

ДОКУСФЕРА

Пры раку страўніка сьмяротнасьць ад рэзэкцыі да 1886 г. была: найвышэйшая — 91 проц. і найменшая — 35 проц; у апошнія гады — найвышэйшая 54 проц. (у *Гессэ* з вельмі шырокімі паказаньнямі), сярэдняя — 37 проц. — 27 проц. — 24 проц. (*Пятроў Шаак*, *Юдзін*, *Пошэ*, *Пэйчыч*) і малая — 16 проц. (*Штых*), 10,5 проц. (*Спасакукоцкі*), 6,1 проц. (*Фінстэрэр*).

Каменная хвароба пазыра падлягала і ў мінулым шырокаму операцыйнаму лячэньню. Процант сьмяротнасьці быў параўнаўча высокі. Некалькі іншакраінных лічбаў сьведчаць пра гэта: дзьве больніцы *Лёндаў* (1872-1873 г. г.) давалі 32 проц. і 13 проц; два аўтара (*Мэйер* — 1885 г. і *Томсон* — 1885 г.) — 19,5 проц. і 10,5 проц. Апошняя лічба была, відавочна, рэкордам, бо яна належыць буйнейшаму ўролёгу часу з матэрыялам у 782 операцыі. Рускія лічбы (земскіх больніц, сталічных больніц — 1886, 1889, 1891 г. г.) даюць ад 12 проц. да 18 проц. сьмяротнасьці. Агульны процант сьмяротнасьці ад каменнай хваробы ў Расіі (у больніцах) быў роўны ў 1858 г. — 10 проц., у 1892 г. — 8 проц., у 1902 г. — 7 проц. у 1912 г. — 4,7 проц. Гэтым лічбам я магу супроцьпаставіць лічбу *Фрэйера*, якая адносіцца да 1928 г. і выключна да дзяцей, дзе на 200 операцый быў толькі 1 проц. сьмяротнасьці.

Пры камянях нырак у свой час *Ізраэль* меў 12 проц. сьмяротнасьці; у апошнія гады *Спасакукоцкі* паведамляе аб 5,7 проц. сьмяротнасьці; *Багаслоўскі* — аб 5,4 проц.; *Джыбсон* — аб 5 проц; *Чайка* — аб 1,28 проц.; *Штых* — аб 0 проц.

Старыя статыстыкі *нэфрэктоміі* пры тубэркулёзе нырак (апрача *Шмідэна*) паведамляюць аб наступным процаньце сьмяротнасьці:



Факлам, 1883 г.—28-30 проц. сьмяротнасьці

Кюстэр, 1902 г.—18,8 проц.

Да 1912 г. шматлікія статыстыкі даюць сярэдняю лічбу—11 проц. і пасья 1912 г. на 1921 г.—такая-ж сярэдняя роўна 4 проц.

Паводле Шмідэна, пасья нэфрэктоміі пры тубэркулёзе нырак:

1890-1880 г. г. памерла—35,6 проц.

1890-1900 г. г. „ —24,5 „

ДОКУСФЕРА

Пасья 1900 г. памерла—ад 1,6 проц. да 5,9 проц.

Калі мы возьмем рэзэкцыі сустава—опэрацыі, як раз характарныя для даўнейшых часоў, дык і тут мы бачым розьніцу. Кеніг у 1880 г. меў 22 проц. сьмяротнасьці пры рэзэкцыі тубэркулёзнага калена; Зак—17,3 проц.; Баброў у 1891 г.—21 проц. за апошнія гады Сьпіжарны гаворыць пра 3-5 проц.; Спасаку-коцкі на 15 рэзэкцый сустава сьцягна меў 1 сьмерць (6,5 проц.); Ортэга—1927 г.—5 проц.; Джыбсон—1927 г.—4 проц.

Пухліны сьпінных мазгоў даюць паводле Стургсберга (да 1908 г.)—29,1 проц. сьмяротнасьці; Краўзэ (да 1911 г.)—20 проц., Ранцы (да 1922 г.)—8,8 проц.; Эльсбэрг (1925 г.)—3 проц.

Такім чынам, у цэлым радзе галін прогрэс бязумоўна ёсьць. За 50 апошніх год сьмяротнасьць пры опэрацыях вольных грыж зьменшылася мінімум у 4 разы; пры зашчэмлених—у 4-5 разоў; пры Г. Э. добракасным—у 12-15 разоў; пры пэрытоніце—у 2 разы; пры параненьнях жывата—у 1,5-2 разы; пры пляўрытах—у 5 разоў; пры раку грудзей—у 8 разоў; пры раку страўніка—у 3-4 разы; пры камянях пузыра—у 4-5 разоў; пры камянях нырак—у 3 разы; пры тубэркулёзе нырак—у 5-6 разоў; пры рэзэкцыях сустава—у 4 разы; пры пухлінах сьпінных мазгоў—у 2-3 разы і т. д.

Няма патрэбы павялічваць больш гэты сьпіс, бо далей мы ўсёроўна будзем гаварыць пра процант сьмяротнасьці пры пасабных захворваньнях. Я ўзяў гэтыя прыклады для таго, каб паказаць, што наша палажэньне пра зьмяншэньне пасья опэрацыйнай сьмяротнасьці—мае за падставу бясспрэчныя матэрыялы.

## II. Фактары хірургічнай сьмяротнасьці

ДОКУСФЕРА

Да таго, што можна назваць „фактарамі“ хірургічнай сьмяротнасьці, я залічаю ўплыў такіх момантаў, як:

- А) характар захворваньня і яго лёкалізацыя;
- Б) доўгачасовасьць і запушчанасьць захворваньня;
- В) апэрацыйнае ўмяшаньне;
- Г) біялёгічныя моманты;
- Д) соцыяльныя моманты.

Вывучэньне гэтых фактараў важна для нас тым, што яно дапамагае вызначыць шляхі змаганьня з хірургічнай сьмяротнасьцю і дазваляе рабіць вывады адносна агульнага прогнозу.

### А. ХАРАКТАР ЗАХВОРАВАНЬНЯ І ЯГО ЛЁКАЛІЗАЦЫЯ, ЯК ФАКТАР ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

Я падзяляю ўсе захворваньні на наступныя групы, паводле асноўнага этыялёгічнага прынцыпу:

- 1) аномаліі разьвіцьця,
- 2) пашкоджаньні,
- 3) запаленьні,
- 4) пухліны,
- 5) расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні.

### Аномаліі разьвіцьця (прыроджаныя хваробы).

Аномаліі складаюць вельмі нязначную долю хірургічных захворваньняў; як відаць, гэтая група складае (Смулевіч) каля 1 проц. усіх захворваньняў

Сярод хірургічных стацыянарных хворых гэтая група большая, як 1 проц. Так, Джэбсон на 12.144 хворых меў 69 выпадкаў—каля 0,5 проц.;—Пэтрэн—2,5 проц.; у мяне было на 6.720 хворых—67 аномалій, г. зн.—1 проц. Ва ўсякім разе ясна, што ў хірургічнай захворвальнасьці—аномаліі вялікага значэньня ня маюць.

Уяўленьне пра агульную сьмяротнасьць ад аномалій даюць лічбы Германіі:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Лік выпадкаў	8.846	9.559	11.764	13.002
лік сьмярцей	342	403	428	466
проц. каля	4 проц.	каля 4 проц.	3,7 проц.	3,6 проц.

Лічбы сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях большыя бо там падлягаюць апэрацыйнаму лячэньню большыя падкі.

*Гайле* на 87 апэрацыйных выпадкаў меў 5 сьмярцей (да 1 г.) —5,7 проц.

*Джыбсон* на 69 проц. апэрацыйных выпадкаў меў 7 сьмярцей—10 проц.

*ён-жа* на 56 апэрацыйных выпадкаў меў 7 сьмярцей—12 проц.

Мой матэрыял	67 хворых	4 сьмерці	— 6 проц.
	46 апэр. выпадкаў	4 „	— 8 проц.

Загінуўшыя—гэта гідроцэфалюс, сьпіннамазговая грыжа; таксама ў *Гайле* ў *Джыбсона*—да гэтых яшчэ далучаюцца воўчая пашча, атрэзія страваходу, эктопія мачавога пузыра.

Некаторае ўяўленьне пра агульную і пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць пры паасобных прыроджаных хваробах даюць наступныя даныя: Зайцава губа да паводле *Гарэ-Борхард* да 10 проц. сьмяротнасьці; пры апэрацыях—паводле *Сьпіцы*—2 проц.; паводле *Леда*—3 проц. Воўчая пашча: пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць ў *Дэйбнэра* (на падставе 1667 выпадкаў у 22 аўтароў) вагаецца ад 0,8 да 6,6 проц., у большасьці бывае роўнай 2 проц.—3 проц.

Падаю некалькі статыстык пра чэрапна-мазговія і сьпіннамазговія грыжы: на 200 выпадкаў чэрапна-мазговых грыж толькі 15 чалавек дасягнула даросласьці.

Сьмяротнасьць пры апэрацыі—27 проц.,—42 проц.,—45 проц.; у сярэднім больш новыя статыстыкі даюць—33 проц. Сьпіннамазговая грыжа: 1) на 90 неопэраваных толькі 20 дажыло да 5 год (*Вэрніц*), 2) на 649 дзяцей са сьпіннамазговай грыжай 615 памерла на працягу першага году (ангельскія даныя). Пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць пры гэтай грыжы розная—ад 14 проц. да 50 проц., сярэдняя—30-40 проц.

Эктопія мач. пузыра: добрае ўяўленьне дае статыстыка *Мэйо*: на 66 апэрацый—18 сьмярцей; гэтыя вынікі трэба лічыць вельмі добрымі.

Прыроджаны стэноз пэлёруса дае ад 0 да 60 проц., сьмяротнасьці, сярэдняя—15 проц.

Стэнозы і атрэзіі страўнічна-кішочнага тракту даюць вельмі вялікую сьмяротнасьць.

Атрэзія кутніцы дае пры опэрацыі сьмяротнасьць ад 22 проц. да 79 проц.; сярэдняя—37 проц.

Пытаньне аб профіляктыцы прыроджаных хвароб зьяўляецца момантам занадта складаным, каб можна было гэта надалей значных зьмен. Прыроджаная цяжкія хваробы не перадаюцца па спадчыне, ды і гэта і зразумела, бо вялізарная колькасць хворых гіне; лёгкія хваробы, якія перадаюцца па спадчыне, не пагражаюць жыцьцю. Магчыма, што эўгенічныя мерапрыемствы будучыні зьменшаць процант прыроджаных хвароб; але на агульную хірургічную сьмяротнасьць гэта ня зробіць хоць сколькі-небудзь значнага ўплыву, паколькі самы лік хвароб нязначны.

Што-ж датычыць зьмяншэньня процанту сьмяротнасьці пры лячэньні гэтых прыроджаных хвароб, дык трэба адзначыць наступны факт: сьмяротнасьць пры опэрацыйным лячэньні прыроджаных хвароб, магчыма крыху павялічалася за апошні час у сувязі з тэндэнцыяй опэраваць магчыма раней, г. зн. самых малых дзяцей, каб атрымаць лепшыя функцыянальныя вынікі. Вельмі малыя дзеці дрэнна пераносяць опэрацыйныя ўмяшаньні. Таму мне здавалася-б правільным не форсыяваць гэтай плыні. Сьмяротнасьць пры шмат якіх хваробах, як мы бачылі, зьмяншаецца; але пэўны процант яе застаецца назаўсёды, бо дзеці, якія родзяцца з тымі ці іншымі аномаліямі разьвіцьця, самі па сабе становяць мала ўстойлівыя і мала жыцьцяздольныя органы.

## 2. Пашкоджаньні

Зусім іншае значэньне маюць траўмы. Яны складаюць вельмі значную групу хірургічных захворваньняў. У Расіі за 1902 г. у процантных стасунках траўмы давалі 5,5 проц. усёй колькасці хворых (для параўнаньня—лічба заразьлівых хвароб—19,7 проц., хвароб стрававальных органаў—15,7 проц. і т. д.); у 1912 г. гэтая лічба была—6,9 проц. На Беларусі процант пашкоджаньняў у адносінах да агульнай захворвальнасьці (*Смулевіч*)—5,7 проц.

Сярод застрахаванага насельніцтва траўмы бываюць яшчэ часцей. Паводле даных СССР за 1925 г. сярод хвароб прамы-

словых рабочих траўмы займаюць другое месца, даючы 19,1 проц. (пры 24,3 проц. інфэкцыі); у служачых і непрамысловых застрахаваных яны давалі 6,1 проц. Таксама паводле ангельскіх даных 1924 г. траўмы займаюць трэцяе месца (тубэркулёз—20,1 проц., інфэкцыі—13,8 проц., траўмы—13,4 проц.).

У некаторых профэсіях гэты процант павялічваецца да 36,6 (здабывальная прамысловасьць), 34,5 проц. (апрацоўка металю, дрэва), 31 проц. (транспорт), 30 проц. (апрацоўка мінэраля) і г. д. (СССР, 1925 г.). Паводле *Садоўнікава*—да 44 проц. усіх хвароб у рабочых—гэта траўмы.

Якія ўмовы ў цяжкай індустрыі? *Дзеравенка* ўказвае такія лічбы: на заводзе імя Пятроўскага ў 1924 г. было 9.763 рабочых, траўмаў—15.005 (153 проц.); у 1926 г.—колькасць рабочых—17.192, траўм—16.505.

Траўматызм сярод сялянскага насельніцтва менш, але ўсё-ж і тут ён значны. Калі абазначыць коэфіцыент прамысловага траўматызму лічбай—80, тады сялянскі траўматызм абазначыцца—40 (паводле *Оппэля*).

У якасьці вываду можна прыняць палажэньне, што траўмы адыгрываюць значную ролю ў агульнай захворвальнасьці і яшчэ больш значную—сярод хірургічных захворваньняў.

Таксама не малое месца займаюць траўмы сярод хворых хірургічных аддзяленьняў, хоць значная большасьць траўм, як лёгкія, у стацыянар не пападаюць. Гэта характарызуюць лічбы *Дзеравенка*: з усёй колькасці пашкоджаньняў на заводах госьпіталізавана было—1 проц. У Расіі ў 1912 г. на агульны лік—3.282.841 хворых, якіх лячылі ў больніцах (ня толькі хірургічных)—траўм было 9 проц., г. зн. кожны 11 хворы лячыўся ад пашкоджаньня.

У хірургічных больніцах процант гэты, зразумела, большы, ён вагаецца залежна ад характару ўстанова. Напр., клініка *Дзьяканава* мела ўсяго 3 проц., што тлумачыцца яе аддаленасьцю ад цэнтра гораду. Лічба *Джыбсона* (14 проц. на 12.144 хворых вялікай амэрыканскай больніцы) мабыць, правільней за ўсё паказвае існуючыя стасункі.

У Абухоўскай больніцы ў 1913 г. на 8.199 хворых было 38,5 проц. траўм (зломаў і параненьняў); у *Більрота* ў Цюрыху пашкоджаньняў было—47 проц.; у Вэне—21 проц. усіх захворваньняў. У *Ваўковіча* (Кіеў) пашкоджаньні складалі 30 проц., а зломы—17 проц. усіх хворых. У земскіх больніцах дарэволю-

цыйнага часу—51 проц. (Тамбоўская), 43 проц. (Елецкая). У другой земскай больніцы на 2.268 хірургічных хворых траўм было 279, г. зн. 10,6 проц. У маёй клініцы (больніцы) процант траўм быў роўны—18,3. Сярэдні процант траўм сярод хірургічных хворых у стацыянарах можна лічыць роўным 15-20 проц.

Гэты процант, сам па сабе даволі вялікі, аднак значна павялічваецца для некаторых вобласцей цела і асабліва для галавы і канцавін. Напр., у Інстытуце Скліфасоўскага (Масква 1927 г.) на ўсе захворваньні галавы—пашкоджаньняў было—90 проц., а ў Елецкай—звычайнага тыпу рускай больніцы—50 проц.

Паводле матэрыялу раду больніц, пашкоджаньні паражаюць перш за ўсё галаву, потым канцавіны, грудзі і, нарэшце, жывот, шыю і т. д.

Назіраньні маёй клінікі даюць наступны малюнак:

Пашкоджаньні чэрапу складалі 81 проц. усіх захворваньняў данай вобласці.

„ верхніх канцавін	„	68 проц.	„	„	„	„
„ ніжніх	„	46	„	„	„	„
„ грудзей	„	43	„	„	„	„
„ хрыбетніка	„	35	„	„	„	„
„ твару	„	20	„	„	„	„
„ шыі	„	11	„	„	„	„
„ жывата	„	8	„	„	„	„
„ мацэпалавых орган.	„	4	„	„	„	„

Агульная сьмяротнасьць насельніцтва ад траўм ілюструецца такімі лічбамі: у СССР (1925 г.) на 10.000 насельніцтва памерла ад пашкоджаньняў:

Масква 5,1, Ленінград 5,9, іншыя гарады 5,4-5,5, Украіна 4,3 і Беларусь 5 (паводле *Смулевіча*—4).

У Германіі памерла ад пашкоджаньняў:

У гарадох, дзе насельніцтва больш 100.000	—3,6
„ „ „ „ менш „	3,0

У Італіі, у абсолютных лічбах, у 1924, 1925 і 1926 г. г. памерла ад пашкоджаньняў 12.887, 13.434 і 12.659 чалавек (для параўнаньня падаю лічбы сьмярцей ад злаякасных пухлін там-жа—25.719, 22.734, 22.548).

Удзел сьмярцей ад траўм у агульнай сьмяротнасьці паказваюць наступныя даныя: на Беларусі—гэты процант роўны—2,4; \*па штату Канзас (Паўночна-Амэрыканскія Злучаныя Штаты)—5,7 проц. Паміж гэтых лічбаў, у якіх яскрава выяўляецца момант індустрыяльнага разьвіцьця, вагаецца лічба ўдзелу сьмяротнасьці ад траўм у агульнай сьмяротнасьці.

Прычыны сьмяротнасьці (даная штату Канзас на 1927 г.)

	абсалютныя	на 100.000 насельніцтва
паражэньні сэрца . . . . .	2.612	142,3
злаякасныя пухліны . . . . .	1.839	100
апоплексія . . . . .	1.832	99,6
нэфрыт . . . . .	1.534	83,4
траўма . . . . .	1.345	73,1

Які процант сьмяротнасьці сярод самых траўматычных пацыентаў? Паводле даных Народнага Камісарыяту Працы РСФСР у 1922-23 г. г. ад прамысловых траўм памерла 0,5 проц., што дае вялізарную абсалютную лічбу.

У Расіі ў 1912 г. памерла ад пашкоджаньняў з ліку пацыентаў, што знаходзілася ў рускіх больніцах—9.207 чалавек, што складае 3,1 проц. і 5 проц. у адносінах да ўсіх памершых у больніцах; у *Джыбсона* на 1.598 траўматычных пашкоджаньняў памерла 4 проц. Цікава параўнаць з гэтым лічбы аднаго ангельскага госьпіталю 1872 г. (госьпіталь сьв. Георга), дзе процант сьмяротнасьці ад траўм—5,3. У *Більрота* процант сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў вагаўся паміж 13 і 18,5. У мяне ў клініцы процант сьмяротнасьці траўматыкаў быў роўны—6,6 проц. Такім чынам, мы бачым, што ў залежнасьці ад цяжкасьці выпадкаў процант сьмяротнасьці вагаецца паміж 4 і 7.

Як можа змагацца хірургія з гэтай сьмяротнасьцю? Конкрэтны адказ можна даць, вывучыўшы голоўныя кампанэнты траўматычнай сьмяротнасьці.

### Пашкоджаньні чэрапу.

Траўмы чэрапу заслугоўваюць разгляду ў першую чаргу, як па сваёй адноснай частасьці, так і па сваёй небясьпечнасьці. Сярод зломаў касцей наогул, зломы чэрапу адыгрываюць ня такую ўжо вялікую ролю ў сьмьсе частасьці (ад 1,45 проц. да 3,8 проц.); у апошніх германскіх статыстыках на 275.450 зломаў налічваецца 9.036 зломаў чэрапу, г. зн. 3,4 проц.; але ў госьпітальных умовах гэтыя лічбы большыя—10-19 проц.

Розныя пашкоджаньні галавы наогул зьяўляюцца цяжкімі. Калі ўзяць больнічныя лічбы, дык сьмяротнасьць роўная—5,2-6,5-12 проц. У *Сакалоўскага* (Менск) гэты процант роўны—10%, у мяне—11 проц.

Калі-ж узяць толькі зломы чэрапу, дык процант рэзка павялічваецца. Найбольшыя абсалютныя лічбы мы маем у Германіі:

тут за 4 гады на 30.598 выпадкаў злому чэрапу было 7.283 сьмерці, г. зн. 24,2 проц.—кожны чацьверты хворы гіне. Аднак, сюды ўваходзіць, бясспрэчна, і частка больш лёгкіх выпадкаў, бо калі ўзяць толькі больнічныя лічбы, дык яны большыя. Найменшую лічбу дае *Цзікінсон*—29 проц.; у большасьці яна вагаецца паміж 32-39 проц., нават даходзіць да 50 проц. (*Эвоян*). *Оратор* (1930 г.) лічыць сьмяротнасьць пры пашкоджаньнях чэрапу роўнай—15 проц. Старыя лічбы (*Бэтанія* 1843 г.) даюць яшчэ большы процант—на 49 выпадкаў—32 сьмерці—64 проц. *Буджэ* і *Шкоджаньяў* чэрапу сабраў 165 сьмярцей, г. зн. процант сьмяротнасьці—35 (1881-1901 г. г.); у *Ваўковіча* сьмяротнасьць пры зломе чэрапу была—25 проц.: у мяне на 54 выпадкі зломаў чэрапу памерла 18 чалавек, г. зн.—33 проц. Часам сустракаем і малы процант. Напр. у *Сакалоўскага* (Менск)—12 проц. Гэты малы процант я тлумачу выключна больш лёгкім матэрыялам.

Зломы асновы чэрапу зьяўляюцца яшчэ больш цяжкімі. Праўда, *Лесэн* дае 12 проц., *Кеню*—15 проц.; але гэтыя лічбы зьяўляюцца выключэньнем; з іншых мае вядомых лічбаў, найменшая—29,8 проц., найбольшая—76 проц. Амэрыканскія лічбы—39,8 проц.; 52 проц.; 69 проц., *Ваўковіч* дае 40 проц.

Зломы скляпеньня даюць меншыя лічбы—13,3 проц.; 35 проц.; 46 проц. Вельмі цяжкімі зьяўляюцца зломы адначасова скляпеньня і асновы чэрапу: так *Эвоян* дае 40 проц. сьмяротнасьці, *Картэр*—на 160 выпадкаў—59,6 проц.

У параўнаньні з вышэй паказанымі лічбамі, лічбы *Мельнікава*—процант сьмяротнасьці ад зломаў чэрапу да вайны—6,4 проц. і 8,4 проц.—пасля вайны,—для мяне зьяўляюцца зусім незразумелымі.

Сумныя лічбы даюць агнястрэльныя раны мірнага часу: на 15 выпадкаў, напр.,—12 сьмярцей (*Зьвераў*, Інстытут Скліфасоўскага). У маім матэрыяле—на 10 выпадкаў памерла 5 чалавек (неопэраваных). Прычыну цяжкасьці гэтых параненьняў трэба, мабыць, бачыць у блізкай адлегласьці, на якой наносіцца параненьні, бо гэта ў большасьці выпадкаў—самагубствы. Мой уласны вопыт пры пашкоджаньнях галавы такі: пашкоджаньні чэрапу складаюць галоўную частку хірургічных захворваньняў чэрапу ў звычайнай больнічнай абстаноўцы; у мяне сьмяротнасьць—81 проц., г. зн.  $\frac{4}{5}$  выпадкаў; большасьць гэтых параненьняў, на шчасьце, не пранікаюць у поласьць мазгоў ( $\frac{4}{5}$ ), толькі  $\frac{1}{5}$  з іх—пранікальныя (32 на 161); ад непранікальных ран чэрапу звы-



чайна смяротных вынікаў не здараецца: так, на 129 выпадкаў мы ня мелі ніводнай сьмерці (з гэтага ліку 19 опэравалася):

пашкодваньні мяккіх частак чэрапу . . . . .	87
вытненьні чэрапу . . . . .	20
пашкодваньні касьцей чэрапу (зломы) . . . . .	22

У С Я Г О . . . . . 129

Пранікальныя-ж параненьні даюць такія малюнак:

пашкодваньні скляпеньня чэрапу, якія пранікалі ў м.з.г. ДОКУСФЕРА

13, з іх не опэравана 3, смяротных вынікаў 2

опэравана 10 „ 4

Зломаў асновы 8, не опэраваны, смяротных вынікаў 6

Агнястрэльных параненьняў чэрапу—10, не опэравана 7, пам. 5

опэравана 3, „ 0

Опэрацыі не рабілі ў безнадзейных або, наадварот, у лёгкіх выпадках.

Пранікальныя раны даюць вельмі вялікую смяротнасьць: на 32 выпадкі—18 смярцей, г. зн. памерла больш палавіны. Калі ўзяць процант смяротнасьці ў адносінах да агульнай колькасці пашкоджаньняў, дык смяротнасьць будзе роўнай 11 проц. (18 на 161).

Гэта вялікая смяротнасьць залежыць выключна ад цяжкасьці пашкоджаньняў. На 19 чалавек не опэраваных—не опэраваліся толькі найбольш лёгкія і найбольш цяжкія—памерла 14 чалавек (г. зн.  $\frac{2}{3}$ ); на 13 чалавек опэраваных памерла 4 чалавека (г. зн.  $\frac{1}{3}$ ).

Пашкодваньні чэрапу на маім матэрыяле зьяўляюцца пераважна вынікам трох момантаў: бойкі, профэсыянальнай траўмы, выпадковых пашкоджаньняў.

На 161 выпадак,—было пашкоджаньняў, атрыманых у бойцы—81; профэсыянальных траўм—33, сярод якіх 18 пашкоджаньняў ад сельскагаспадарчых прылад; 42 пашкоджаньні былі выпадковымі; 5 пашкоджаньняў—вынікі самагубства (агнястрэльнае параненьне).

Не заўсёды смяротны вынік пры пашкоджаньнях чэрапу зьвязан з велічынёй параненьня; часам прычынай смяротнага мэнінгіту ці абсцэсу можа быць параненьне самае нязначнае.

Што можа хірург супроцьпаставіць гэтай жахлівай смяротнасьці?

Не гаворачы ўжо пра звычайныя мерапрыемствы па доглядзе за ранай і пра опэрацыйнае ўмяшаньне пры пэуных казаньнях,—некаторыя настойваюць на самых радыкальных адносі-

нах—безадкладнай трэпанациі, ліаччы, што пры гэтым нічога ня траціцца, а выйграць можна ўсё.

Якія-ж вынікі ў абаронцаў такога радыкалізму?

Лічбы адных гавораць за такое ўмяшаньне, лічбы другіх—за больш асьцярожны падыход.

Так *Картэр*, маючы агульны процант сьмяротнасьці—39, пры апэрацыі мае—37,2 проц. *Мікстэр* у неопэраваных мае сьмяротнасьць—58,3 проц. у опэраваных—43,4 проц. (пры зломах асновы), *Эвоян* на 17 неопэраваных—80 проц., на 18 опэраваных—40 проц. (злом асновы). *Сакалоўскі* на 54 опэраваных—15 проц.; *Эвоян* на 22 опэраваных—15., а на 10 неопэраваных—5 сьмяротных выпадкаў, г. зн. 50 проц. (скляпеньне), але ў другой сэрыі—54 опэраваных—22 сьмерці, г. зн. 40 проц., 26 неопэраваных—20 проц. З другога боку, *Макрэзі*—на агульную суму выпадкаў мае 39 проц. сьмяротнасьці, а з опэраваных—59 проц.; *Дзікінсон* консьватыўным лячэньнем дасягнуў 29 проц. сьмяротнасьці замест 55 проц.; у Інстытуце імя Скліфасоўскага на 18 неопэраваных выпадкаў памерла 2, г. зн. 12 проц. і т. д. Мне здаецца, што вынік залежыць ад паказаньняў. Неопэраваныя паказваюць большую сьмяротнасьць ад таго, што яны асабліва цяжкія, і іх іменна таму не опэруюць і т. д.

Што рашаючым момантам зьяўляецца, бязумоўна, не апэрацыйнае ўмяшаньне, відаць з табліцы *Картэра* (1927 г.) дзе ў аднаго і таго-ж самага аўтара, пры аднолькавых умовах лячэньня хворых, вынікі былі наступныя:

на 389 выпадкаў—

на 106 траўм чэрапу бяз страты прытомнасьці, сьмяротнасьць—7,2 проц.

на 106 траўм чэрапу са стратай прытомнасьці, сьмяротнасьць—16,7

на 177 траўм чэрапу з доўгачасовай стратай прытомнасьці сьмяротнасьць 68 проц.

Характарна, што ў матэрыяле *Сакалоўскага*, які меў 12 проц. сьмяротных вынікаў,—78 проц. усіх пашкоджаньняў здарылася ў часе бойкі і ня было ніводнага агнястрэльнага параненьня; у мяне, пры 33 проц. летальных вынікаў, пашкоджаньняў ад бойкі было толькі 50 проц. і мелася 10 агнястрэльных параненьняў (на 54 выпадкі); у *Эвояна*, дзе пашкоджаньні атрыманы на нафтавых промыслах—50 проц. сьмяротнасьці.

На сваім матэрыяле я атрымаў такія лічбы:

не операвалася 19, памерла—14; операвалася 13, памерла—4.

На першы погляд вывад можа быць такі: оператыўны спосаб дае лепшыя вынікі. Але справа ў тым, што не операваліся іменна найбольш цяжкія хворыя, якія пасля некалькіх гадзін знаходжаньня ў клініцы паміралі; оператыўны-ж рабіліся ў выпадках менш цяжкіх.

Наогул, пры ўважлівым аналізе малых лічбаў сьмяротнасьці выходзіць, што і яны ня вельмі малыя. Прыклад—лічбы Сакалоўскага, у якога пры оператыўным лячэньні пранікальных ран чэрапу выжывала 85 проц. Вылічаецца гэты процант так: на 54 операваных памерла 8 чалавек. Але з гэтых 54 операваных—5 операвана з прычыны эпілепсыі і паралюшаў праз доўгі час пасля пашкоджаньня, г. зн. у групу сьвежых пашкоджаньняў іх залічыць нельга. Далей указана, што ў 16 выпадках пашкоджаньняў цэв. мазг. абалонкі ня было. Калі адлічыць гэтага 21 чалавека, дык застаецца 33 выпадкі, і процант будзе ўжо не 15, а 24, г. зн. звычайны процант сьмяротнасьці ад параненьняў чэрапу (гл. вышэй.)

Вывады такія:

З траўматыкаў з пашкоджаньнямі чэрапу гіне да 25 проц.

Гэтыя хворыя паміраюць у першыя 12 гадзін—ад цяжкасьці паражэньня і вялікіх крывязьліцьцяў; у першыя 24 гадзіны—ад павялічэньня ціску ў мазгох; потым ад інфэкцыі.

Вынік залежыць галоўным чынам ад цяжкасьці пашкоджаньня; наўрад ці ў гэтым факце шмат што можна зьмяніць оператыўным умяшаньнем, хоць яно ў значнай меры засьцерагае ад разьвіцьця інфэкцыі.

### Пашкоджаньні хрыбетніка.

Траўмы хрыбетніка (зломы) таксама даюць вялікую сьмяротнасьць, дзякуючы ўдзелу сьпінных мазгоў: пашкоджаньні сьпінных мазгоў і крывязьліцьці ў іх цягнуць за сабой паражэньні важных жыцьцёвых цэнтраў. Далей ідуць другачыныя пнэўманіі, пролежні, уросэпсіс.

Сьмяротнасьць ад зломаў хрыбетніка вельмі добра ілюструецца наступнымі матэрыяламі. Лічбы германскай статыстыкі даюць у сярэднім ад 13,4 проц. да 23,6 проц. (на 8936 хворых—памерла 1496—16,5 проц.). У *дэ-Кервэн* (1908 г.) на 218 операваных выпадкаў—55 сьмяротных вынікаў—25 проц. У статыстыках боль-

нічных аддзяленняў гэты процант даходзіць да 40 і нават больш. Лічбу 40 проц. дае, напр., Інстытут Скліфасоўскага (1925 г.). *Гаўман* (1926 г.) налічвае на 204 выпадкі—130 сьмярцей. *Ваўковіч* (1928 г.) проц. сьмяротнасьці ад зломаў хрыбетніка вызначае ў 64-80. На яго асабістым матэрыяле з 8 хворых памерла—6. *Лойд* на 82 раньнія опэрацыі пры зломах хрыбетніка меў 72 сьмерці.

Ня маючы магчымасьці вывесці сярэдні процант, я ўсё-ж, спасылаючыся на папярэднія даныя, думаю, што пры зломах хрыбетніка процант сьмяротнасьці набліжаецца да 20, а пры цяжкіх пашкоджаньнях сьпінных мазгоў—да 40 проц.,—процант, які мала адстае ад процанту сьмяротнасьці пры пераломках чэрапу. *Оратор* (1930 г.) лічыць таксама процант сьмяротнасьці пры пашкоджаньнях сьпінных мазгоў роўным 20.

### Пашкоджаньні органаў жывата.

Пашкоджаньні органаў жывата, якія не зьяўляюцца ў лічбавых адносінах значнымі, даюць надзвычайна вялікую—адносна—сьмяротнасьць. Даўнейшыя статыстыкі да пэўнай ступені могуць быць прадстаўлены наступнымі данымі: *Шовэль* (1888) апублікаваў сабраны з 1880 г. 41 выпадак опэрацый пры агнястрэльных параненьнях жывата, з іх памерла—29, г. зн. 72 проц.

Але і сучасныя лічбы сьмяротнасьці пры пашкоджаньнях органаў жывата таксама даволі вялікія; вагаючыся каля 35-40 проц. яны набліжаюцца да лічбаў пры пашкоджаньнях чэрапу. І зараз лічбы ў 50 проц. зусім не зьяўляюцца такім рэдкімі (*Мільлер, Лёрыя*). *Оратор* (1930 г.) называе лічбу ў 30 проц. Цікава адзначыць, што ў *Лёрыя* на 76 хворых 65 чалавек опэраваліся ў першыя 2 гадзіны і ўсё-ж такі процант сьмяротнасьці быў—57,5.

Закрытыя пашкоджаньні даюць горшыя прогносты, мабыць, з прычыны больш цяжкай дыягностыкі і з прычыны гэтага больш позьняй опэрацыі.

Пагаршаюць прогност множныя параненьні некалькіх органаў, што стварае асабліва складаныя і няспрыяльныя ўмовы, а таксама параненьні грудной і брушнай поласьці адначасова. Пра множныя параненьні жывата я яшчэ ў 1909 г. апублікаваў работу, якая дае ўяўленьне аб цяжкасьці гэтых параненьняў. Каб пазнаёміць са сьмяротнасьцю пры пашкоджаньнях органаў жывата, я падаю некалькі статыстык:

*Янкоўскі*, 116 выпадкаў—55 проц., *Фінкельштэйн*—54 проц., *Магула*—40 проц., *Богараз*—36 проц. і *Гаген*—46 проц.

Адначасовае параненне жывата і грудзей, 4 выпадкі,  
памерла—4 чал.—100 проц.

Раны жывата, . . . . .	38	выпадкаў, памерла	12 чал.—31 проц.
Бондараў (1909) . . . . .	22	"	8 " —38 "
Залого . . . . .	18	"	9 " —50 "
Абухоўская больн. (1912 г.)	192	"	70 " —36 "

Мой матэрыял складаецца з 30 выпадкаў пашкоджання ўнутраных органаў жывата з 14 сьмярцамі, што дае 46 проц. (на 14 сьмярцей—8 ад пашкоджанняў кішак і 4—ад пашкоджанняў печані—агнастрэльныя).

Аднак, сумарныя лічбы яшчэ недастатковыя для поўнай ацэнкі сур'ёзнасьці пашкоджанняў жывата, і мы яшчэ зьвернемся да пашкоджанняў паасобных органаў.

Страўнік. Цэлы рад статыстык у сярэднім дае лічбу сьмяротнасьці—45 проц. Такі процант зьяўляецца больш значным, чым пры пэрфорцыі язвы страўніка, і гэта прымушае задумацца (вялікая кіслотнасьць соку? Падрыхтаванасьць брушныя? Спладарожныя параненьні?).

Асабісты мой матэрыял невялікі, таму і рабіць вывады з яго ня лічу магчымым. Назіралася два параненьні страўніка (агнастрэльныя): адзін хворы, які быў дастаўлены на 2-я суткі пасьля параненьня, загінуў ад пэрытоніту. Сьмерць тут зьяўляецца вынікам запушчанаьці выпадку.

#### К і ш о ч н і к

	Колькасьць выпадкаў	Колькасьць сьмярцей	Проц. сьмя- ротнасьці
<i>Джэбсон</i> (1919—1924 г. г.) . . . . .	10	7	70
<i>Магула</i> (1912 г.) . . . . .	45	21	46
<i>Пэтры</i> . . . . .	160	149	93
<i>Фішэр</i> . . . . .	—	—	20
<i>Богараз</i> . . . . .	—	—	50
<i>Фінкельштэйн</i> . . . . .	—	—	40
<i>Янкоўскі</i> . . . . .	—	—	36

У сярэднім гэтыя лічбы даюць 50 проц., крыху больш, як параненьні страўніка.

Я меў на 15 хворых—8 сьмярцей, г. зн. процант сьмяротнасьці роўны 50, вылічанаму мной вышэй сярэдняму процанту. На падставе сваёй практыкі, я хачу зазначыць, што пры

пашкоджаньні кішочніка раньні тэрмін апэрацыі, хоць і мае вялікае значэньне, але не зьяўляецца рашаючым момантам, як у радзе іншых пашкоджаньяў жывата. Сярод памершых маіх хворых было 4 выпадкі пашкоджанья тоўстай кішкі, 2 выпадкі—тонкай і тоўстай; 2 выпадкі—толькі тонкай; аднаго хворага прывезьлі вельмі позна і ён не апэраваўся.

Пашкоджаньні печані наогул даюць вялікі процант сьмяротнасьці. У 1912 г. *Магула* на 109 выпадкаў—44 проц. сьмяротнасьці. *Тэле* у тым-жа годзе—на 260 выпадкаў (зборная статыстыка)—61 проц.; у 1928 г. *Дзеравенка* на 19 уласных выпадкаў меў 57 проц. сьмяротнасьці; *Грэхем* (1927) на 11 выпадкаў—4 сьм.—36 проц. Такім чынам мы бачым, што процант застаецца вялікім. *Заблудоўскі* да 1907 г. налічыў 31 выпадак, з 42 проц. сьмяротнасьці; а *Эдлер* (1887 г.) меў сьмяротнасьць ў 86 проц. Таму мы можам гаварыць толькі пра адносны прогрэс за апошнія 40-50 год; мабыць, апошні абавязан толькі лепшай пастаноўцы экстрэннай хірургічнай дапамогі.

Аднак, ня ўсе параненьні печані даюць аднолькавы процант сьмяротнасьці. Найбольш цяжкія вынікі даюць закрытыя пашкоджаньні, агнястрэльныя параненьні і потым параненьні, аскладненыя пашкоджаньнем іншых органаў. Гэта добра відаць з наступных лічбаў:

Абухоўская больніца (1912 г. *Балярскі*):

падскурныя разрывы . . . . .	18	выпадкаў, сьмярцей	15—83,3 проц.
агнястрэльныя параненьні . . . . .	6	„ „	2—33,3 „
рэзаныя раны . . . . .	85	„ „	26—30,5 „
	109		43 44 проц.

*Тэле*: аскладненыя пашкоджаньні печані—59 выпад., сьмяротнасьць 62,5 проц.  
 агнястрэльныя параненьні 139 „ „ 38 „  
 аскладн. агнястрэльныя паранен. 110 „ „ 77 „

На маім матэрыяле поўнасьцю сьцьвярджаецца агульнае палажэньне пра пашкоджаньні печані. Я меў на 5 выпадкаў 4 сьмерці. Усе параненьні былі агнястрэльныя, аскладненыя і іншымі пашкоджаньямі—параненьнямі страўніка і г. д. Пры гэтым: аднаго хворага прывезьлі на 10-ты дзень—памёр ад пэрытоніту, у другога былі параненьні печані, лёгкіх, страўніка і ныркі—памёр ад сэпсісу (гнойнік лёгкага); 3-ці хворы памёр вельмі хутка ад цяжкага крывацячэньня; 4-ты хворы, прывезены праз суткі, памёр ад пэрытоніту (параненьне печані і страўніка).

Пашкоджаньні селязёнкі даюць адносна меншую сьмяротнасьць, як параненьні печані. Статыстыка параненьняў селязёнкі, якая адносіцца да таго-ж пэрыоду, што і вышэй зьмешчаная статыстыка параненьня печані (1907-1930 г. г.), дае такія лічбы:

Разрывы селязёнкі . . . . .	Разрывы печані
У сярэднім—33-37-39 проц сьм. . . . .	83 проц.
Рэзаныя раны—16-17. . . . .	30

ДОКУСФЕРА

Агнастрэльныя раны даюць аднолькавую сьмяротнасьць для абодвух органаў (ад 30 да 50 проц.).

Окіншевіч у 1925 г. дае статыстыку, якая па сутнасьці паўтарае старыя лічбы. Наогул лепшыя вынікі пры пашкоджаньнях селязёнкі тлумачацца, мабыць, тым, што селязёнку можна выдаліць і гэтым самым радыкальна ўнікнуць крывацэньня і г. д., чаго нельга зрабіць з печанню.

Цяжкімі зьяўляюцца пашкоджаньні падстраўнічнай залозы. Паводле даных *Гулеке*, *Сантаса* неопэраваныя вынікі вытненьняў падстраўнічнай залозы ўсе канчаюцца сьмерцю; з опэраваных-жа 38 чалавек—памерла—16, г. зн. 42 проц.

Параненьні нырак зьяўляюцца, як відаць, дзякуючы іх пазабрушнаму разьмяшчэньню, менш небясьпечнымі. Ужо ў даўнейшых статыстыках знаходзім такія лічбы, як 15-17-30 проц. сьмяротнасьці. Гэты самі процант сьмяротнасьці захоўвае сваё значэньне і зараз. Павінен заўважыць і на свой матэрыял: усе 5 хворых з пашкоджаньнем нырак, опэраваныя, засталіся жывымі (4 нэфрэктоміі, 1 шво раны ныркі).

Пашкоджаньні кутніцы бяз ускрыцьця брушыны даюць невялікі процант сьмяротнасьці; з ускрыцьцём брушыны—такі самы, як пашкоджаньні тоўстых кішак. У мяне было такіх хворых 2 чалавекі і адзін з іх памёр.

Разрывы мачавога пузыра даюць увогуле процант сьмяротнасьці наміж 20—30 (унутрыбрушыныя); пазабрушыныя даюць, зразумела, меншы процант. У мяне быў 1 выпадак ўнутрыбрушынага разрыву пузыра,—хворы пасля опэрацыі паправіўся.

Калі пры пашкоджаньнях чэрапу і хрыбетніка самую галоўную ролю адыгрывае момант несумяшчальнасьці існаваньня з паражэньнем важных жыцьцёвых цэнтраў, дык пры пашкоджаньнях жывата на першы плян высоўваюцца інфэкцыя і крывацэньне; змаганьне з імі зводзіцца да пытаньня аб найбольш рань-

нім умяшаньні, г. зн. аб організацыі хуткай хірургічнай дапамогі.  
Значэньне часу ў гэтым пытаньні добра ілюструе рад лічбаў.

Пашкоджаньні брушных органаў:

Опэраваныя да 4 гадзін. даюць	15,3 проц.	сьмяротнасьці
да 8 " " "	44,4 " "	" "
" 12 " " "	63,6 " "	" "
Пазьней " "	70 " "	" "

Печань—закрытыя пашкоджаньні—*Тэле*, 1912

Опэрацыя ў першыя 6 гадзін	39,5 проц.	сьмяротнасьці
" " другія 6 гадзін	50,5 " "	" "
" " трэція 6 " "	65 " "	" "
" " праз 24 " "	86 " "	" "

Параненьні печані—*Балярскі*.

Опэрацыя ў першыя 2-3 гадзін	—15 " "
праз 24 " "	—80 " "

Разрывы пазура пры опэрацыі:

у першыя 12 гадзін на 13 хворых памерла	. . . . . 5
пасля 12 гадзін " 21 хворых " "	. . . . . 15

Аднак трэба мець на ўвазе, што нават раньняе ўмяшаньне (гл. вышэй лічбы *Лёрыя*) дае вялікі процант сьмяротнасьці, і што пытаньне можа быць радыкальна разьвязана толькі ў роўніцы пасьпяховага змаганьня з перытонітам.

### Пашкоджаньні грудзей.

У звычайных больнічных умовах пашкоджаньні грудзей сярод іншых захворваньняў займаюць параўнаўча вялікае месца. Калі ня лічыць устаноў, куды зусім не пападаюць траўматычныя выпадкі (як напр., клініка *Дзьяканавы*), дык земскія больніцы мелі 50-58 проц. пашкоджаньняў грудзей (Елецкая, Тамбоўская), а Інстытут імя Скліфасоўскага нават 71 проц.

Сярод траўматычных пашкоджаньняў наогул, пашкоджаньні грудзей займаюць, як відаць, 3-4 месца, і здараюцца радзей толькі за пашкоджаньні канцавін і галавы. Пашкоджаньні гэтыя—вытненьні, параненьні і зломы рэбраў; значэньне іх залежыць ад пашкоджаньняў унутраных органаў—лёгкіх і (радзей) сэрца.

Большасьць пашкоджаньняў грудзей зьяўляюцца непранікальнымі, або калі і пранікальнымі, дык параўнаўча ня цяжкімі. Пашкоджаньні грудзей даюць наогул невялікі процант сьмяротнасьці, які вагаецца ад 0,5 проц. да 13 проц.; толькі ў Інстытуце імя Скліфасоўскага я сустраў 18 проц. і гэта, зразумела, таму, што там мы маем вялікі процант агнястрэльных параненьняў.



Я меў на 59 выпадкаў пашкоджаньняў грудзей наогул— 6 сьмярцей, г. зн. 11 проц., на 36 непранікальных параненьняў—ніводнай сьмерці, на 23 пранікальныя параненьні—6 сьмярцей, г. зн. 25 проц. *Оратор* (1930 г.) вылічыў процант сьмяротнасьці пры пашкоджаньнях лёгкага—у 18. Натуральна, што ў больніцу з пашкоджаньняў грудзей накіроўваюцца найбольш цяжкія выпадкі, і гэтым тлумачыцца тое, што на агульную колькасць пашкоджаньняў грудзей процант сьмяротнасьці чысьцічэвялікі (да 3 проц.), а процант сьмяротнасьці сярод больнічных выпадкаў—большы.

Грудная клетка	Лік выпадкаў	Операцый	Сьмярцей
зломы рэбраў . . . . .	13	—	—
„ ключыцы . . . . .	5	1	—
параненьні . . . . .	13	1	—
агнастрэльныя параненьні .	5	1	—
Грудныя органы			
вытнісьне лёгкіх са зломам рэбраў	1	—	1
агнастрэльныя параненьні . . .	9	1	3
колатыя раны . . . . .	13	3	2

Пра параненьні сэрца ня прыходзіцца гаварыць. Пасьля параўнаньня раду лічбаў, мы павінны аднесці лячэньне параненьня сэрца да значных заваёў сучаснай хірургіі.

*Іквітц* дае такія лічбы:

- 1) выпадкі параненьняў сэрца, не падлягаючыя операцыі з прычыны цяжкасьці сваёй—268—88 проц. сьмяротнасьці; 2) выпадкі больш лёгкія, але не операваныя—83 проц. сьмяротнасьці; 3) выпадкі операваныя—51 проц. сьмяротнасьці.

*Рэн* да 1911 г. лічыў сьмяротнасьць пры операцыях сэрца роўнай 60 проц., *Гессе* пасьля 1911 г.—53 проц. сьмяротнасьці. Найлепшае ўяўленьне пра посьпехі хірургіі ў гэтай галіне дае табліца *Джанелідзе*:

Гады	Абсалютны лік операцый	Проц. сьмяротнасьці
1896—1900 . . . . .	40	70
1901—1905 . . . . .	131	69,5
1906—1910 . . . . .	163	54,6
1911—1915 . . . . .	140	43,6
1916—1921 . . . . .	61	49,2

*Заўэрбрух* меў на 12 выпадкаў агнястрэльных параненьняў сэрца—6 сьмярцей—50 проц. *Клэзэ* налічвае на 32 апэрацыі 31,3 проц. сьмяротнасьці. Але разам з тым пры 24 выпадках, лечаных вычакальна, ён меў сьмяротнасьць у 37,5 проц.

Думаю, што агульную сьмяротнасьць пры параненьнях сэрца трэба лічыць да 80 проц., сьмяротнасьць-жа апэраваных выпадкаў трэба ацэньваць у 50 проц.

У мяне ў клініцы быў 1 выпадак параненьня сэрца, на які апэрацыі хворы паправіўся.

Мой процант сьмяротнасьці (25 проц.) пры параненьні грудных органаў (лёгкіх), як відаць, набліжаецца да процанту *Лаўрова*, вылічанага ім на падставе 257 выпадкаў—23 проц.; *Бушуеў* на 260 выпадкаў меў 17 проц. сьмяротнасьці. Пры гэтым трэба заўважыць, што найбольшы процант сьмяротнасьці даюць агнястрэльныя параненьні; так, паводле даных *Лаўрова*, параненьні халоднаю зброяю даюць 8 проц., а агнястрэльныя—37 проц. Мае назіраньні супадаюць з гэтым: пры агнястрэльных параненьнях на 9 выпадкаў у мяне было 3 сьмерці, г. зн. 33 проц., пры колата-рэзаных ранах—15 проц., *Гольдберг* меў пры агнястрэльных параненьнях—37 проц. сьмяротнасьці.

У маіх выпадках ад параненьняў памерла 5 чалавек без апэрацыі, іх сьмерць лавінна быць прыпісана цяжкасьці параненьня: 1 вытненьне грудзей са зломам рэбраў, 2 агнястрэльныя параненьні; 2 колатыя раны з параненьнем пэрыкарда, прычым у аднаго хворага было яшчэ параненьне страваходу і лёгкіх, 1 памёр таксама пры цяжкім параненьні лёгкага і пэрыкарду; ня глядзячы на тое, што была зроблена апэрацыя.

*Заўэрбрух* меў на 184 выпадкі параненьняў лёгкіх 31 сьмерць, што дае—17 проц. сьмяротнасьці, пры наяўнасьці ўсіх даступных у бягучы час тэхнічных сродкаў змаганьня з пнэўмотораксам і г. д.

Каді ўзяць пранікальныя раны лёгкіх у іншых статыстыках дык тут мы маем такія лічбы: у лёгкіх выпадках—0,6 проц.; у больш цяжкіх—ад 33 проц. да 54 проц.

Трэба зноў падкрэсьліць вялікую небясьпеку адначасовага параненьня грудзей і жывата ў іх гранічнай зоне, пры якім звычайна бывае параненьне дыафрагмы. У *Заўэрбруха* на 19 такіх хворых памерла 13 чалавек, г. зн. амаль 70 проц.

Шмат хто спрабаваў сьцьвярджаць, што можна дабіцца значнага зьмяншэньня процанту сьмяротнасьці пры параненьнях лёгкіх, шляхам тэрміновага апэрацыйнага ўмяшаньня.

Пытаньне пра актыўнае ўмяшаньне пры параненьнях лёгкага пакуль што ня можа быць разьвязана ў сэнсе абсалютных паказаньняў—опэраваць усіх, як мы гэта робім на жываце. Ва ўсякім разе, такога заключэньня нельга зрабіць на падставе зьмешчаных ніжэй лічбаў.

На самай справе *Грэкаў* дае гэтакія лічбы: на 204 пранікальных параненьняў—160 выпадкаў консэрватыўнага лячэньня далі 0,6 проц. сьмяротнасьці і 44—опэраваньня—54 проц. *Гарэ* пры консэрватыўным лячэньні вывеў процант сьмяротнасьці ў 38—40 проц., а *Стуккей* на 29 опэраваных выпадкаў меў 33,3 проц. сьмяротнасьці. *Бушуеў* на 260 выпадкаў зазначае 17 проц. сьмяротнасьці пры консэрватыўным лячэньні і 30 проц.—пры актыўным умяшаньні.

Зразумела, гэтыя лічбы патрабуюць паправак: опэрацыя робіцца ў цяжкіх выпадках, ня робіцца ў лёгкіх. Ужо гэта акалічнасьць, правільна ўлічаная, значна зьмяняе малюнак. Наяўнасьць спосабаў пнэўмопрэсіі таксама ўводзіць значны фактар у справу опэрацыйнага лячэньня і таму трэба трымацца таго погляду, што рад цяжкіх пашкоджаньняў лёгкага падлягае пры пэўных паказаньнях опэрацыйнаму лячэньню.

Трэба зазначыць на яшчэ адно пашкоджаньне, якое дае вялікую сьмяротнасьць: вытненьні лёгкіх пры цяжкіх контузіях і сьцісках грудзей. Процант сьмяротнасьці пры іх набліжаецца да 40—50 проц.

### Пашкоджаньні канцавін.

Траўмы канцавін даюць параўнаўча невялікі процант сьмяротнасьці. Пры гэтым верхнія канцавіны даюць значна меншы процант, як ніжнія.

Госьпіталь <i>Георга</i> . 1872 г.	312	ніжн. канцав.	13	сьмярцей	— 4	проц.
<i>Джыбсон</i> . . . . . 1924 г.	343	канцав.	5	„	— 2	„
<i>Дзеравенка</i> . . . . . 1928 г.	392	„	5	„	— 0,5	„
Мой матэрыял . . . . . 1924-1928 гг.	413	„	5	„	— 1,2	„

Для характарыстыкі свайго матэрыялу пакажу на галоўныя лічбы: 217 зломаў, 48 агнястрэльных параненьняў, 79 параненьняў мяккіх частак, 41 вытненьняў і дысторсій, 17 зьвіхаў. Усе 5 выпадкаў сьмерці адносяцца да пашкоджаньняў ніжніх канцавін.

Прычыны сьмерці ў гэтых выпадках—шок, рэзкае малакроўе ў выніку быўшага крывацязьненьня, інфэкцыя, гангрэна.

У маіх 5 выпадкаў былі:

1) гангрэна пасья злomu бядрыцы;

2) рэзкае малакроўе пасья агнястрэльнага паранення сьцягна;

3) злом галёнкі з раздрабненьнем у старога 60 г.;

4) злом шыйкі бядрыцы ў старога 61 г.

5) параненьне абедзвюх галёнак, ампутацыя абодвух сьцёгнаў.

### Вытненьні і параненьні.

ДОКУСФЕРА

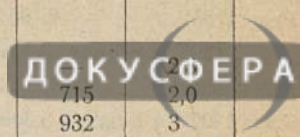
Усякія параненьні даюць ваганьне сьмяротнасьці паміж 2 проц. і 3 проц.; вытненьні даюць меншую лічбу (1,3 проц.), за выключэньнем больш цяжкіх контузіяў, дзе лічба павялічваецца зноў да 2-3 проц. Агнястрэльныя параненьні мірнага часу даюць да 10 проц. сьмяротнасьці (чэрап, грудзі, живот!).

Найбольш цяжкія вытненьні мяккіх частак, звычайна множныя—даюць вялікі процант—28 проц. (Інстытут Скліфасоўскага), 33 проц. (Джыбсон).

Для ілюстрацыі, змяшчаю наступныя лічбы:

	Гады	Лік выпадкаў	Сьмярцей	Проц. сьмяротн.
<b>Вытненьні наогул:</b>				
Расія . . . . .	1892	22.858	308	1,1
„ . . . . .	1902	34.662	574	1,6
„ . . . . .	1912	64.601	881	1,3
<b>Лёгкая вытненьні:</b>				
Расія . . . . .	1892	436372	431	0,1
<b>Цяжкія вытненьні:</b>				
Германія . . . . .	1923	37.195	1272	3
„ . . . . .	1924	44.699	1221	2,7
„ . . . . .	1925	56.876	1313	2,3
„ . . . . .	1926	56.034	1222	2,2
<b>Вельмі цяжкія вытненьні (больнічныя выпадкі)</b>				
Інстытут Скліфасоўскага . .	1925	67	19	29
Джыбсон . . . . .	—	21	7	33
Заўсайлаў . . . . .	1903	Вытненьні на чыгуны		13
<b>Параненьні</b>				
<b>Лёгкая раны</b>				
Расія . . . . .	1892	44.9721	531	0,1

	Гады	Лік выпадкаў	сьмярцей	Прог. сьмяротн.
<b>Агнястрэльныя раны:</b>				
Расія . . . . .	1902	5.435	374	7
„ . . . . .	1912	11.637	1.129	10
<b>Іншыя параненьні:</b>				
Расія . . . . .	1881	—	—	2
„ . . . . .	1892	43.957	715	2,0
„ (халодн. паранен.) . . . . .	1902	32.442	932	3
„ (інш. параненьні) . . . . .	1902	24.082	480	2
„ (халодн. паранен.) . . . . .	1912	57.876	1.748	3
„ (інш. паранен.) . . . . .	1912	54.867	1.059	2
Германія . . . . .	1923	45.513	1.773	4
„ . . . . .	1924	45.684	1.390	3
„ . . . . .	1925	50.783	1.391	2,7
„ . . . . .	1926	52.433	1.429	2,7



### З л о м ы .

Зломы даюць ад 3 да 3,4 проц. сьмяротнасьці, прычым неаскладненыя даюць 1,1 проц., а аскладненыя—9 проц., 12 проц. (інфэкцыя!). У Германіі сьмяротнасьць для верхняй канцавіны—ад 1 да 1,4 проц.; для ніжняй канцавіны—ад 2,1 проц. да 2,8 проц.

Зломы лагва (Германія 1923-1926 г.г.) даюць вялікую сьмяротнасьць—8,4—11 проц.

З усіх зломаў даюць найбольшую сьмяротнасьць зломы лагва і бядрыцы. *Дэйбнэр* (1927 г.) на 107 зломаў бядрыцы меў 5,6 проц. сьмяротнасьці, на 25 аскладненых зломаў бядрыцы—20 проц. *Джыбсон* зазначае 41 выпадак сьмерці пры зломах—гэта былі зломы чэрапу, рэбраў, лагва і бядрыцы.

#### *Зломы*

Расія . . . . .	1881 г.	14.426 вып.	731 сьмерць	5,9 проц. сьмяротн.
„ . . . . .	1892 г.	76.505	773	1 „ „
„ у больніцах . . . . .		16.578	589	3 „ „
„ . . . . .	1902 г. усяго	29.709	991	3,4 „ „
простыя . . . . .		22.642	319	1,1 „ „
аскладненыя . . . . .		7.067	672	9 „ „
расія 1912 г. усяго . . . . .		55.783	1.864	3,3 „ „
простыя . . . . .		44.308	507	1,1 „ „
аскладненыя . . . . .		11.475	1.357	12 „ „
Германія 1923-1926 г.г. . . . .				
Зломы верхн. канцавін . . . . .		83.824	1.063	1,2 „ „
Зломы ніжн. канцавін . . . . .		152.808	3.580	2,3 „ „
Зломы лагва . . . . .		7.943	729	9,2 „ „

Сьмяротнасьць ад зьвіхаў невялікая і бывае пераважна пры зьвіхах хрыбетніка або цяжкіх агульных параненьнях. Наогул гэтая лічба вагаецца (Расія і Германія) ад 0,04 проц. да 0,5 проц.

Расія 1881 г.	6.495	выпадакў—32	сьмерці—0,5	проц. сьмяротнасьці
" 1892 г. у 6-цах	3.434	" 19	" 0,5	"
Расія ўсяго	36.713	" 34	" 0,08	"
Расія 1902 г. у 6-цах	5.399	" 20	" 0,4	"
Расія 1912 г. у 6-цах	8.731	" 32	" 0,4	"
Германія 1923-1926 г. г.				
зьвікі верхн. канцавін	19.928	" 26	" 0,13	"
Зьвікі ніжн. канцавін	17.944	" 45	" 0,25	"



Цікава падкрэсьліць тут акалічнасьць, датычную зломаў і зьвіхаў верхніх і ніжніх канцавін: і там і тут стасунак у проц сьмяротнасьці роўны 1:2 (1,2-2,3 проц. для зломаў; 0,13-0,25 для зьвіхаў)—закон значэньня паражальнай масы, які я закрану ніжэй, у разьдзеле аб запаленьнях.

### Апёкі і адмарожваньні.

Апёкі, з ліку тых, якія леаца ў больніцы, даюць сьмяротнасьць ад 4,87 проц. да 7-9 проц.; агульны-ж процант роўны 0,7. У Германіі—таксама ад 8,8 проц. да 10 проц.

У мяне было на 30 выпадкаў 2 сьмерці, г. зн. процант сьмяротнасьці—7.

### Апёкі

Расія ў 1881 г. мела	14.208	выпадакў—659	сьмярцей—4,8	проц. сьмяротн.
" у 1892 г. у 6-цах	8.150	" 621	" 7,0	"
Усяго	153.230	" 1.221	" 0,7	"
Расія 1902 г. у 6-цах	12.295	" 1 101	" 9,0	"
Расія ў 1912 г. у 6-цах	21.530	" 1.766	" 8	"
Германія				
1923 г.	7.241	" 737	" 10	"
1924 г.	7.986	" 781	" 8,8	"
1925 г.	9.835	" 895	" 9	"
1926 г.	8.986	" 848	" 9	"

Адмарожваньні даюць у Расіі—3 проц., у Германіі—каля 2 проц. сьмяротнасьці.

Расія 1881 г.	6.155	вып.	194	сьмерць	3	проц. сьмяротн.
" 1892 г. (у б-цах)	4.777	"	155	"	3	" "
Усяго	35.975	"	272	"	0,7	" "
1902 (у больн.)	4.382	"	146	"	3	" "
1912 (у больн.)	8.099	"	238	"	3	" "
Германія						
1923 г.	1.159	"	30	"	2,5	" "
1924 г.	2.135	"	44	"	2	" "
1925 г.	1.512	"	29	"	1,9	" "
1926 г.	1.019	"	25	"	2,5	" "

Такія найбольш важныя даныя пра сьмяротнасьць ад самых цяжкіх і небясьпечных пашкоджаньняў. Каротка ўспамяну пра пашкоджаньні іншых вобласьцей.

Пашкоджаньні твару, як відаць, не даюць хоць колькі-небудзь значнай сьмяротнасьці. Напр., у справаздачы *Джыбсона*, на 75 выпадкаў ня было сьмярцей, у мяне таксама ня было сьмярцей на 27 выпадкаў (з іх 9 зломаў касьцей, 6 агнястрэльных параненьняў, 8 іншых параненьняў, 4 апёкі).

Пашкоджаньні шыі па маім матэрыяле таксама сьмяротных выпадкаў ня далі (4 параненьні халодныя, з іх—2 перарэзкі гарляка; 2—агнястрэльныя; 1 вытненьне).

Аднак, пашкоджаньні шыі далёка не такія бязьвінныя, як гэта добра дэманструюць лічбы некаторых больніц.

Госьпіталь <i>Георга</i>	4	выпадкі паран.	1	сьмерць
Инст. Скліфасоўск.	24	"	6	"
Тамбоўская больніца 1886 г.	17	"	3	"

Пры пашкоджаньнях мачапалавых органаў на маім матэрыяле таксама ня было выпадкаў сьмерці. Калі не гаварыць пра разрывы мачавога пузыра і ныркі, аб чым я ўжо гаварыў вышэй, я назіраў 3 выпадкі разрыву ўрэтры, 3 пашкоджаньні машонкі: усе хворыя паправіліся. Такія-ж даныя сустракаем у большасьці справаздач іншых устаноў, хоць сьмерць ад аскладненьняў не выключаецца.

### Заклучэньне.

Калі мы падагулім тыя даныя, якія адносяцца да сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў, дык перш за ўсё трэба зазначыць што сярэдняя лічба гэтай сьмяротнасьці будзе—6-7 проц. З гэтага відаць, што процант сьмяротнасьці пры траўмах вышэй ся-

рэдняя працанту сьмяротнасьці хірургічных хворых. Гэта самае ясна і з іншых маіх лічбаў. У той час, як пашкоджаньні складалі 18 проц. усіх захворваньняў—сьмерці ад пашкоджаньняў складалі 25 проц. усіх сьмярцей. Усё, гэта, бязумоўна, сьведчыць аб тым, якую значную ролю адыгрываюць пашкоджаньні ў хірургічнай сьмяротнасьці.

Гутарка тут ідзе выключна аб пашкоджаньнях мірнага часу, бо пашкоджаньні ваенныя ня могуць быць уключаны сюды з прычыны зусім асобнага характару акалічнасьцяў ДОКУМЕНТАРНА ждаючых: зьнясіленасьць арганізму, цяжкасьць інфэкцыі, сваяасаблівасьць падачы першай дапамогі і г. д. Аднак, калі выключыць гэтыя пабочныя моманты, дык мы заўважаем значную блізкасьць лічбаў сьмяротнасьці ваеннага і мірнага часу. Для аскладненых зломаў процант сьмяротнасьці прыблізна роўны 10 проц.; Цокер (1928 г.) вылічыў процант сьмяротнасьці для агнястрэльных зломаў (ваеннага часу), на падставе 25.272 выпадкаў, роўным 11 проц. Гэта падабенства, якое сьведчыць аб тым, што законы траўматычнай сьмяротнасьці аднолькавыя, ці маем мы справу з траўматычнай эпідэміяй ці з траўматычнай эндэміяй (пашкоджаньні мірнага часу), надзвычай цікава.

Пра ваенныя пашкоджаньні, з прычыны іх асаблівасьцяў, я далей гаварыць ня буду.

Пры ацэнцы ролі паасобных відаў пашкоджаньняў, мы, маючы на ўвазе зьмешчаную ніжэй табліцу, адзначаем прэвалюваньне рознага роду ран, потым апёкаў і, нарэшце, аскладненых зломаў. Іншыя-ж віды пашкоджаньняў маюць адносна меншае значэньне.

Расія (1912 г.).	На 9.207 сьмярцей ад пашкоджаньняў прыпадала на:		
апёкі . . . . .	1.766	”	19,5 проц.
параненьні халодныя . . . .	1.748	”	19,5 ”
аскладненьня зломы . . . .	1.357	”	15,5 ”
параненьні агнястрэльныя .	1.129	”	12 ”
параненьні іншыя . . . . .	1.059	”	11,5 ”
вытненьні . . . . .	881	”	9,0 ”
зломы звычайныя . . . . .	507	”	5,6 ”
іншыя траўмы . . . . .	490	”	5,0 ”
адмарожваньні . . . . .	238	”	2,0 ”
зьвіхі . . . . .	32	”	0,4 ”

У ніжэй зьмешчанай табліцы падаюцца вынікі вывучэньня сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў паасобных органаў (на падставе ўласнага і літаратурнага матэрыялу). Каротка рэзюмуючы



гэтыя табліцы, мы можам сказаць, што першае месца займаюць параненыя жывата, а другое—зломы чэрапу, хрыбетніка і пранікальныя раны грудзей, якія стаяць прыблізна на аднолькавым месцы.

Пранікальныя параненыя жывата—ад 30 да 50 проц. сьмяротн.		
Зломы чэрапу . . . . .	25	” ”
Пранікальныя параненыя грудзей—ад 18 да 25	”	”
Зломы хрыбетніка . . . . . да 20	”	”
Апёкі . . . . .	7	”
Пашкодзаныя грудзей наогул . . . . .	3	”
Раны розныя, вытненыя—каля . . . . .	3	”

ДОКУСФЕРА

Якія ёсць сродкі для папераджэньня гэтай сьмяротнасьці? Зразумела, перш за ўсё—профіляктыка, г. зн. папераджэньне самых траўм—цяжкіх, як цягнучых за сабою сьмерць, і больш лёгкіх, якія могуць зьявіцца прычынай узьнікненьня інфэкцыі. Пра апошнія зараз гаварыць ня буду, бо залічаю іх у разьдзел запальных захворваньняў.

У сэнсе профіляктыкі траўм цікавы даныя, датычныя прычын, што выклікаюць сьмяротныя траўмы. Таму я зьмяшчаю табліцу з германскай статыстыкі 1926 г. і 1 табліцу амерыканскую.

*Германія 1926 г.*

Сьмяротн. пашкодзаныя выкліканы:	Мужчын	Жанчын
Нашчаснымі выпадкамі . . . . .	18,2	29,8
Пераездам . . . . .	20,0	17,0
Аўтамабілем . . . . .	11,7	11,1
Паданьнем пры рабоце . . . . .	7,5	1,0
Апёкамі . . . . .	4,4	9,4
Пакалечаньнямі на чыгунцы . . . . .	5,3	1,9
Машынамі . . . . .	2,7	1,1
Электрычным токам . . . . .	2,3	0,4
Трамваем . . . . .	1,4	2,0
Агнастрэльнымі параненьнямі . . . . .	1,8	1,3
Параненьнямі халоднай зброяй . . . . .	0,5	0,4

У штаце Канзас за апошнія 14 год на 8.922 сьмерці пры выпадковых траўмах, памерла ад: выпадковых паданьняў 2.542, аўтамабіляў 2.118, на чыгунцы 1.879, апёкаў 1.169, утапленьня 1.214, машын 414.

У асноўным, трэба назваць няшчасныя выпадкі, цяжкую прамысловасьць, пераезды і бойку.

Няшчасныя выпадкі, якія не стаяць у сувязі з профэсіяй, бываюць даволі часта. Як відаць з паданых лічбаў і матэрыялаў

нашых больніц, яны так часта бываюць, што займаюць першае ці другое месца па частасьці.

Яны стаяць на першым месцы таксама і ў падрабязнай статыстыцы штату Канзас—2,542 выпадкі з агульнага ліку—8,922 сьмерці ад траўмы. У вышэйпаданай германскай статыстыцы такія няшчасныя выпадкі таксама займаюць вялікае месца (18,2 проц. у мужчын і 29,8 проц. у жанчын). Колькасьць гэтых няшчасных выпадкаў будзе, зразумела, з цягам часу зьмяншацца, у сувязі з павялічэньнем культурнасьці жыцьця.

Трэба звярнуць увагу на зазначаны шмат кім факт, што ад няшчасных выпадкаў вельмі часта паміраюць старыя людзі. Гэта акалічнасьць (58 проц. прыпадае, згодна статыстычных даных штату Канзас, на старых 70-89 г.) сьведчыць аб двух момантах: аб малой устойлівасьці арганізму ў старыя гады і аб большай магчымасьці для такога арганізму падпасьці няшчаснаму выпадку. Апошняя абумоўліваецца стратай арганізмам здольнасьці хутка аўладаць у адпаведны ракавы момант усімі мускульнымі і іншымі прыстасаваньнямі для ўнікненьня гэтай няшчаснай выпадковасьці.

Цяжкая індустрыя дае значную лічбу. Яе ролю лёгка заўважыць, калі параўнаць сьмяротнасьць на тэкстыльных фабрыках і на мэталюргічных заводах. На тэкстыльных прадпрыемствах на 1.000 рабочых сьмерць ад траўмы (*Гарынеўская* НКТ РСФСР) у 1926 г. была роўнай 0,02, а на мэталюргічных—0,15.

З усёй колькасьці шматлікіх даных я зьмяшчу вельмі пераказнальныя лічбы, датычныя чыгуначнікаў СССР за 1925 г.

Траўмы разьмяшчаліся на катэгорыях наступным чынам:

Чыгуначныя майстэрні . . . . .	30,48 проц.
Паравозны персонал . . . . .	13,96 „
Служба сувязі . . . . .	3,15 „
Мэд. персонал . . . . .	3,09 „
Станцыённы персонал . . . . .	2,28 „
Вышэйшы адміністрац. састаў . . . . .	1,18 „

Мы назіраем далей зьмяншэньне сьмяротнасьці ад прамысловых траўм у сувязі з мерапрыемствамі па ахове працы. Калі браць за падставу статыстыку *Гарынеўскай*, дык выходзіць, што лічбы сьмяротнасьці ад прамысловых траўм за 1912 г. у 2-3 разы большыя, чым лічбы 1926 г. Сучасная прамысловасьць, якая імкнецца да максымальнай мэханізацыі прамысловых процэсаў, з уласьцівай апошняй дакладнасьцю і яснасьцю работы, павінна даць зьмяншэньне ліку цяжкіх траўм.

Трэба думаць, што лік афяр цяжкай індустрыі будзе ў больш аддаленай будучыні большым у прамысловасьці здабываючай, чым у прамысловасьці апрацоўчай. Папераджальныя мерапрыемствы, зразумела, зьменьшаць гэту сьмяротнасьць, ня гледзячы на рост прамысловасьці, і звязанае з ім хуткае уцягненьне ўсё новых і новых кадраў рабочых. Уздым прамысловага траўматызму перажывалі ўсе капіталістычныя краіны ў пэрыод прамысловага росквіту. Наша перавага заключаецца ў тым, што, падрыхтоўваючы плянава кадры рабочых праз ФЗШ і г. д., мы аўладаюваем гэтым патокам новых рабочых і ўносім ў яго плянамернасьць. Таму мы можам разьлічваць на зьмяншэньне цяжкіх траўм у прамысловасьці.

Яшчэ трэба адзначыць разьвіцьцё земляробчай прамысловасьці што таксама прыводзіць да павялічэньня траўм. Гэты від пашкоджаньняў заслугоўвае цяпер вялікай увагі, а ў будучыні, у сувязі з разьвіцьцём мэханізацыі земляробства набудзе, бязумоўна, вялікае значэньне, паколькі з гэтымі машынамі звязана праца абслугоўваючага іх пэрсоналу. Значэньне земляробчых параненьняў заключаецца, галоўным чынам, у асаблівасьці іх інфэкцыі, сярод якой інфэкцыя анаэробная і сьлупняк—адыгрываюць вельмі значную ролю. Таксама сваяасаблівымі зьяўляюцца пашкоджаньні жывёламі—капытамі каня, рагамі каровы; гэтыя пашкоджаньні павінны быць залічаны ў групу пашкоджаньняў земляробчай прамысловасьці.

Вельмі значную ролю адыгрываюць цяпер—і яшчэ большую будуць адыгрываць у будучыні—пашкоджаньні ад сродкаў перамяшчэньня. Нас, як і іншыя краіны, чакае хваля траўматычных пашкоджаньняў, звязаных з аўтамабільнаю справай і наогул з далейшым разьвіцьцём мэханічных сродкаў перамяшчэньня. Пра гэта я ня буду многа гаварыць, а падам толькі некаторыя лічбы. З 1919 г. да 1926 г. у Амэрыцы загінула ад аўтамабільных пашкоджаньняў 137.017 чалавек (а за Эўропэйскую вайну загінула 120.050 амэрыканцаў).

#### *Штат Канзас*

Сьмерць ад аўтамабіляў у абсолютных лічбах:

1914 г. . . . .	36	1921 г. . . . .	154
1915 г. . . . .	45	1922 г. . . . .	171
1916 г. . . . .	100	1923 г. . . . .	213
1917 г. . . . .	112	1924 г. . . . .	149
1918 г. . . . .	134	1925 г. . . . .	235
1919 г. . . . .	116	1926 г. . . . .	237
1920 г. . . . .	164	1927 г. . . . .	253

У Ленінградзе было сьмярцей:	Ад аўто-мобіляў	Ад трам-ваяў
1927 г. . . . .	40	191
1928 г. . . . .	53	178
1929 г. . . . .	68	202

Заслугоўваюць увагі некаторыя дэталі, датычныя пашкоджаньняў на чыгунцы. *Заўсайлаў* (1903 г.) вызначае процант сьмяротнасьці пры траўмах ад няшчасьцяў на чыгунцы, як мы бачым, сьмяротнасьць значна большая, чым пры шмат якіх іншых траўмах. *Брайцаў*, на падставе чыгуначнага матэрыялу—530 сур'ёзных пашкоджаньняў (1918—1921 г. г.),—устанаўлівае сярэдні процант сьмяротнасьці ад 7 да 10 проц. Пры гэтым ён паведамляе пра наступныя цікавыя падрабязнасьці:

З пасажыраў пры крушэньні пацяргала . . .	67 ч.,	памерла 5—7,4 проц.
” атрымала пашкоджаньні бяз крушэньняў . . . . .	166 ”	” 15—10 ”
З чыгуначнікаў атрымала пашкоджаньні . . .	233 ”	” 21—9 ”

Характэрна, што, на яго думку, большая частка чыгуначных траўм бывае ад неасьцярожнасьці і няўважлівасьці пасажыраў, а не ад такіх няшчасьцяў, як крушэньне і да т. п.

Тагім чынам, ёсьць падстава дапушчаць, што ў сувязі з па-лепшаньнем раду ўмоў на транспорце, зьменшыцца і гэты від сьмяротнасьці.

Заслугоўвае некаторай увагі сьмяротнасьць у залежнасьці ад спортыўнага траўматызму. За 1925 г. на 5.783 выпадкі спортыўных траўм было 20 сьмярцей (*Калістаў*, 1928 г.).

Немалое значэньне—і іменна ў атрыманьні цяжкіх пашкоджаньняў, якія цягнуць за сабою сьмерць—мае бойка; таксама значнымі зьяўляюцца пашкоджаньні, якія наносяцца ў часе сваркі і г. д.; як першыя, так і другія пашкоджаньні выклікаюцца агнястрэльнаю ці халоднаю зброяй і накіроўваюцца на галаву, грудзі і живот. У нашым сельскім быце гэты від траўмы зьяўляецца галоўным. Праўда, пры параўнаўчай прымітыўнасьці сельскага ўжытку, такія траўмы часта ня цягнуць за сабою асабліва цяжкіх вынікаў і ў гэтых адносінах больш удасканаленыя прылады—пераважна агнястрэльная зброя—даюць значна горшыя вынікі. Дзьве зьмешчаныя табліцы даюць уяўленьне пра траўматызацыю ў старым сельскім быце, водгукі якога ня зьніклі яшчэ і цяпер.

Елецкая земская больница 1901—1905 г. г.

Бойка.	Няшчасн.выпад.	Жывёла.	Земляробч.траўмы.	Іншыя.	Усяго
251	58	61	—	7	377 галава
11	5	2	1	1	20 шыя
63	61	15	3	1	145 грудзі
6	6	7	—	—	25 жывот
63	271	67	51	51	503 канцавіны
—	9	1	—	—	10 пал. орг.
410	429	155	55	67	

ДОКУСФЕРА

Базарна-Карабул. больница Саратаўскай губ. 1895—1901 г. г.

Бойкі і пабоі . . . . .	337
Няшчасныя выпадкі . . . . .	291
Конь . . . . .	228
Паданьне цяжкіх прадметаў . . . . .	56
Каласы . . . . .	50
Сякера . . . . .	100
Нож . . . . .	36 і г. д.

З гэтых лічбаў добра відаць, якое значэнне маюць у эты-  
олёгіі сельскіх траўм бойка і затым жывёлы.

Падсумоўваючы ўсе матэрыялы аб генэзе траўм, можна ска-  
заць, што па меры разьвіцьця нашага соцыялістычнага будаў-  
ніцтва, цэлы рад прычын для цяжкіх траўм павінен будзе па-  
ступова зьнікнуць і, адпаведна гэтаму, профіляктыка сьмярот-  
насьці ад пашкоджаньняў цалкам супадае з тымі грандыёзнымі  
мерапрыемствамі, якія ажыцьцяўляюцца ў нашым соцыяльным  
ладзе.

Разьвіваючы нашы профіляктычныя мерапрыемствы, мы ў той  
самы час павінны адшукаць спосабы беспасрэднага змаганьня з  
самою сьмяротнасьцю, г. зн. лячэньня гэтых цяжкіх траўм.

Пры разглядзе галоўных прычын, якія выклікаюць сьмярот-  
насьць пры траўмах, мы павінны зьвярнуць увагу на наступныя  
моманты: 1) зруйнаваньне неабходных для жыцьця органаў;  
2) шок; 3) крывацязьненне; 4) інфэкцыю.

У адносінах да першага пункту хірургія пакуль што нічога  
ня можа зрабіць. Значнае зруйнаваньне цэнтральнай нэрвовай  
сыстэмы, пашкоджаньне сэрца, зьяўленьне вялікага пнэўмото-  
ракса і г. д.—спыняюць жыцьцё. Асаблівасьць таго патолёгія-  
нага працэсу, які мы называем траўмаю, заключаецца ў яго „не-  
абарачальнасьці“. Пры гэтых умовах мэдычная дапамога зьяў-  
ляецца бяссьільнай. Найлепшай ілюстрацыяй будзе той факт,  
што шмат хворых памірае без таго, каб была зроблена спроба

лячыць іх операцыйным спосабам. На маім матэрыяле 44 проц. хворых былі ў такім цяжкім стане, што іх ня можна было операваць. Шмат іншых матэрыялаў цалкам гэта сцвярджаюць.

Другі момант, які зьяўляецца прычынай траўматычнай сьмерці, гэта—шок: множныя вытненьні, вытненьні вялікіх паверхняй, множныя зломы—прыводзяць да шоку, які цягне за сабой сьмерць, хоць-бы і ня было пашкодваньняў важнейшага для жыцця органу. Лік такіх сьмярцей, праўда, ня надта значны, але адносна вага шоку абмалёўваецца ва ўсёй паўнаце, калі ўзьні пад увагу, што ў якасьці лячэньня мы ўжываем операцыйнае ўмяшаньне, якое, само па сабе, зьяўляецца пашкоджаньнем і, напластоўваючы пашкоджаньне на пашкоджаньне, атрымліваем павялічэньне шоку, а ў выніку—сьмерць. З прычыны гэтага, нярэдка можна сустрэць погляд, што з операцыяй трэба пачакаць да таго часу, пакуль траўматык выйдзе са стану шоку. У супярэчнасьці з гэтым стаіць патрабаваньне магчыма больш раньняга ўмяшаньня. Проблема лячэньня шоку,—пасляховага змаганьня з ім,—зьяўляецца адной з найбольш значных праблем у хірургіі пашкодваньняў. Розныя тэорыі і, у прыватнасьці, тэорыі выкліканьня апошняй вайной, якая дала вялізарны матэрыял для вывучэньня шоку, не далі яшчэ практычных вынікаў, і траўматычны шок да гэтага часу яшчэ не пераможаны.

Калі ў адносінах да двух найважнейшых фактараў сьмяротнасьці хірургія пакуль што бяссьільна, дык іншае трэба сказаць адносна крывячэньня і інфэкцыі. Змаганьне з апошнім упіраецца ў пытаньне магчыма больш раньняй хірургічнай дапамогі. У гэтых адносінах за апошнія часы ўстанавілася пэўнае палажэньне актыўнага лячэньня траўм і, асабліва, траўм поласьцяй і адкрытых траўм. Гэты актыўны кірунак з пэўнымі абмежаваньнямі трэба лічыць правільным шляхам, які ў далейшым належыць разьвіваць і ўдасканальваць. Прынцып спрашчэньня раны адразу стварае для будучай інфэкцыі найменш спрыяльныя ўмовы.

Такім зьяўляецца пункт гледжаньня сучаснай хірургіі, і справа толькі ў рэалізацыі гэтага палажэньня. На вялікі жаль, соцыяльны момант адстае ад клінічнага. Калі ў вялікіх гарадох існуе хуткая дапамога, дык нават у іх няма правільна арганізаванай спецыяльнай хірургічнай экстрэннай дапамогі. Толькі ў некаторых пунктах нашага Саюзу ёсьць спецыяльныя больніцы і інстытуты, дзе бесьперапынна дзяжураць хірургі і іншы пэрсонал, неабходны для безадкладнага ўтварэньня якой-небудзь операцыі;

ва ўсіх жа астатніх гарадох і паселішчах, так званая экстрэнная апэрацыйная дапамога кожны раз арганізуецца нанова, што ўрэшце няўнікальна цягне за сабой страту вельмі каштоўнага часу. Што-ж казаць пра дапамогу пазагарадскую?

Калі лічыць у сярэднім прамежак часу да 4-х гадзін, як адзіна дапушчальны ў сэнсе папярэджэння інфекцыі, дык можна сьцьвярджаць, што вялізарная большасць нашых траўматыкаў атрымліваюць неабходную дапамогу значна пазьней, калі эфектыўнасць гэтай дапамогі надзвычайна зьмяншаецца. Вывады сацыяльнага парадку з гэтага палажэння зразумелыя і не патрабуюць далейшага разьвіцця. Пункты першай дапамогі на прадпрыемствах, набліжэнне хірургічнай дапамогі да насельніцтва—вось у чым зарука таго, што інфекцыя траўматычнага паходжаньня будзе спынена. Але гэтыя мерапрыемствы зьяўляюцца толькі пачаткам тэй вялізарнай работы, якую яшчэ трэба зрабіць у сэнсе набліжэння да насельніцтва хірургічнай дапамогі і разьвіцця сродкаў зносін, дазваляючых перамагаць адлегласці.

### 3. Запаленьні.

#### Агульная частка.

Выявіць сумарныя лічбы, якія ахаплялі-б запальныя процэсы і сьмяротнасць пры іх, значна цяжэй, чым у адносінах да траўматычных захворваньняў, бо даных адносна першых амаль няма ў літаратуры. Запаленьні падзяляюцца на захворваньні паасобных органаў і амаль няма ніводнае справаздачы, дзе-б гаварылася пра іх наогул. Таму мне даводзіцца базавацца галоўным чынам на ўласным матэрыяле.

Агульная колькасць запальных захворваньняў у мяне была 2.153, што на 6.107 выпадкаў складае 35 проц. У справаздачах *Більрота* на 9.500 выпадкаў было 3.061 выпадак запаленьня, г. зн. 32 проц. Магу паказаць яшчэ на такія даныя аб процантных адносінах запаленьняў да агульнай колькасці захворваньняў: Тамбоўская больніца—на 3.717 хворых—35 проц.; Абухаўская больніца—на 8.199 хворых—29,8 проц.; Елецкая больніца—на 2.480 хворых—24 проц.; *Дзьяканаў*—на 684 хворых—27 проц. Гэта дазваляе мне зрабіць вывад, што запаленьні складаюць каля  $\frac{1}{3}$  часткі ўсіх больнічных хірургічных захворваньняў.

Некаторае ўяўленьне пра параўнальную колькасць паасобных запальных захворваньняў дае ніжэйзьмешчаная табліца.

Германія	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Запаленыя скуры . . . . .	79.118	86.101	90.416	91.907
Пэрытоніты . . . . .	12.436	12.863	15.842	15.502
Апэндыцыты . . . . .	87.842	110.025	147.334	156.614
Пляўрыты . . . . .	18.616	18.276	19.949	19.737

Далей я змяшчаю даныя пра ўдзел „запаленьняў“ у захворваньнях паасобных частак цела і органаў майго гэтага аддзела матэрыялу.

Па колькасці (проц.) запаленьняў органы і вобласці могуць быць размешчаны ў такім парадку:

Чарваваты адростак . . . . .	100 проц. усіх захворванняў гэтага органу
Жоўцевыя шляхі . . . . .	85 " " " " "
Грудзі . . . . .	57 " " " " "
Мачапалавыя органы . . . . .	50 " " " " "
Хрыбетнік . . . . .	43 " " " " "
Шыя . . . . .	40 " " " " "
Ніжні канцавіна . . . . .	35 " " " " "
Кішочнік . . . . .	30 " " " " "
Твар . . . . .	30 " " " " "
Верхні канцавіны . . . . .	23 " " " " "
Кутніца . . . . .	10 " " " " "
Чэрап . . . . .	4 " " " " "
Страўнік . . . . .	3 " " " " "

Выявіць агульны процант сьмяротнасці пры запальных захворваннях наогул цяжка, з прычыны меркаванняў, паказаных намі вышэй: адсутнасці лічбаў, датычных усёй групы запальных захворванняў. Але апрача таго, ёсць яшчэ рад далейшых цяжкасцей. Напр., у адносінах да хронічных запальных захворванняў вызначыць проц. сьмяротнасці надзвычайна цяжка. Рад гэтых захворванняў у галоўнай сваёй масе знаходзіцца ў веданні ўнутранай клінікі. Калі частка гэтых хворых падпадае хірургічнаму лячэнню, дык няма звычайна ўстойлівага крытэрыю для параўнання сьмяротнасці пры хірургічным лячэнні са сьмяротнасцю пры тэрапэўтычным лячэнні. Далей, рад запальных процесаў камбінуецца з іншымі захворваннямі такім чынам, што нам цяжка сказаць, што зьяўляецца ў гэтым комплексе прэвалюючым. Усе гэтыя цяжкасці прыводзяць да таго, што даць у гэтай групе захворванняў такія поўныя лічбы, як гэта зроблена ў разьдзеле пра траўмы, амаль немагчыма.

У мяне на 2153 выпадкі запаленьня было 82 сьмерці, што складае 3,8 проц. Такім чынам мы бачым, што процант сьмя-



ротнасьці ад запаленьняў наогул меншы, як ад пашкод-жаньняў амаль у два разы. У *Більрота*—ад запаленьняў—на 3.601 выпадак—загінула 288 хворых, г. зн. 8 проц. Пры гэтым у першы пэрыод яго дзейнасьці процант быў роўны 12, а ў другі—7,6.

Больш падрабязны аналіз у мяне ёсьць адносна 57 выпадкаў. З іх на долю запаленьняў брушыны прыпадае—26 выпадкаў, г. зн. амаль палавіна, а калі сюды дадаць яшчэ **ДОКУМЕНТА** рытаў—10—дык атрымаецца, што 36 выпадкаў залежала ад гнойнага запаленьня сэрозных абалонак вялікіх поласьцяй. Такім чынам, іх важная роля ў сьмяротнасьці ад запаленьняў зусім ясная. Яшчэ ў мяне было 10 выпадкаў сэпсісу (канцавіны) і 7 выпадкаў сьмерці ад розных тубэркулёзных захворваньняў. З гэтых трох вялікіх груп, такім чынам, складаецца асноўная лічба сьмяротнасьці пры хірургічных запальных захворваньнях.

З прычыны адсутнасьці агульных лічбаў, я лічу небходным спыніцца на тых групах, якія пераважна даюць сьмяротныя вынікі. Сюды належаць: запаленьні сэрозных абалонак поласьцяй—пэрытоніт, пляўрыт; абсцэсы ўнутраных органаў; запаленьні ўнутраных органаў; гнойныя захворваньні касьцей і суставаў; нагнаенні мяккіх частак; піэмія і септыцэмія; са спэцыфічных інфэкцый—тубэркулёз.

### Запаленьні сэрозных абалонак вялікіх поласьцяй.

(*пэрытоніт, пляўрыт*).

Агульныя статыстычныя даныя не даюць правільнага ўяўленьня пра процант сьмяротнасьці ад пэрытонітаў—бо там мы маем значную колькасьць пэрытонітаў лагвовых—гінэколёгічных, якія працякаюць інакш, як хірургічныя дыфузныя пэрытоніты.

Вось лічбы Расіі, Германіі.

Расія	1902 г.	На 5.045 выпадкаў	1.498 сьмярцей—30 проц.
"	1909—1910 г. г.	" 14.666 пэрытонітаў	" —37 "
"	1912 г.	" 8.880	" —37 "
Германія	1923 г.	" 12.436	" —30 "
"	1924 г.	" 12.862	" —28 "
"	1925 г.	" 15.842	" —26 "
"	1926 г.	" 15.502	" —29 "

Калі ўзяць лічбы сьмяротнасьці ад пэрытонітаў у хірургічных аддзяленьнях, дык тут мы атрымаем значна большыя лічбы. Ад 1900 г. да 1914 г. гэтыя лічбы характарызуюцца так:

	Лік вы- падкаў	Проц. сьмярцей
Грэкаў . . . . .	758	61
Сокалаў. . . . .	174	85
Гіриэль, . . . . .	428	60
Місай . . . . .	437	63
Бондараў . . . . .	—	70
Залого . . . . .	—	70

ДОКУСФЕРА

У рабоце сваёй 1910 г. я на 2.470 выпадкаў пэрытонітаў мог налічыць 1.413 выпадкаў сьмерці, г. зн. процант сьмяротнасьці быў роўны 60, што і можна лічыць сярэдняй лічбай для таго часу.

У апошнія гады сярэдня лічба меншая: мы сустрэкаем, праўда, лічбы ў 62 проц. (Джыбсон); 50 проц. (справаздача больніцы імя Дастаеўскага 1925 г.),—але побач з гэтым—39 проц. (Спасакукоцкі), 35 проц. (Гурэвіч), 28,3 проц. (Чарэпнін) нават 10 проц. (Юдзін). Малы процант сьмяротнасьці можа тлумачыцца як малай колькасьцю выпадкаў, так і тым, што іменні аўтар называе „агульным пэрытонітам“.

Мой матэрыял і вынікі даюць, як відаць, сярэдняю лічбаю для данага адрэзку часу:

Пэрытоніты на глебе:	Лік вы- падкаў	Лік сьмярцей
параненьня страўніка . . . . .	2	1
пэрфоратыўнай язвы страўніка . . . . .	24	7
„ „ стравоходу . . . . .	1	1
пашкодваньня печані і іншых органаў . . . . .	3	3
„ кішак . . . . .	14	8
пэрфоратыўнай язвы кішак . . . . .	3	3
„ ракавай язвы . . . . .	1	1
непраходнасьці і пухліны . . . . .	2	2
апэндыцыту . . . . .	93	15
	143	41 (28,6 проц.)

Калі падлічыць мае даныя без апэндыцытаў, дык мы атрымаем: на 50 выпадкаў—26 сьмярцей, г. зн. 52 проц. Аднак, вельмі важна ведаць ня толькі сумарныя лічбы, але і процант сьмяротнасьці пры паасобных формах пэрытоніту.

Я падаю наступную складзеную мною табліцу:

Табліца сьмяротнасьці пры апэрацыйным лячэньні пэрытонітаў (1910—1924 г.г.).

Этыолёгія	Лік вы- падкаў	Процант сьмярот- насьці
Апэндыцыт . . . . .	887	42,7
Язва страўніка . . . . .	1.117	60
Тыфусовая язва . . . . .	967	78
Траўма . . . . .	625	60
Агнастрэльн. пашкоджаньні страўнічна- кішочн. тракту . . . . .	2.031	58
Крыптогенэтычн. паходжаньня (дыплё- кокавыя, пнеўмокавыя, грыпозн.) . .	475	54,5
Пэрытоніт бяз яснай этыолёгіі . . .	135	87



Пэрытоніты апэндыкулярныя. У 1910 г. я на 1.698 пэрытонітаў мог вылічыць сьмяротнасьць—у 49 проц.; пры гэтым у шмат якіх іншых аўтароў былі і лепшыя вынікі—17 проц.—20 проц.—33 проц. сьмяротнасьці. *Грэкаў* у 1912 г. дакладаў пра 42 проц. сьмяротнасьці на 101 выпадак; цяпер мы маем 23 проц. (*Валькані* 1928 г.), 20,9 проц. (*Джыбсон* 1927 г.), 13 проц. (*Холін* 1924 г.) і г. д. Мой матэрыял—93 выпадкі—дае 16 проц. сьмяротнасьці.

Агульная лічба сьмяротнасьці пры пэрфоратыўнай язве страўніка да 1924 г. была роўная—60 проц.; пасля 1924 г.—на падставе 688 выпадкаў у 13 аўтароў—яна роўная—40 проц. Аднак, гэта сярэдняя лічба, як відаць, адносна вялікая, бо ў гэту статыстыку ўваходзяць і нешматлікія выпадкі з вялікай сьмяротнасьцю (клініка *Разумоўскага*—78,5 проц.; больніца імя *Дастаеўскага* 1925 г.—4 выпадкі—75 проц. і г. д.). Калі ўзяць толькі вялікія лічбы (вышэй 30), тады выходзіць—33 проц., а ў некаторых аўтароў гэты процант яшчэ менш.

<i>Джыбсон</i> 1927 г.	112	выпадакў	19	проц.
<i>Вільліх</i> 1928 г.	70	„	28,6	„
<i>Вольф</i> 1929 г.	55	„	21	„
(75 проц. опэравана ў першыя гадзіны).				
<i>Красінцаў</i> . . .	123	„	24,4	проц
Мой матэрыял . .	34	„	29	„

Пры пэрфоратыі кішачных язваў, у тым ліку брушна-тыфусовых, пэрытоніты давалі вельмі вялікую сьмяротнасьць—78 проц. (*Лібэрмейстэр*); 74 проц. (*Нэтцэль*); 72 проц. (*Кертэ*); 73,9—76,5 проц. (*Герстэр*); мая зборная статыстыка—76 проц.; і цяпер вынікі ня лепшыя. У мяне ў клініцы памерла 4 чалавекі такіх хворых; усе былі опэраваны.

Пэрытоніты на глебе пэрфоратыі жоўцевага пузыра. У 1910 г. я даваў лічбу—50 проц.; *Герстэр* дае лічбу 66,6 проц.; *Грэкаў*

у 1912 г.—50 проц. За апошнія гады на 111 выпадкаў я мог налічыць розныя лічбы ад 31 проц. да 52 проц.; значыць мы маем тут невялікае зьмяншэнне.

Траўматычныя пашкоджанні кішак і іншых органаў брушной поласці даюць таксама вельмі цяжкія пэрытоніты—пра гэта гл. у разьдзеле аб пашкоджаньнях брушной поласці. *Грэкаў* (1912 г.) дае лічбу ад 42 проц. да 86 проц., цяпер мы маем да 55 проц. Агнастрэльныя ваенныя паранены даюць 66 проц. (*Шмідэн*), 75 проц. (*Грэфэнбэрг*), 56 проц. (*Эндэрлен*), 49 проц. (*Крэйскэ*), у сярэднім—58-60 проц. Аднак ёсьць лічбы і ў 40 проц. (*Мартэнс*) і нават 30 проц.

Такім чынам, і тут ёсьць зьмяншэнне, хоць і невялікае. Гэтыя лічбы, узятыя мною для прыкладу, сьведчаць аб тым, што пры адных пэрытонітах мы маем значнае зьмяншэнне процанту сьмяротнасьці, пры другіх—зьмяншэнне малое, або яго зусім няма. Гэты факт прымушае шукаць тлумачэньня. Як відаць, большае зьмяншэнне даюць тыя пэрытоніты—пэрфорацыя язвы страўніка, апэндыцыт,—якія ў першыя гадзіны, звычайна, не зьяўляюцца вельмі вірулентнымі; даюць малое зьмяншэнне тыя пэрытоніты, дзе вірулентнасьць выяўляецца бурна ўжо з самага пачатку—напр., кішочнік. Адсюль вывад: наш посьпех у змаганьні з пэрытонітам і да гэтага часу засноўваецца больш на тым, што мы папярэджаем яго шырокае разьвіцьцё, чым на тым, што мы ўмеем сапраўды змагацца з пэрытонэальнай інфэкцыяй.

Я лічу патрэбным звярнуць увагу на ўспамінаньня ў літаратуры—пра сьмяротнасьць ад пэрытоніту—малыя лічбы, бо яны падаюць надзею на тое, што магчымым зробіцца самае змаганьне з пэрытонітам. Напр. *Макры* (1927 г.) на 45 апэрацый пры пэрытоніце меў 9,3 проц. сьмяротнасьці: ён тлумачыць гэта ўжываньнем антытоксычнай сываткі.

Гнойныя пляўрыты даюць сьмяротнасьць значна меншую, як пэрытоніты, але ўсё-ж ткі не малую, і вывучэньне прычын гэтай сьмяротнасьці заслугоўвае, бязумоўна, увагі.

У абсолютных лічбах лік паміраючых ад пляўрытаў не малы; трэба, аднак, мець на ўвазе, што ў зьмешчаных ніжэй лічбах—ёсьць значная доля і іншых пляўрытаў, ня толькі гнойных. У Германіі за 1923—1.926 г. г. штогадова памірала ад пляўрытаў больш 1500 чалавек. У Італіі ад пляўрытаў памерла: у 1924 г.—2.947 чалавек; у 1925 г.—3.190 чал.; у 1926 г.—3.042 чал. Трэба мець на

ўвазе разьмеркаваньне гэтай сьмяротнасьці па ўзростах, як гэта відаць з табліцы, што надаецца:

Проц. сьмяротнасьці ад пляўрытаў па ўзростах:

да 1 г.—5,3 проц.; да 10 г.—21,4 проц.; 10—20 г.—7,5 проц.; 20—40 г.—17,8 проц.; 40—60 г.—20,7 проц.; больш 60—24,9 проц.

Агульны процант сьмяротнасьці можна бачыць з лічбаў дзяржаўнай статыстыкі, памятаючы, зразумела, што тут гаворыцца пра пляўрыты ня выключна гнойныя:

**ДОКУСФЕРА**

Германія 1923 г.	—18.616	выпадкаў	—8,2	проц.	сьмяротнасьці
"	1924 г.	18.276	"	7,0	"
"	1925 г.	19.849	"	6,8	"
"	1926 г.	19.797	"	6,8	"

Гнойны пляўрыт дае вельмі вялікую сьмяротнасьць, асабліва у дзіцячыя гады, як гэта добра відаць з лічбаў *Краснабаева* і *Віленскага*.

*Краснабаеў*

Узрост	Лік выпадкаў	Проц. сьмяротнасьці
0—1	51	56,8
1—4	162	33,9
4—9	96	19,8
9—12	44	11,3

*Віленскі*

да 1 году	—	70
да 2 год	—	50

Удзел дзяцей значна павялічвае проц. сьмяротнасьці. Такім чынам, найбольшая сьмяротнасьць бывае ў тых аўтароў, якія маюць справу з дзецьмі.

<i>Краснабаеў</i>	145	выпадкаў	24,8	проц.	сьмяротнасьці
<i>Гайле</i>	—	"	50,0	"	"
<i>Раймольд</i>	71	"	38,0	"	"
<i>Віленскі</i>	—	"	28,0	"	"

Трэба мець на ўвазе яшчэ адзін момант: бактэрыолёгічную характарыстыку пляўрыта. Напр., паводле даных *Краснабаева* і *Вітфэльда* стрэптокакавая эмпіэма дала 35,3-35,7 проц. сьмяротнасьці

Стафілёкакавая	эмпіэма	дала	14,3	проц.	сьмяротнасьці
Мяшаная	"	"	25—42,3	"	"
Дыплёкакавая	"	"	7—28,6	"	"
Пнэўмокакавая	"	"	5	"	"

Маючы на ўвазе ўсе гэтыя папраўкі, карыстаючыся статыстыкамі, дзе дзеці не складаюць галоўнага элементу, мы атрымаем такія лічбы: мінімум 13 проц., максымум—31 проц., сярэдняя—20 проц. *Негелі* (клініка *Гарэ*) дае з 1894 г. да 1919 г. на 164 выпадкі—19,5 проц. сьмяротнасьці. Для больш новых статыстык—мінімум—0, максымум—24 проц., сярэдняя—10,5 проц. *Оратор* (1930 г.) дае лічбу—20 проц. Зразумела, я паўтараю, што лічбы гэтыя толькі прыблізныя, і пры пэўных умогах яны могуць павялічыцца. Напр., у справаздачы клінікі *Мартынава* гаворыцца пра 20 проц. сьмяротнасьці, але справа ідзе пераважна аб агнястрэльных параненьнях. Я лічу характарнымі напр., лічбы *Джыбсона* (вялікая амэрыканская больніца): у яго з 1912 г. да 1919 г. на 84 выпадкі было 14,6 проц. сьмяротнасьці, а з 1919 г. па 1927 г.—на 134 выпадкі—9,6 проц.

Што-ж гэта за фактары, якія далі (будзем дзеля асьцярожнасьці гаварыць некаторае) зьмяншэньне сьмяротнасьці.

Першым і галоўным фактарам зьяўляецца сваячасовасьць ўмяшаньня. Для ілюстрацыі гэтага палажэньня я вазьму свой матэрыял. У мяне на 53 выпадкі—10 сьмярцей—20 проц. сьмяротнасьці. Але з гэтых 10 сьмяротных вынікаў 6 разоў сьмерць была рэзультатам выключна запусчанаьці выпадкаў; 4 дзяцей было прыведзена ў безнадзейным стане і нават ня можна было спадзявацца на жыцьцё (дзеці ўзростам да 4 год., пасья 5-8-тыднёвага кансэрватыўнага лячэньня); 2 дарослых таксама знаходзіліся ў вельмі цяжкім запусчаным стане. Ці памерлі гэтыя хворыя на пляўрыты ад таго, што ім была зроблена апэрацыя? Зразумела, не. Гэта здарылася выключна ад запусчанаьці хваробы. Адкінуўшы гэтыя 6 сьмярцей, у нас застаецца 4 сьмерці на 47 выпадкаў, г. зн. 9 проц.

Такім чынам, і тут мы адзначаем важнасьць сваячасовага ўмяшаньня. Пры гнойным пляўрыце гэта задача, праўда, цяжэй, чым пры пэрытоніце: ня толькі вельмі позьняе, але таксама і вельмі раньняе ўмяшаньне можа зьявіцца для хворага ракавым. Аднак, ясна, што прынцып сваячасоваьці цалкам застаецца ў сіле і тут.

Другім фактарам зьяўляецца мэтад лячэньня—гэта замена, хоць бы частковая, адкрытага спосабу лячэньня закрытым. Напр., паводле матэрыялаў раду аўтароў, пры параўнальным правядзеньні, адкрыты спосаб даваў да 37 проц. сьмяротнасьці, а закрыты—8-20 проц. *Крымаў* меў сьмяротнасьць—пры адкрытым спосабе—28,6 проц., пры закрытым—9 проц. *Турнэ* на 2.447

выпадкаў, лечаных адкрыта, меў 23,6 проц. сьмяротнасьці, на 1.026 закрытых—10 проц.

Такім чынам, калі пры пэрытоніце наша ўздзейнічаньне вельмі простае, дык неабходнасьць выбару і індывидуальнага, падыходзячага для данага выпадку, спосабу лячэньня робіць цяжэйшай справу пры гнойным пляўрыце.

### Запаленьні (абсцэсы) унутраных **ДОКУСФЕРА**

Запаленьні ўнутраных органаў у выглядзе абсцэсаў, гангрэны і г. д.—даюць таксама вельмі вялікую сьмяротнасьць, і наша змаганьне з імі да гэтага часу, хоць і далёка не безнадзейнае, але не дае вельмі вялікага рэзультату. Цяжкасьці дыягностыкі і цяжкасьці доступу да абсцэсаў унутраных органаў зьяўляюцца ў гэтых адносінах значнаю перашкодаю.

Абсцэсы мазгоў карыстаюцца заслужанай, плахою славай. У залежнасьці ад іх паходжаньня і разьмяшчэньня, яны даюць, зразумела, і розную сьмяротнасьць—яна даходзіць да  $\frac{2}{3}$  выпадкаў. *Бэк* (1927 г.) меў на 99 выпадкаў абсцэсаў мазгоў—66 проц. сьмяротнасьці.

На падставе асабістай практыкі з агнястрэльнымі параненьнямі чэрапу і абсцэсамі пасьля іх, я магу толькі далучыцца да спалажэньня пра надзвычайную цяжкасьць такіх абсцэсаў.

У апошні час, для зьмяншэньня гэтай сьмяротнасьці, спрабуюць лячыць абсцэсы мазгоў пункцыямі (*Спасакукоцкі, Колеман і інш.*). Так, *Колеман* (1929 г.) на 14 выпадкаў пункцыі меў толькі 2 сьмерці.

Абсцэсы лёгкіх. *Гарэ* (1903 г.-1912 г.) даў у свой час такія лічбы: на 182 абсцэсы лёгкіх—17,5 проц. сьмяротнасьці, і на 281 выпадак гангрэны лёгкіх—29,3 проц. сьмяротнасьці. Статыстыка *Гарэ* наўрад ці зьяўляецца правільнай: яна аб'ядноўвае, як відаць, толькі добрыя выпадкі, таму што наступныя лічбы аўтароў большыя. Так, *Кісьлінг* на 120 выпадкаў указвае 40,8 проц. сьмяротнасьці.

Відаць, для данага моманту трэба лічыць паказальнымі лічбы *Заўэрбруха* (1920 г.)

На 19 выпадкаў вострых абсцэсаў лёгкіх—	16,3 проц. сьмяротнасьці.
„ 53 „ хронічных „ „	38 „ „
„ 37 „ гангрэны лёгкіх	51,3 „ „

Лічбы 13 аўтароў даюць для гнойных процэсаў у лёгкіх за апошнія гады мінімум—22,7 проц.; максымум—52 проц.; сярэд-

ня—28 проц. *Апокін* у сваім дакладзе (1926 г.) вывеў сярэднюю сьмяротнасьць у 32 проц; як відаць, 28—32 проц. становяць сабой у сучасны момант шуканую лічбу.

У мяне было 4 выпадкі, 2 хворых загінулі: адзін (гангрэна лёгкага) ня быў опэраваны з прычыны цяжкасьці выпадку і памёр; другі хворы памёр пасля опэрацыі.

Нарывы селязёнкі даюць лепшы прогност, як нарывы печані. Данія 5 аўтароў (128 выпадкаў) даюць для нарываў печані—20 проц. сьмяротнасьці, для нарываў печані—55 проц. *Окіншэвіч* на 106 выпадкаў нарываў печані меў 41,6 проц. сьмяротнасьці.

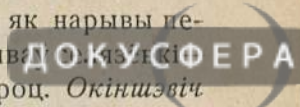
Вельмі цяжка працякаюць таксама вострыя запаленьні падстр. залозы (гемораг. запаленьні, абсцэсы і г. д.) Данія раду аўтароў (на 519 выпадкаў—230 сьмярцей) даюць сьмяротнасьць у 46 проц.

**Апэндцыт.** Апэндцыт цяпер дае невялікі процант сьмяротнасьці: аднак, гэта не датычыць вострых выпадкаў, дзе процант сьмяротнасьці не малы. З прычыны таго, што абсалютны лік апэндцытаў вялікі, ды і малы процант сьмяротнасьці ў выніку зьяўляецца значнаю абсалютнаю лічбай. Лічу патрэбным заўважыць, што ад апэндцыту людзі паміраюць у лепшыя гады свайго жыцьця: ва ўзросьце да 40 год наўрад ці ня столькі памірае штогадова ад апэндцыту, колькі ва ўзросьце старэй 40 год—ад раку. Пэўны процант гэтых сьмярцей няўнікальны, з прычыны вялікай цяжкасьці інфэкцыі і пэрытоніту, які пры гэтым далучаецца. Але большая частка гэтых сьмярцей магла-б быць унікнута калі-б не паводзіны хворых, якія сваячасова не згаджаюцца на опэрацыю, і раду ўрачоў, якія яшчэ не прасякнуліся ідэяй неабходнасьці раньняй опэрацыі. Такім чынам, у гэтай галіне хірургам ня можна складаць рук, неабходна, як і раней, змагацца, што ўжо дало значныя вынікі. Усё сказанае я магу ілюстраваць некаторымі лічбамі.

Абсалютна вялікай лічбы апэндцыт сабою не становіць. На ўсю колькасьць наогул захворваньняў апэндцыт складае 0,3 проц.; на колькасьць хвароб страўнічна-кішочных—2 проц.; у Менску—2,3 проц.; у Віцебску—3,9 проц. (*Смулевіч*).

Але лік апэндцытаў у хірургічнай больнічнай практыцы вельмі вялікі, як гэта відаць з наступных лічбаў:

<i>Мартынаў</i> (за 15 год) . . . . .	6.164 хворых	15 проц. апэндцытаў
<i>Штых</i> , . . . . .	31.136	10 проц. „
<i>Пэтрэн</i> . . . . .	12.144	15 проц. „
<i>Джыбсон</i> . . . . .	20.600	8 проц. „
Інстытут імя Скліфасоўскага, 1925 г. . . . .	2.526	20 проц. „
(на 561 экстраную опэрацыю—188 вострых апэндцытаў)		





Такім чынам сярэдні проц.—12.

У мяне на 6.107 хворых было 837 выпадкаў апэндыцыту, г. зн проц. роўны 14.

Для ілюстрацыі абсолютнай лічбы сьмярцей пры апэндыцыце можна прывесці такія даныя:

Германія за 1923 год . . . . .	2.030 сьмярцей
„ „ 1924 „ . . . . .	2.270 „
„ „ 1925 „ . . . . .	2.582 „
„ „ 1926 „ . . . . .	2.807 „
Італія „ 1924 „ . . . . .	1.213 „
„ „ 1925 „ . . . . .	1.340 „
„ „ 1926 „ . . . . .	1.440 „

Вельмі пераканальныя далей лічбы Германіі з процантам сьмяротнасьці, роўным 2.

Германія	Выпадкаў апэндыцыту	Выпадкаў сьмерці	Проц. сьмяротнасьці
1923 г. . . . .	87.842	2.030	2,3
1924 г. . . . .	110.025	2.270	2
1925 г. . . . .	147.334	25.82	1,8
1926 г. . . . .	156.614	28.07	1,8

Большыя лічбы сьмяротнасьці крыху большыя з прычыны з'асяроджаньня ў хірургічных аддзяленьнях больш цяжкіх выпадкаў.

Сярэдняя лічба сьмяротнасьці наогул пасьля апэндыцыту на падставе назіраньняў 15 аўтароў (агульная колькасць выпадкаў—18.337)—2,9 проц.; востры апэндыцыт дае сярэднюю лічбу—6,3 проц.; хронічны—0,4 проц. Гэтыя лічбы, як заснаваныя на вельмі вялікім абсолютным ліку, можна лічыць характэрныя сучасную сьмяротнасьць ад апэндыцыту ў хірургічных аддзяленьнях.

Зразумела, ёсьць лічбы меншыя і большыя за сярэднюю. Тыя лічбы, якія крыху вышэй сярэдняй (напр. *Гец і Дзюрман*—амерыканскія лічбы—пры вострым апэндыцыце—7,2 проц.) зьяўляюцца звычайнымі; але спыняюць увагу іншыя лічбы, як напр. *Геры* (1926 г.)—1.352 выпадкі вострага апэндыцыту—15 сьмярцей—каля 1 проц. сьмяротн., або *Гольст* (1927 г.)—1.832 выпадкі вострага апэндыцыту—57 сьмярцей—каля 3 проц. сьмяротнасьці.

Мой матэрыял зусім адпавядае гэтым агульным лічбам: у мяне было выпадкаў:

опэраваных—693—15 сьмярцей—2,1 проц. сьм.
неопэраваных—144— 4 „ —2,8 „ „
Усяго—837—19 сьм. —2,2 „ „

Адны вострыя апэндыцыты—186 опэрацый—далі 15 сьмярцей, г. зн. 8 проц.

Агульная дынаміка процанту сьмяротнасьці да пэўнай ступені можа быць ілюстравана наступнай табліцай. Агульная сьмяротнасьць пры апэндыцыце:

Аўтар	Год	Лік выпадкаў	Проч. сьмяротнасьці
<i>Валь</i> . .	Да 1890 г.	55.891	6,6
	1890—1900 г.		7,8
<i>Салі</i> . .	1895	7.213	9,6
<i>Валь</i> . .	1900—1908		6,5
<i>Зонэнбург</i>	1908—1911	1.183	4,9
<i>дэ Кервэн</i>	1908—1912	6.116	8,1
<i>Кюмэль</i> .	1912	4.000	5,8
<i>Кеніг</i> . .	1916—1921	1.353	6,8
<i>Гразэр</i> .	1919	—	5,6
<i>Гольст</i> .	1927	2.481	2,46
<i>Розанаў</i> .	1911—1924	4.193	2,3
<i>Рубашоў</i>	1924—1929	837	2,2

Такія-ж самыя вывады можна ілюстраваць і іншымі данымі. Паводле *Страсбургера* без опэрацыі памірае да 10 проц. і больш выпадкаў апэндыцыту. *Бязрокін* констатаваў, што ў 1901 г. процант сьмяротнасьці ад вострага апэндыцыту быў роўны 10. *Баўэр* меў у 1896—1907 г. г.—6 проц. сьмяротнасьці, а за апошні час—1,2 проц. *Ністрэм* 1900—1905 г. 9 проц., а ў 1916—1918 г., 1,06 проц.

Расія на ўсю колькасць хворых на апэндыцыт дала ў 1902 г.—6,5 проц. сьмяротнасьці, а ў 1912—3,4 проц.

Нарэшце, цікавы назіраньні паасобных асоб і пунктаў.

*Дэрфлёр* (Германія) з 1895 да 1905 г. дабіўся зьмяншэньня сьмяротнасьці з 18 проц. да 5,5 проц. Паводле *Эсэн* (Базэль) сьмяротнасьць ад апэндыцыту з 1901 г. да 1925 г. зьменшылася (у абсалютных лічбах) з 57 да 35—у мужчын і ад 35 да 27—у жанчын—за год.

Якім шляхам дасягнута гэта зьмяншэньне? Галоўным чынам увядзеньнем раньняга хірургічнага лячэньня. Гэта можна давесці, між іншым, тымі лічбамі, якія гавораць пра сьмярот-

насьць, атрыманую пры опэраваньні ў розныя дні хваробы. *Салі* (1895 г. статыстыка Швэйцары) меў на 7.213 апэндыцытаў агульны процант сьмяротнасьці—9,6 пры такім становішчы: 94 проц. лечаных консьэрватыўна і 6 проц.—опэрацыйна.

дэ Кервэн атрымаў пры опэрацыі

на 1 дзень—	1.723	выпадкі—	0,69	проц сьмяротнасьці
на 2 „	—1.389	„	—4,7	„
на 3 „	—788	„	—10,7	„
на 4 „	—1.197	„	—21,2	„

ДОКУСФЕРА

Такія-ж іншыя лічбы сьмяротнасьці пры опэрацыі ў процантах:

Аўтар	Лік выпадкаў	I суткі	II суткі	III суткі
<i>Зоэнбург</i> . . .	565	1,8	4,6	1,5
<i>Мак Уільямс</i>	1411	1,6		
<i>Мюзам</i> . . .	—	3,2	3,2	14,4
<i>Розанаў</i> . . .	328	2,4	18,2	33,3
<i>Рубашоў</i> . . .	—	0,75	4,0	33

Аналізуючы свае сьмяротныя выпадкі, я знаходжу, што з не-опэраваных было:

3 безнадзейныя пэрытоніты;

1 дыягностычная памылка (ня быў пазнаны апэндыцыт); з опэраваных: 3 вельмі цяжкія выпадкі;

12 прывезены позна (запушчаныя выпадкі).

Пэўны інтарэс мае пытаньне пра пасьялопэрацыйную сьмяротнасьць пры хронічным апэндыцыце, г. зн. пры опэрацыі ў халодным пэрыодзе: ніжэйзмешчаная табліца дае аб гэтым уяўленьне.

Сьмяротнасьць пры хронічным апэндыцыце:

<i>Розанаў</i> (да 1925 г.) . . . . .		0,7 проц.
„ з 1925 г. 2.060 выпадкаў . . . . .		0 „
<i>Штых</i> . . . . . 562 „ . . . . .	3 сьмерці	0,5 „
<i>Джыбсон</i> . . . . . 773 „ . . . . .	7 „	0,9 „
<i>Гольст</i> . . . . . 222 „ . . . . .	1 „	0,5 „
Інстытут Скліфасоўск. 320 „ . . . . .	0 „	0 „
Больніца імя Даста- еўскага (1925 г.) 304 „ . . . . .	0 „	0,0 „
Бабух. больніца 1924 г. 289 „ . . . . .	1 „	0,4 „
<i>Спасакукоцкі</i> . . . . . 494 „ . . . . .	0 „	0,0 „
<i>Юдзін</i> . . . . . 412 „ . . . . .	1 „	0,2 „
<i>Рубашоў</i> . . . . . 651 „ . . . . .	0 „	0,0 „
<i>Каган</i> (кл. Пятрова) 450 „ . . . . .	4 „	0,9 „
	6537	17
		0,25 проц.

Нельга не зазначыць таго, што некаторыя хірургі паказваюць на павялічэнне сьмяротнасці ад апэндыцыту, у сувязі з шырокім распаўсюджваньнем апэрацыйнага мэтаду яго лячэння—пра гэта гл. у раздзеле аб павялічэнні пасьляопэрацыйнай сьмяротнасці. Тут я ўспамяну пра погляды аўтароў, падкрэсьліваючых правільнасць вялікага кансэрватызму ў пытанні лячэння апэндыцыту. Адны ня бачаць асаблівых пераваг ад ажыццяўлення прынцыпу раньняй апэрацыі. *Гольст* (1927 г.) дае такія лічбы: на 436 выпадкаў лечаных тэрапэўтычна—3 сьмерці—0,7 проц.; на 1.823 выпадкі апэраваныя—57 сьмярцей—3,1 проц. Але пытаньне ў тым, якія выпадкі лячыліся кансэрватыўна, ці не найбольш лёгкія?

Другі момант такі: ажыццяўляючы ідэю раньняй апэрацыі, некаторыя аўтары лічыць, што ў позьняй стадыі, калі ўжо развіўся пэрытоніт, мы павінны быць кансэрватыўнымі. Так *Дзівэр* піша, што з таго часу, як ён пачаў лячыць пэрытоніты кансэрватыўна, сьмяротнасць пры вострым апэндыцыце зменшылася з 19,2 проц. (1900 г.) да 3—4 проц. (1920 г.). Таксама *Геры*, які цытаваўся вышэй, атрымаў пры вострым апэндыцыце сьмяротнасць—1 проц., і тлумачыць гэта тым, што пэрытоніты лячыў кансэрватыўна. Усё-ж такі вопыт шмат якіх іншых хірургаў настолькі сунярэчыць гэтаму, што пакуль прызнаць гэты погляд правільным няма дастатковых падстаў.

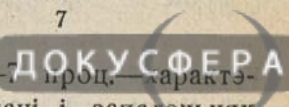
Заклучэньне: сьмяротнасць ад апэндыцыту можа быць даведзена да мінімуму, дзякуючы раньняй апэрацыі, г. зн. у значнай меры за лік выхаваньня ўрачоў і хворых у адпаведным кірунку.

Запаленыя жоўцевыя шляхоў. Сьмяротнасць пры запаленыя жоўцевыя шляхоў ня так лёгка выявіць. Малую лічбу сьмяротнасці, якую падаюць тэрапэўты, *Фэдараў* лічыць падзронай і надае большае значэньне лічбам *Біндэра*, які паказвае 11 проц., і *Наўніна*, які гаворыць пра 15 проц. сьмяротнасці. Найбольш правільнае ўяўленьне пра агульную сьмяротнасць даюць, як відаць, масавыя лічбы дзяржаўнай статыстыкі.

*Італія*—на 100.000 насельніцтва памерла ад хвароб печані і жоўцевыя шляхоў:

Гады	У проц.	У абсалютн. лічбах
1924 . . . . .	6,7	2,640
1925 . . . . .	7,8	3.109
1926 . . . . .	7,7	3.083

	Гады	Хворых	Сьмярцей	Прод. сьмярот- насьці
<i>Расія</i> . . . . .	1912	21.867	1.654	7,6
<i>Германія</i> . . . . .	1923	32.726	2.255	7
" . . . . .	1924	39.836	2.768	7
" . . . . .	1925	47.189	3.351	7
" . . . . .	1926	49.067	3.391	7



Такім чынам, можна лічыць, што лічба—7 проц. характэрызуе сьмяротнасьць пры захворваньнях печані і запаленьнях жоўцевых шляхоў.

Найбольшую сьмяротнасьць дае больш паджылы ўзрост (гл. лічбы Італіі).

*Італія* 1926 г. процант сьмяротнасьці па ўзростах:

Узрост	Прод. сьмяротн.	Узрост	Прод. сьмяротн.
да 1 году . . . . .	5,5	ад 20 да 40 г. . . . .	13,2
" 10 " . . . . .	5,6	" 40 " 60 г. . . . .	29,4
ад 10 да 20 г. . . . .	1,7	старэй . . . . .	39,7

Гэта гаворыць пра два моманты: па-першае, аб тым, што аскладненьні, вынікам якіх бывае сьмерць, праяўляюцца іменна ў старыя гады і, па-другое, што старыя людзі кепска пераносяць гэтыя аскладненьні і тыя хірургічныя ўмяшаньні, якіх апошнія патрабуюць. Адсюль, зразумела, ясны вывад: ня трэба даводзіць гэтыя аскладненьні да больш старага ўзросту, трэба рабіць умяшаньне раней. Гэта апошняе відаць з наступных табліц:

Сьмяротнасьць опэраваных хворых

	<i>Эндэрлен</i>	<i>Гоц</i>
Да 40 г. . . . .	2 проц.	7,26 проц.
Ад 40 да 60 г. . . . .	9,5 "	20 "
" 60 " 70 " . . . . .	10,5 "	35,45 "

Агульная сьмяротнасьць пры опэрацыйным лячэньні жоўцевых захворваньняў была ў свой час вылічана *Керам* (1913 г.),—на 5.500 выпадкаў—12 проц. Цэлы рад вялікіх статыстык апошняга часу таксама дае лічбы, блізкія да вышэй-паказаных: *Зібенгаар*—10 проц. (144 вып.), *Спасакукоцкі*—10 проц., Інстытут імя Склі-фасоўскага—14 проц. *Пэтрэн*—11 проц. (354 выпадкі), *Джыбсон* 10 проц. (526 выпадкаў) і г. д. Паводле *Мельнікава*, рускія справаздачы да вайны давалі—11,4 проц., пасьля вайны—12 проц. Мая статыстыка таксама дае 12 проц. *Гоц* дае ад 7 проц. да 35 проц.

Але побач з гэтымі лічбамі, ёсць і меншыя лічбы: *Легей* дае—4,6 проц., *Шутэ*—4,8 проц. (371 выпадак); *Юдзін*—4 проц. (55 выпадкаў); Ардатаўская больніца (352 выпадкі)—5 проц.; *Штых* (1.362 выпадкі)—4 проц.; *Швайцэр* (302 выпадкі)—3,5 проц.; *Мэйо* на 16.980 апэрацый за 32 гады меў 2,6 проц.; *Эндэрлен* ад 2 проц. да 10,5 проц.

Аднак, гэта сумарная лічба сьмяротнасьці не дае яшчэ сапраўднага ўяўленьня пра апошнюю. Калі выходзіць з **ДОКУМЕНТА** тай лічбы, дык можа атрымацца ўражаньне, што хірургія жоўцевых шляхоў не зрабіла вялікага посьпеху. Даволі зьвярнуць увагу на лічбы *Ігнатава*, які сабраў 278 апэрацый, зробленых да 1891 г., і атрымаў 13 проц. сьмяротнасьці; або лічбы *Лаўсен-Тэйт*, які ў 1888 г. на 28 выпадкаў меў 7 проц. сьмяротнасьці. Гэта тлумачыцца надзвычайнай прастасьцю даўнейшых апэрацый, з якіх рабіліся пераважна холецыстостомія.

У сучасны момант сьмяротнасьць знаходзіцца ў поўнай залежнасьці ад момантаў, якія аскладняюць захворваньне, і ад таго, ці выбірае хірург для апэрацыі выпадкі больш лёгкія ці больш цяжкія.

Даю, як прыклад, некаторыя лічбы:

	Больш лёгкія выпадкі.	Больш цяжкія выпадкі.
<i>Кер</i> . . . . .	3,3 проц.	79,2 проц.
<i>Рэйн</i> . . . . .	7 „	62 „
<i>Клейншмід</i> . . . .	2,9—4,7 „	20,8—66 „
<i>Кертэ</i> . . . . .	3 „	15 —18 „

Адзіным правільным шляхам зьяўляецца ўмяшаньне больш раньняе.

Калі нават ня трымацца таго погляду, што кожнае захворваньне трэба лячыць апэрацыйным спосабам, дык ужо кожнае аскладненьне абавязкова павінна быць апэравана сваячасова.

Такім чынам для зьмяншэньня сьмяротнасьці пры захворваньнях жоўцевых шляхоў, мы павінны канчаткова стаць на шлях больш раньняй апэрацыі.

### Гнойныя захворваньні касьцей і мяккіх частак.

Цяжкім захворваньнем зьяўляюцца остэоміэліты. Яны даюць вялікі процант сьмяротнасьці, з якім ня лёгка змагацца. Вызначаць агульны процант сьмяротнасьці ад остэоміэлітаў цяжка, бо ён залежыць ад шмат якіх фактараў: лёкалізацыя, узрост і г. д.

Такім чынам, атрымліваецца, што *Сокалаў* (1928 г.) вызначае гэтую сьмяротнасьць у 25-30 проц. а *Аншуц* (1927 г.)—у 10-15 проц.

<i>Магскі</i>	на 221	выпадак	меў 35 проц. сьмяротнасьці
<i>Панамароў</i>	на 98	" "	30,6 " "
<i>Гурлер</i>	на 75	" "	27—32 " "
<i>Рабінкін</i>	на 148	" "	ад 8 да 32 проц. (па лёкалізацыі)
<i>Гранд</i>	—	" "	17,9 да 29,4 проц.
<i>Клем</i>	на 320	" "	20,9 проц.
<i>Краснабаеў</i>	на 428	" "	22,4 " "
<i>Оратор</i>	—	" "	30 " "
<i>Гармс</i>	на 184	" "	11,5 да 17,5 " "
<i>Нэгелі</i>	на 97	" "	11 да 14,3 " "
<i>Рост</i>	на 236	" "	7 да 14 " "
<i>Юдзін</i>	на 31	" "	13 проц.
<i>Увядзенскі</i>	на 746	" "	8,5 " "
<i>Джыбсон</i>	на 155	" "	7 " "
<i>Пленц</i>			2,4 " "

ДОКУСФЕРА

Трэба думаць, што лічбы *Краснабаева*, *Роста*, *Юдзіна* зьяўляюцца сярэднімі (15-25 проц.). Мой матэрыял:

43 вострыя остэоміэліты—4	сьмерці—9,3 проц. сьмяротнасьці
83 хронічныя	" 1 " —1,2 проц.

Сэптычны остэоміэліт дае вельмі цяжкую сьмяротнасьць—да 66 проц. (*Вышагародзкая*.) Таксама вялікую сьмяротнасьць дае остэоміэліт хрыбетніка.

Пры остэоміэліце хрыбетніка сьмяротнасьць была:

паводле <i>Мэкінс-Эбот</i>	. . . . . 1896 г. 71,4 проц.
" <i>Донаці</i>	. . . . . 1906 " 48 "
" <i>Фолькман</i>	. . . . . 1914 " 41,8 "
" <i>Аглоблінай</i>	. . . . . 1926 " 41,46 "

Множны остэоміэліт асабліва небяспечны—ён дае да 81 проц. сьмяротнасьці (*Панамароў*). Чым большая маса касьці паражаецца, тым большая сьмяротнасьць, што до бра відаць табліцы *Панамарова*:

остэоміэліт плечнай касьці.	. . . . . —22,2 проц. сьмяротнасьці
" галёнкі.	. . . . . —37,2 " "
" бядрыцы.	. . . . . —55 " "
сківіцы—250 выпад.	—8 сьмярцей—3,5 проц.

Бязумоўна, і пры остэоміэліце адыгрываюць ролю і запушчанасьць выпадку, і правільнае лячэньне (відаць, большасьць аўтароў ня згодны з раньняй трэпанакцыяй і лічаць лепшым вызва-

ляючы разрез), але сама прырода остэоміэліту (сэпсіс) такая, што спадзявацца на параўнаўча лёгкую перамогу над ім ня можна.

Запаленьні мяккіх тканак (скуры, падскурнай клеткавіцы—абсцэсы, флегмоны, панарыцы і т. д.) зьяўляюцца вельмі распаўсюджаным відам хірургічных захворваньняў. Адносную вагу запаленьняў мяккіх частак да пэўнай ступені можна ўявіць сабе з наступных лічбаў: у застрахованых СССР—1925—на запаленьні скуры і падскурнай клеткавіцы прыпадала—12 проц.

Захворвальнасьць на флегмоны і абсцэсы відаць далей з такіх лічбаў: на 1.014.377 застрахованых хворых было флегмон і абсцэсаў (СССР, 1925 г.)—64.036, г. зн. 6,3 проц.; паводле ангельскіх даных за 1924 г.—7,9 проц.

Залежнасьць паміж профэсіяй і запаленьнямі мяккіх частак прадстаўлена такімі лічбамі: запаленьні клеткавіцы (СССР, 1925 г.) у прамысловых рабочых складалі—13 проц. усіх захворваньняў, а ў служачых і асоб непродукцыйнай працы—7,4 проц. У стаьтыстыцы чыгуначнікаў ён таксама шмат большы ў паравозных брыгад і рабочых чыгуначных майстэрняў, чым у адміністрацыі і т. д. (18,24 і 1,93). Найбольшы процант хвароб скуры і падскурнай клеткавіцы заўважаны ў асоб, якія заняты апрацоўкай мінералаў (24,31 проц.), жывёльных produkтаў (20,28 проц.), у асоб, занятых у здабывальнай прамысловасьці (20,83); найменшы—у асоб, якія задавальняюць так званыя духоўныя патрэбы (1,94 проц.), сцэна (2,48 проц.), хатняя гаспадарка (2,82 проц.).

Сэптычныя захворваньні скуры і падскурнай клеткавіцы, як даўней, так і цяпер, вырываюць з жыцьця не малую колькасьць людзей—у абсалютных лічбах для СССР, для Германіі—гэта, мабыць, 1500-2000 чалавек штогод, што ясна з наступных лічбаў:

Запаленьні клеткавіцы.	Лік выпад.	Сьмярцей	Процант сьмяротнасьці
<i>Расія</i> 1892 г. у больніцах	37.270	1.019	каля 3 „
„ 1902 г. флегмоны	28.246	967	3,4 „
„ 1912 г. . . .	66.450	1.361	2 „

*Германія* Сэптычныя захворваньні скуры і клеткавіцы.

Год	Лік хворых	Лік сьмярцей	Проц. сьмяротнасьці
1923	79.118	1.446	1,8 проц.
1924	86.101	1.390	1,6 „
1925	90.416	1.573	1,7 „
1926	91.907	1.532	1,6 „



Але флегмоны, якія трапляюць у больніцы, зьяўляючыся больш цяжкімі, даюць і большую сьмяротнасьць. Напр.:

Басманная больніца мела на 94 глыбокія флегмоны—11 сьмярцей—12 проц. сьмяр.

Абухоўская больніца (1924 г.) дае сьмяротнасьць—4,6 проц.

Мой матэрыял: на 60 флегмон—3 сьмерці—5 проц.

Асабліва цяжкія флегмоны шыі: Інстытут імя Скліфасоўскага на 14 флегмон шыі меў—2 сьмерці—14 проц.

Тамбоўская больніца 1886 г.—16 флегмон шыі меў 4 сьмерці—24 проц. сьмяротн. Таксама цяжкія флегмоны з асобнай лёкалізацыяй. Так, *Гарэ* калісьці гаварыў пра 34 проц. сьмяротнасьці ад паранэфрытаў, чаго, цяпер зразумела, няма; але і цяпер паранэфрыты даюць пэўны процант сьмяротнасьці. Толькі гэтыя сьмерці ў меншай ступені залежаць ад цяжкасьці інфэкцыі, у большай—ад запушчанасьці хваробы і часткова ад кепскага агульнага стану арганізму; апошняе добра паказана лічбамі Абухоўскай больніцы за нормальныя і галодныя гады: 1914 г.—4,6 проц сьмяротнасьці; 1918 г.—21,6 проц. сьмяротнасьці ад флегмон.

На аснове практыкі агнястрэльных параненьняў вайны 1914-1918 г. г. я магу зазначыць, што частасьць інфэктыяваньня і цяжкасьць запальнага процэсу проста прапорцыянальна масе, якая паражаецца. Пры наяўнасьці адных і тых-жа сродкаў параненьня і агульных умоў, я мог лічбамі сьцьвердзіць тое агульнае назіраньне, што інфэкцыя праходзіла больш цяжка і давала большую сьмяротнасьць на лагве, сьцягне, чым на плячы, прадплеччы, ручыцы і г. д. Гэты закон, зразумелы з біолёгічнага пункту гледжаньня (большая паражальная маса—большы шлях судакрананьня з ранычай прыладаю, большая маса зьмярцвелаі тканкі, дзе лёгка і пышна могуць разьвіцца мікробы і г. д.), поўнасьцю сьцьвярджаецца і пры назіраньні за інфэкцыяй у абстаноўцы мірнага часу.

На падставе свайго ваеннага матэрыялу, я мог скласьці тابلіцу, дэманструючую частасьць інфэкцыі як мясцовай, так і агульнай, а таксама сьмяротнасьці; яна паказвае, што чым большая маса мяккіх тканак і касьцей паражаецца, тым часьцей і цяжэй бывае інфэкцыя.

	Мясцовая інфэкцыя	Агульная інфэкцыя (сэпсіс)
Чэрап . . .	28 проц.	0
Твар . . .	14,5 "	0
Шыя . . .	12 "	0
Грудзі . . .	25 "	0

0 } галава, шыя,  
0 } тулава—мясн. інф.—23,9 проц,  
0 } агул. інф —2 проц.

Мясцовая інфекцыя		Агульная інфекцыя (сэпсіс)		
Сьпіна	40 проц.	10 проц.	}	Верхнія канцавіны м. інфэкт. 45 проц. агульн. інфэкт. 5,9 проц.
Плячо	46 "	9 "		
Прадплечча	56 "	12 "		
Ручыца	30,5 "	2,8 "		
Пальцы	48 "	0 "		
Лагво	60 "	40 "	}	Ніжнія канцавіны м. інфэкт. 53 проц. агульн. інф. 19,4 проц.
Крумянкі	54 "	3,5 "		
Сьцягно	62,9 "	30,8 "		
Галёнка	46 "	13 "		
Ступа	43 "	10 "		

ДОКУСФЕРА

### Піэмія і сэптыцэмія.

На маім матэрыяле я меў усяго 10 выпадкаў сьмерці ад піэміі. Германскія лічбы даюць правільнае ўяўленьне пра сьмяротнасьць пры агульным сэпсісе:

Германія	Выпадкі	Сьмярцей	Проц. сьмяротн.
1923 г.	3.500	2.057	55
1924 г.	3.693	2.130	55
1925 г.	3.840	2.157	56
1926 г.	3.836	2.135	56

Наша перамога над піэміяй і сэптыцэміяй ня ў тым, што мы цяпер спраўляемся з імі шмат лепш, як даўней, а ў тым, што мы навучыліся папераджаць іх—мы зьменшылі захворвальнасьць.

### Хірургічны тубэркулёз.

З ліку спецыфічных хірургічных хронічных запаленьняў трэба паказаць толькі на тубэркулёз, які дае пэўную сьмяротнасьць: для хірургічнага сьфілісу і ганарэі сьмерць—рэдкае зьявішча.

Вызначыць сьмяротнасьць ад хірургічнага тубэркулёзу—цяжка, але ўсё-ж можна падаць некаторыя сумарныя лічбы, якія даюць орыёнтаўку.

	Гады	Лік выпадкаў	‰ сьмяр.
Джымбсон . . . . .	1927	202	4
Абухоўская больніца . . . . .	1913	—	4,7
Ортэга . . . . .	1927	500	1
Ролье . . . . .		155	4,5

Я на сваім матэрыяле ў 120 тубэркулёзных хворых самых рознастайных меў 7 выпадкаў сьмерці, што дае 5,8 проц.—лічба

даволі блізкая да вышэй паказаных. Яе адносная вышыня, мабыць, тлумачыцца тым, што мы прымаем у больніцы, з прычыны адсутнасці месц, звычайна толькі самыя цяжкія выпадкі. І сапраўды, з 7 маіх хворых 3 памерлі без апэрацыі—былі прывезены ў цяжкім стане, запушчанымі; адзін з іх—ад тубэркулёзнага мэнінгіту; 4 былі апэраваны (пры гэтым адзін з іх быў амаль безнадзейны): 2 рэзэкцыі галоўкі бядрыцы, 1 ампутацыя бядра, 1 тубэркулёз ныркі.

## ДОКУСФЕРА

З усіх тубэркулёзных паражэнняў канцавін найбольшую сьмяротнасць даюць коксіты і гоніты. Да 1893 г., пры коксіце памірала да 40 проц. пры гоніце—да 33 проц. У апошнія гады сьмяротнасць значна меншая, але ўсё-ж у *Мазары* (1928 г.) на 365 туб. коксітаў пры консерватыўным лячэнні памерала 8,1 проц. З маіх 7 выпадкаў памерла 4 чал. ад коксіту (з 18) і 2 ад гоніту (з 28).

Апэрацыйная сьмяротнасць пры рэзэкцыі тубэркулёзных суставаў (усіх наогул), паводле *Сьпіжарнага* вагаецца ад 3 да 5 проц. Таксама цяжкай формай зьяўляецца тубэркулёзны спондыліт. Старыя статыстыкі даюць значныя лічбы сьмяротнасці:

<i>Зэман</i>	. 168	выпадакў	42 проц.	сьмяротнасці
<i>цур Нэдэн</i>	312	„	59 проц.	„
<i>Лянгеск'ельд</i>	. . . . .		40 проц.	„
<i>Вульпіус</i>	. . . . .		54 проц.	„

Статыстыка *Більрота* (1869 г.) давала 46 проц. сьмяротнасці.

Аднак, за апошні час гэтая лічба значна зьменшылася. Так, *Ролье* дае ўсяго 2 проц. сьмяротнасці; *Врэдэн* на 210 консерватыўна лечаных выпадкаў—8 проц., пры апэрацыйным-жа лячэнні (98 выпадкаў)—5 проц. Між тым іншыя статыстыкі апэрацыйнага лячэння (*Фроме*) гавораць пра 25 проц. сьмяротнасці. *Оратор* у 1930 г. гаворыць пра 20 проц. сьмяротнасці пры тубэркулёзным спондыліце.

Тубэркулёз нырак дае таксама немалую сьмяротнасць.

*Легзі Шэваск* (1912 г.) на 738 выпадкаў, лечаных тэрапэўтычна, мелі сьмяротнасць у 20 проц. у першыя два гады. Сьмяротнасць пасля нэфрэктоміі ў апошнія гады трэба лічыць роўнай 4 проц. (па Фёдараву); але больш позьняя сьмяротнасць вагаецца таксама ад 10 проц. да 16 проц.; *Оратор* (1930 г.)—вызначае сьмяротнасць у 12 проц. Мабыць, і пасляапэрацыйная сьмяротнасць таксама большая (параўнайце статыстыку *Штыха* з 19 проц. сьмяротнасці ў апошнія гады).

Тубэркулэзны пэрытоніт і тубэркулэз кішак таксама даюць немалую сьмяротнасьць (да 25 проц.—*Оратор* (1930 г.)

Сьмяротнасьць ад тубэркулэзных запаленьняў розных органаў павінна зьмяншацца. Паралельна зьмяншэньню захворвальнасьці на тубэркулэз будзе зьмяншацца і хірургічная захворвальнасьць; колькасць запушчаных выпадкаў будзе зьмяншацца, магчымасьць вылечыць процэс будзе павялічвацца.

### Заклучэньне.

ДОКУСФЕРА

Запаленьні выклікаюцца мікробамі, і з гэтага пункту гледжаньня зьяўляюцца таксама захворваньнямі „выпадковымі“, як і траўмы. Таму ў ідэале дапушчальна і сапраўдная профіляктыка гэтых захворваньняў у сэнсе вызваленьня асяродзьдзя, у якім жыве чалавек, ад прысутнасьці мікробаў, або хоць-бы вызваленьня ад іх—найбольш пагражальных пунктаў. Гісторыя эпідэмічных і інфэкцыйных захворваньняў зусім яскрава паказвае на такую магчымасьць; наша хірургія з яе асэптыкаю зьяўляецца ня менш бліскучым доказам гэтай перамогі. І калі мы зараз яшчэ маем вельмі шмат такіх захворваньняў, дык прычына гэтага, як відаць, у тым, што цэлы рад профіляктычных мерапрыемстваў намі яшчэ ня можа ажыцьцяўляцца.

На зьмяншэньне сьмяротнасьці ад запальных захворваньняў мы можам разьлічваць таму, што ў соцыялістычным грамадзтве больш культурныя і нормальныя ўмовы жыцьця падвысяць агульны ўзровень здароўя і, значыць, супроціўляльнасьць арганізма; вынік-жа запальнага процэсу ў вялікай меры залежыць ад апошняй. Вялізарнае значэньне страты гэтай супраціўляльнасьці арганізма мы бачылі апошні раз у часе сусьветнай вайны, калі цяжкасьць цяжэньня інфэкцыі тлумачылася, апрача раду іншых прычын,—рэзкай стомленасьцю і знясіленасьцю воінаў.

Вельмі вялікае значэньне для выніку запальных процэсаў мае сваячасовае скарыстаньне лекавых мерапрыемстваў. Калі траўма дзейнічае аднакраць і хутка, і мы маем перад сабою толькі яе канчатковы вынік, дык пры запаленьні справа стаіць інакш: яно рэдка бывае маланкападобным па хуткасьці, для разьвіцьця яго дзеяньня патрэбен час і мы можам яго спыніць ці паслабіць, калі толькі мы зьявіліся яшчэ ня вельмі позна.

З прычыны гэтага, разьвіцьцё мэдычнай дапамогі і набліжэньне яе да насельніцтва павінны абавязкова выклікаць зьмяншэньне сьмяротнасьці ад запальных захворваньняў. Прогрэс у

гэтых адносінах зьяўляецца нясумненным. Я прыпамінаю вялізарныя флегмоны канцавін, даводзіўшыя да ампутацыі або нават піэміі, якія я нярэдка бачыў 20 год таму назад у гарадзкіх амбуляторыях; цяпер я іх бачу вельмі рэдка. І калі яны яшчэ бываюць на вёсцы, дык прычына гэтага толькі ў адсутнасці там пакуль што медычнай дапамогі ў належным разьмеры.

Пры цяжкіх траўмах нярэдка бываюць і цяжкія інфекцыі; калі зьменшыцца колькасць першых, дык гэта дасць годзь каснае зьмяншэньне сьмяротных вынікаў пры інфекцыі.

Раней я ўжо гаварыў пра значэньне сваячасовасьці ўмешваньня ў справе зьмяншэньня сьмяротнасці ад пэрытонітаў, пляўрытаў, апэндыцытаў і цэлага раду іншых запальных захворваньняў.

Наступным фактарам, які будзе садзейнічаць змаганьню са сьмяротнасцю пры запальных захворваньнях, зьяўляецца радыкалізм нашага ўмяшаньня—пашырэньне хірургічнага мэтаду на рад захворваньняў.

Далейшая доля змаганьня прыпадае на самую стэрыялізууючую тэрапію і біолёгічныя мэтады змаганьня з інфекцыяй. На гэтым фроньце атрымана ўжо ня мала перамог і далейшыя спробы, зразумела, скончацца посьпехам.

Усе гэтыя даныя, узятыя разам, дазваляюць з надзеяй на посьпех глядзець на пэрспектывы змаганьня са сьмяротнасцю ад хірургічных запальных захворваньняў у будучыні.

## 4. Пухліны.

### Злаякасныя пухліны.

Пытаньне пра сьмяротнасць ад пухлін зьяўляецца вельмі складаным. Хворы, выпушчаны з хірургічнага аддзяленьня, яшчэ не азначае хворага, якому надоўга захована жыцьцё. Вось чаму, пры разглядзе сьмяротнасці ад ракавых захворваньняў нам даводзіцца мець на ўвазе: а) пасьляопэрацыйную сьмяротнасць; б) больнічную сьмяротнасць; в) сапраўдную сьмяротнасць ад раку. Зразумела, што першыя дзьве рубрыкі мала закранаюць усю глыбіню пытаньня.

Пра абсалютныя лічбы сьмяротнасці ад раку даюць некаторыя ўяўленьне такія даныя: паводле *Бургес* у 1924 г. у Англіі ад раку памерла больш 50.000 чалавек (на 2.000 больш як у 1923 г.). У Амэрыцы штогод памірае ад раку 90.000 (паводле *Грэхем*),—100.000 чалавек (паводле *Окснэр*). У Прусіі сьмярот-

насьць ад раку была ў 1923 г. роўнай 34.078, а ў 1924 г.—35.411. У Ленінградзе (да 1912 г.) памерла за 10 г.—15.225 чалавек, г. зн. 1525 чалавек паміралі штогод (*Тоічкін*). У Германіі за 1923-1926 г.г. сярэдні лік хворых на злаякасныя пухліны за год быў роўны 58.000 чалавек. У СССР, як відаць, гэта сьмяротнасьць роўна 150.000-160.000 чалавек у год.

Сярэдний лічбай можна лічыць 10 сьмяротцей ад рака на 10.000 насельніцтва.

Для больш рэальнага ўяўленьня пра значэньне гэтага сьмяротнасьці можна зрабіць параўнаньні з іншымі прычынамі сьмерці. З ніжэй паданых лічбаў мы бачым, што рак займае вельмі значнае месца ў агульным радзе прычын сьмяротнасьці.

Прычына сьмерці (на 10.000 насельніцтва):

	Гады	Органы крывавароту.	Тубэркулёз	Старасьць	Рак
Германія . . . . .	1925	17,3 проц.	12,2 проц.	13,3 проц.	10,3
Баварыя . . . . .	1925	14,0 „	9,0 „	10,0 „	9,0
Англія . . . . .	1921	11,7 „	9,2 „	—	10,1

Значэньне раку, як прычыны сьмяротнасьці, у шматлікіх краінах падкрэсьліваецца тым, што процант сьмяротнасьці ад раку ў агульнай сьмяротнасьці гэтых краін пачынае прыроўнівацца да процанту сьмяротнасьці ад тубэркулёзу і нават прэвьялаецца над апошнім. У гэтых адносінах цікавы некаторыя даныя:

Даныя (рак і тубэркулёз у процантных адносінах да агульнай сьмяротнасьці):

	Рак	Тубэркулёз
За 1890-1899 г.г. . . . .	7 проц.	14 проц.
„ 1900-1909 г.г. . . . .	9 проц.	12 проц.
„ 1910-1919 г.г. . . . .	11 проц.	11 проц.
„ 1920 г. . . . .	11 проц.	9 проц.
„ 1921 г. . . . .	13 проц.	9 проц.

У Англіі ў 1923 г. памерла ад раку 43.000 чалавек, а ад тубэркулёзу 41.000. Германская статыстыка дае такія лічбы процанту сьмяротнасьці (да агульнай сьмяротнасьці):

	1914 г.	1918 г.	1920 г.	1924 г.	1925 г.
Рак . . . . .	7 проц.	6 проц.	6 проц.	10 проц.	12 проц.
Тубэркулёз . . . . .	7 проц.	18 проц.	16 проц.	9 проц.	6 проц.

Цяпер зьвернемся да пытання пра тое, якая частка самых ракавых хворых гіне. Для ілюстрацыі я зьмяшчаю наступныя лічбы, якія даюць агульнае ўяўленьне пра гэту сьмяротнасьць.

	Гады	Злаякасн. пухлін	Сьмярцей	Прол. сьмя- ротнасьці
Расія . . .	1881	9.593	1.928	20
" . . .	1892	у больніц. 11.817	2.102	18
" . . .	1902	" 22.753	3.557	каля 16
" . . .	1912	" 41.100	6.950	17
Германія .	1923	" 49.108	13.196	29
" . . .	1024	" 57.030	15.205	27
" . . .	1925	" 61.259	16.194	25
" . . .	1926	" 64.557	17.399	27

ДОКУСФЕРА

Камэнтываваньне гэтых лічбаў наўрад ці можа даць ясныя вынікі, з прычыны таго, што мы маем перад сабой рад складаных фактараў, якія не выяўляюцца, аднак, з такой выразнасьцю, каб пра іх можна было стала гаварыць. Відаць толькі, што процант сьмяротнасьці ў гэтай групе захворваньняў большы, чым у якой-небудзь іншай, г. зн. у групе траўм, запаленьняў. Але ці паказвае нават Германская лічба—27 проц.—сапраўдную сьмяротнасьць ад раку і саркомы—ёсьць сумненьні: з нашай хірургічнай практыкі мы ведаем, што процант канчаткова выжываючых хворых—а гэта і павінны выявіць вышэйпаданаыя лічбы—значна меншы. Таму гэту лічбу—27 проц.—належыць узяць пад сумненьне.

Цяпер зьвернемся да больнічнай сьмяротнасьці. Долю ўдзелу хворых з пухлінамі ў агульным ліку хворых, а таксама спэцыяльна хірургічных хворых, могуць выявіць некаторыя лічбы. Калі падлічыць процант удзелу раку ў хірургічных захвораваньнях паводле германскіх лічбаў, дык у 1926 г. на 768.541 хірургічнага хворага я налічыў 64.557 злаякасных пухлін (8 проц.) і 38.308 дабраякасных пухлін—разам 13 проц. Але калі ўзяць пад увагу, што тут шмат ракаў жаночых, дык процант хірургічных ракаў наблізіцца да лічбы—10 проц.

У *Більрота* хворыя з пухлінамі складалі 21,6 проц. У Менскай земскай больніцы на 12.486 апэрацый—4,3 проц. прыпадала на злаякасныя пухліны (*Бабук*). У мяне процант пухліны роўны 10. Думаю, што мая лічба—10 проц.—паказывае сапраўдную долю такіх хворых сярод хірургічных стацыянарных хворых.

Прочант ракавых хворых, што паміраюць у больніцах, можна прыблізна вызначыць па колькасьці ўскрыцьцяў. Лічбы розных статыстык даюць прыблізна блізкія даныя. Напр., паводле германскіх лічбаў 10 проц. усіх ускрыцьцяў (82.217 сэкцыяў—8.557

ракаў) прыпадае на рак, прычым часам гэты проц. даходзіць да 13 (Берлін). Растоўская прозэктура дае 8,7 проц.

Але гэта ў адносінах да ўсіх бяз выключэння больнічных ускрыццяў. Калі-ж браць суадносіны не да ўсіх хворых, а толькі да сьмяротнасьці ад хірургічных захворваньняў, дык значэньне раку яшчэ больш павялічыцца. Я магу спаслацца на наступныя лічбы: у Італіі за 2 гады (1924-1926 г. г.) паводле адной статыстыкі на 4.988 сьмярцей ад хірургічных захворваньняў было 1.780 ад раку, г. зн 35 проц. На 941 сьмяротны выпадак хірургічнага захворваньня (Беларусь) было 358 сьмярцей ад злаякасных новаўтварэньняў—39 проц. Гэтых лічбаў даволі, каб паказаць, што сярод хірургічных сьмярцей—сьмерці ад раку займаюць вялікае месца і складаюць каля адной трэцяй часткі гэтых апошніх, перавышаючы сьмяротнасьць ад траўмы ня менш, як у поўтара разы.

Значэньне гэтай вялікай сьмяротнасьці ад раку крыху зьмяншаецца тым, што справа ідзе аб старых узростах. Паводле *Малаева* да 40 г. рак сустракаецца ў 17,9 проц., а пасля 40 год—82,1 проц. Наступныя дзьве статыстыкі паказваюць разьмеркаваньне сьмяротнасьці ад раку па ўзростах. На 10.000 чалавек адпаведнага ўзросту (м):

	0-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	50-59 г.	60 г. і старэй.
<i>Смулевіч</i>	2,3	3,5	13,3	17,4	55,6
<i>Тоічкін</i>	0,26	1,2	6,0	23,5	59,6-80,5

Амерыканская статыстыка 1900 г. дае такія лічбы:

З ліку 100 памершых ва ўзросьце	20-29 г.	памерла ад раку	1 чал.
" "	100	" "	2
" "	100	" "	7
" "	100	" "	12
" "	100	" "	14
" "	100	" "	8

Узрост, які дае найбольшую сьмяротнасьць ад ракавых захворваньняў у Паўночна-Амерыканскіх Злучаных Штатах, у сярэднім—60,4 гады для мужчын і 58,4 г.—для жанчын.

Калі я вазьму свае даныя, дык яны паказваюць на больш раньнія ўзросьты.

Узрост	Лік выпадкаў злаякасных пухлін.	Узрост	Лік выпадкаў злаякасных пухлін.
0-4	4	30-39	27
5-9	—	40-49	58
10-19	2	50-59	50
20-29	15	60 і больш	46



Рак з 68 выпадкаў сьмерці даў 33 ва ўзросьце 40-49 г. Цікава, што і ў *Бабука* мы маем такія-ж самыя суадносіны: калі выключыць рак твару, дык у яго на ўзрост 30-50 г. прыпадае 125 чалавек, а на ўзрост больш 50 г.—121 чалавек, пры чым рак страўнічна-кішочнага тракту ў 30-50 г.—43 выпадкі а больш 50 год—34 выпадкі.

Агульная сьмяротнасьць стацыянарнага операванага матэрыялу выражаецца такімі лічбамі: матэрыял *Джэібсона* 20 проц.; *Шор* 8,11 проц. і мой 12 проц.

Старыя статыстыкі больнічнай сьмяротнасьці пры пухлінах даюць такія лічбы:

	Выпадкаў.	Сьмярцей.	Проц. сьмяротнасьці.
Більрот—Цюрых . . . . .	526	68	12,9
„ — Вьна . . . . .	1.532	254	16,5

Такім чынам мы бачым, што пасляоперацыйная сьмяротнасьць амаль супадае з больнічнай сьмяротнасьцю (гэта і зразумела, бо хворыя накіроўваюцца ў стацыянар для операцыі), але яна шмат меншая за сапраўдную сьмяротнасьць ад раку.

Сьмяротнасьць ад раку паасобных органаў неаднолькавая. Так, калі браць сумарныя даныя, дык мы убачым, што першае месца належыць раку органаў жывата—страўніка і кішак. У Англіі на гэтыя сьмерці прыпадае ня менш 50 проц. У Амэрыцы штогадова памірае ад раку страўніка больш 30.000 чал. (пры агульнай сьмяротнасьці ад раку 90.000-100.000) і т. д. Вось некалькі лічбаў, якія паказваюць наогул разьмеркаваньне прычын сьмяротнасьці.

Табліца *Смулевіча* (матэрыялы БССР)

Рак страўніка, печані, страваходу—	52,7 проц.
Рак кішак . . . . .	— 5,5 „
Рак маціцы . . . . .	— 7,3 „
Рак скуры . . . . .	— 1,0 „
Рак грудной залозы . . . . .	— 1,3 „
Рак іншых і не паказаных органаў	—25,2 „

Амэрыка 1914 г.—сьмяротнасьць ад ракавага поражэньня ў проц.

Поласьць роту . . . . .	3,9
Страўнік і печань . . . . .	39,6
Брушына і кішочнік . . . . .	13,3
Жаночыя органы . . . . .	15,4
Грудзі . . . . .	9,2
Скура . . . . .	3,5
Іншыя органы . . . . .	15,1
	100 проц.

Ніжэй я спыняюся на некаторых паасобных пухлінах, у залежнасці або ад вялікай сьмяротнасці або частасці самых захворванняў. Лічбы, зьмешчаныя ніжэй, паказваюць амаль выключна пасьяоперацыйную сьмяротнасць.

### Пухліны мазгоў

Прагноз пухлін галаўных і сьпінных мазгоў кепскі. Ён лепш за ўсё выяўляецца ў палажэньнях *Мульлера*, які гаворыць, што пухліна сьпінных мазгоў нарэшце прыводзіць *да сьмерці, або Гольштайна*, паводле якога прагноз пухлін мазгоў амаль заўсёды няспрыяльны, апрача рэдкіх выпадкаў, калі пухліна абвапняецца або касыянее.

Спачатку сьмяротнасць пры операваньні пухлін мазгоў была вельмі вялікая, што добра ілюструецца паданымі ніжэй лічбамі:

<i>Брунс-Опэнгайм</i> . . . . .	50-75 проц.
<i>Тутс</i> . . . . .	65 "
<i>Краўзэ</i> . . . . .	47 "
<i>Эйзэльбэрг</i> . . . . .	38 "

*Бондараў* (да 1907 г.) 415 зборных выпадкаў—36,5 проц. непасрэдн. сьмяротн..

Нават у апошнія гады гэтыя лічбы яшчэ стаяць высока:

<i>Олівэкрона</i> . . . . .	1927 г.—40 проц.
<i>Лёзано</i> . . . . .	1926 г.—40 "
<i>Эйзэльбэрг</i> . . . . .	1927 г.—39 "

Але ўжо побач з гэтымі лічбамі ў шмат якіх хірургаў выяўляецца (для пухлін вялікіх мазгоў) такія, як—26 проц. у *Спасакуоцкага*. Асабліва спыняюць на сабе ўвагу лічбы:

<i>Магнус</i> . . . . .	10 проц.
<i>Кешынг</i> . . . . .	3 проц.-5 проц.-10 проц.

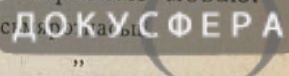
Пухліны задняй чарэпнай яміны, мозачкаў і маставога кута даюць яшчэ вялікую сьмяротнасць; але лічбы *Кешынг, Магнус, Гулеке, Новак* і іншых дазваляюць спадзявацца на паварот і ў гэтых адносінах.

<i>Борхард</i> . . . . .	58 проц.
<i>Ляйшнэр</i> . . . . .	75 "
<i>Ранцы</i> (да 1913 г.) . . . . .	70-80 "
<i>Пусэп</i> (1910-1916 г.г.) . . . . .	45 "
<i>Магнус</i> . . . . .	18 "
<i>Лёзано</i> . . . . .	65 "
<i>Басцыанэлі</i> . . . . .	56-60-80 "
<i>Мінц</i> (1922 г.) . . . . .	75 "

Гулеке (1926 г.) . . . . .	24,6 проц.
Новак . . . . .	25 ”
Кешынг 500 пухлін задняй чярэпнай яміны 16,3 ”	
” задн. чярэпн. яміна 1922 г. . . . .	8 ”
” мозачкі . . . . .	15 ”

На пухлінах сьпінных мазгоў няма патрэбы шмат спыняцца, бо паданья ніжэй лічбы гавораць дастаткова выразна моваю:

Стурберг (да 1908 г.). 45 выпадкаў—	29,1 проц.	смертн. кабы
Краузэ (да 1911 г.) . 68 ”	20 ”	”
Ранцы (да 1922 г.) . . . . .	8,8 ”	”
Эйзэльсберг (да 1925 г.) 119 выпадкаў .	2,5 ”	”



Як вывад, трэба падкрэсьліць тую акалічнасьць, што вялікая розьніца, назіраная ў проц. сьмяротнасьці ў розных хірургаў, прымушае думаць аб вялізарным значэньні такога фактару, як спецыяльны вопыт і асаблівая трэніроўка ў пэўнай галіне.

Са злаякасных пухлін твару трэба адзначыць: злаякаш. пухліны верхн. сківіцы ў 14 аўтароў—мінімум сьмяротн.—2 проц.; максымум сьмяротн.—37,5 проц.; сярэдняя сьмяротн.—18 проц.; і рак языка з 12 проц. сьмяротнасьці паводле Герцэна.

Рак грудной залозы даваў раней немалую пасьялопэрацыйную сьмяротнасьць. Я зьмяшчаў ужо табліцу гэтай сьмяротнасьці па дзесяцігодзьдзях.

Більрот у пачатку сваёй дзейнасьці меў 23 проц. сьмяротнасьці, за апошнія гады сваёй работы—6,7 проц. Для старых гадоў трэба лічыць мінімум—10 проц., максымум—24 проц., сярэдняя—20 проц.

Для новых статыстык найбольш характарны такія лічбы, як Штыха (на 329 опэраваных—1,2 проц. сьмяротнасьці); Герцэн (на 137 опэраваных—1,39 проц. сьмяротнасьці); паводле Багалюбава на 1.134 выпадкі зборнай статыстыкі бывае 0,4 проц. сьмяротнасьці. Аднак, пападаюцца і такія лічбы, як 5,3 проц. (Майер 1927 г.).

Сьмяротнасьць пры опэрацыях з прычыны раку страўніка і да гэтага часу яшчэ вялікая. Зразумела яна зьмяняецца ў залежнасьці ад характару—радыкальнасьці або паліятыўнасьці—але і тут пераважным фактарам зьяўляецца стан арганізма. Доказ гэтага я бачу ў тым, што ў аднаго і таго-ж самага аўтара розьніца паміж проц. сьмяротнасьці пры рэзэкцыі і пры ГЭ ня вельмі вялікая. Так, у Штыха з вялікай практыкай

(187 рэзэкцый і 136 ГЭ) пры раку страўніка—проц. сьмяротнасьці ад рэзэкцыі 16,1 проц., а пры ГЭ 14,7 проц.; у Пэйчыча 24 проц. пры рэзэкцыі і 27,2 проц. пры ГЭ і т. д.

3 накапльнем вопыту, бязумоўна сьмяротнасьць зрабілася меншай. Так рэзэкцыя пры раку страўніка ў 1886 г. давала ў розных аўтароў сьмяротнасьць ад 35,7 проц. да 91,5 проц.—у сярэднім 74 проц. (да гэтага году ў літаратуры было апублікавана ўсяго 77 выпадкаў апэрацый). У 1914 г. **ДОКУСФЕРА** рускія хірургі давалі процант сьмяротнасьці ў 50 проц. (Богаяўленскі), 67 проц. (Дзеружынскі). У нашы гады мы маем максімум 54 проц. ў Гэсэ, з яго вельмі шырокімі паказаньнямі да рэзэкцыі; мінімум—16 проц. (Штых); і нават 6 проц. (Фінстэрэр), але часьцей за ўсё сустракаецца лічба ад 20 проц. да 33 проц.: Мэйо—25 проц.; Шмідэн—39 проц.; Пятроў—37 проц. Шаак—34 проц.; Юдзін—33 проц.; Пэйчым—24 проц.; Пошэ на 260 рэзэкцый меў 27 проц. і т. д.

ГЭ таксама ў старыя гады даваў вялікі процант сьмяротнасьці; у 1886 г. гэты процант быў роўны 54,6 проц., к 1914 г.—на 1.890 выпадкаў ГЭ пры раку страўніка—31,5 проц.; рускі матэрыял к гэтаму году—318 выпадкаў ГЭ даў 34 проц. У наш час мы маем 25 проц., 21 проц., нават 14,7 проц., сьмяротнасьці пры ГЭ.

Усе гэтыя факты сьведчаць аб крайняй няўстойлівасьці ракавых хвароб, аб позьняй іх апэравальнасьці, аб запушчанасьці выпадкаў і т. д. Апошнія дэманструецца і лічбай сьмяротнасьці ў 5,3 проц. пры пробнай ляпоратоміі (Штых).

Той самы момант, які мы адзначылі пры раку страўніка, выяўляецца і пры раку жоўцевых шляхоў, дзе, паводле статыстыкі Штых, і радыкальныя, і паліятыўныя апэрацыі даюць амаль аднолькавую сьмяротнасьць.

55 апэрацый . . . : 9 сьмярцей—16,4 проц. сьмяротнасьці.  
89 пробных ляпор . . . 12 сьмярцей—12,4 проц. . .

Непасрэдныя вынікі лячэньня рака тоўстай кішкі наогул таксама ня зьяўляецца бліскучымі. Лічбы розных аўтароў вельмі рознастайныя: так, у некаторых статыстыках сустракаецца 9-16 проц. (Мэйо) і 60 проц. (Уорэн і інш.). Калі ўзяць некалькі асноўных статыстык з больш-менш значным лікам выпадкаў раку тоўстай кішкі, дык у 11 сучасных аўтароў на 1.255 выпадкаў сярэдні процант сьмяротнасьці аказваецца роўным 24,5 проц. (лічачы тут, як радыкальныя так і паліятыўныя апэрацыі). Значыць памірае кожны чацьвёрты хворы.

Аднэй з самых галоўных прычын паміраньня хворых зьяўляецца запушчанасьць выпадкаў, стан хронічнага ілеуса—атручваньня— у якім яны знаходзяцца.

Другая статыстыка дае на 434 выпадкі раку тоўстай кішкі яшчэ горшыя вынікі—38,7 проц. сьмяротнасьці. Шаак лічыць для рускіх аўтароў характарным нават 50 проц. сьмяротнасьці. Як вядома, спосабам зьмяншэньня процанту сьмяротнасьці зьяўляецца двухмомантная рэзэкцыя. Сапраўды, існуюць тыя, якія сьцьвярджаюць гэта. Так, адна зборная статыстыка дае: пры аднамомантнай рэзэкцыі на 207 выпадкаў—88 сьмярцей—14,5 проц., пры двухмомантнай рэзэкцыі—на 146 выпадкаў—22 сьмерці, 15 проц. Уорэн вылічвае на сваім матэрыяле пры аднамомантнай рэзэкцыі сьмяротнасьць у 60 проц., пры двухмомантнай—30 проц. Але іншыя статыстыкі даюць іншы малюнак: усё залежыць ад таго, якой цяжкасьці выпадкі падлягаюць двухмомантнай рэзэкцыі.

Рак кутніцы, як відаць, даваў раней у сярэднім 20 проц. сьмяротнасьці (пры пазабрушных мэтодах); Крэнляйн (1873-1899) на 881 выпадак меў 19,4 проц. сьмяротнасьці; Равэ—больш новая статыстыка—на 335 выпадкаў—20 проц.

Цяпер называюць меншыя лічбы: адны гавораць пра 3,7-14 проц., іншыя—ад 3,7 проц. да 22 проц. Аднак, статыстыкі раду спрактыкаваных хірургаў са значнымі лічбамі, таксама не асабліва бліскучыя: Эйзэльсбэрг дае 10-16 проц.; Кютнэр—22,5-17,3 проц.; Быхаўскі—15-20 проц.; Спасакукоцкі—13 проц.; Пошэ—10 проц. Сярэдні процант сьмяротнасьці пры раку кутніцы—15 проц.

Ракі кутніцы, якія сядзяць больш высока і патрабуюць камбінаваных апэрацый, даюць да 40 проц., ва ўсякім разе ня менш, як ракі тоўстай кішкі.

Пры пухлінах нырак зусім старыя статыстыкі давалі вялікі процант сьмяротнасьці:

да 1890 г. паводле Гюйона—62,6 проц.

ад 1890 да 1899 „ „ —19,3 „

Як відаць, гэты апошні процант застаецца і цяпер: Фэдараў да 1923 г. на 959 апэрацый (ад 1902 па 1921 г.) атрымаў 20 проц. сьмяротнасьці. Магчыма, што за самыя апошнія гады гэты процант зьменшыўся: так, Пашэн (1916 г.) дае 11,1 проц., Штых—15,4 проц.; Фэдараў—7 проц.

Рак простаты дае паводле Досо (1927 г.) 30 проц. сьмяротнасьці.

Рак мочавага пузыра—27-28 проц. (*Мартынаў, Фёдараў* Аднак, *Томсон Уокер* далі такія вынікі: на 126 рэзэкцый пузыра—8 сьмярцей, г. зн. 6,3 проц. Толькі 27 проц. перажылі 3 гады.

Саркома мае меншую ролю, як рак. Паводле даных *Шамуні*, саркоматозных пухлін у 6-10 разоў менш, як ракавых. Прыблізна такія-ж даныя і іншых аўтароў. Напр., згодна лічбам *Тоічкіна* за 10 год у Пецярбургу памерла ад саркомы—706 чын і 7.706 жанчын, а ад саркомы—637 мужчын і 641 жанчына. г. зн. процант раку быў роўны 91,6 проц., а саркомы—8,4 проц. У мяне на 212 выпадкаў раку была 21 саркома. Але сустракаюцца і іншыя суадносіны. Напр., у Дзьяканава на 1.035 выпадкаў раку было 256 сарком (4:1). У *Бабука* на 478 ракаў налічвалася 124 саркомы (4:1).

Уяўленьне пра саркомы дае статыстыка *Кютнэра*: на 55 опэраваных хворых памерла ад опэрацыі 6,5 проц.; праз 3 гады засталася жывых—толькі 30 проц.

Аднак, усе зьмешчаныя вышэй даныя і лічбы не даюць нават і ў невяліччай меры адказу на пытаньне: якая сапраўдная сьмяротнасьць пры раку цяпер і як надалей змагацца з гэтым захворваньнем? Таму ўсе папярэднія лічбы я лічу неабходным папоўніць яшчэ некаторымі фактамі.

Якой зьяўляецца опэрабельнасьць ракаў, з якімі зьвяртаюцца да хірурга? Аказваецца, што з ліку тых, якія зьявіліся ў больніцы, колькасьць выпадкаў опэрабельных ракаў была роўная паводле:

<i>Пэйчыча</i> (Юга-Славія) . . . . .	41,6 проц.
<i>Балярскага</i> (Украіна) . . . . .	55 „
<i>Шора</i> (Амэрыка) . . . . .	83,2 „
<i>Джыбсон</i> (Амэрыка) . . . . .	75 „

Можа гэтыя лічбы выпадковыя, але ўсё-ж кідаецца ў вочы, што больш культурныя краіны даюць і большыя лічбы опэрабельнасьці раку.

Сэнс гэтых лічбаў высвятляецца пры далейшым дасьледаваньні. У *Шора*—радыкальная опэрацыя зроблена толькі ў 32 проц. выпадкаў; у 31 проц., толькі паліятыўная; калі выключыць памершых ад опэрацыі дык з больніцы выпушчана толькі 29,4 процанта. Інакш кажучы, на 1.000 хворых з ракам, што зьявіліся лячыцца, радыкальная дапамога падана толькі 294 хворым.

Яшчэ больш цікавыя лічбы паданы *Верашчынскім* (матэрыялы *Пятрова* 1929 г.) адносна раку страўніка; на 1.119 выпадкаў

было неоперабельных . . . . .	839
падлягала паліятыўн. операц. . . . .	193
падлягала радыкальн. операц. . . . .	87
з апошніх выжыла . . . . .	50

Яшчэ лепш лёс хворых відаць з такіх лічбаў: на 134 ракі страўніка (*Шор* 1928 г.) 60 ня можна было операваць (з-за запушчанасці); 32 выпадкам рабілася пробная ляпоратомія,

20—паліятыўная операцыя,

і толькі 22—радыкальная операцыя; з іх 9 памерла ў часе операцыі; толькі 13, г. зн. 9,7 проц. выпушчана з больніцы. Такая-ж самая лічба для раку тоўстай кішкі—26,15 проц. і для раку кутніцы—22,63 проц.

Але і радыкальная операцыя не азначае, як мы добра ведаем, вылячэння. Далейшы лёс такіх хворых паказваюць лічбы *Джыбсона*: праз 2 гады засталася жыць з ліку операваных—19 проц.,—з 437 операваных хворых жыло 73, але і з іх толькі 64 ня мелі да гэтага часу рэцыдываў.

Статыстыка процанту адсутнасці рэцыдываў больш 5 год пасля рэзэкцыі раку страўніка наступная:

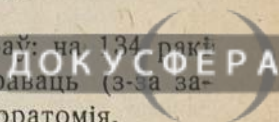
<i>Лерыш</i> . . . . .	20,8 проц.
<i>Петэрсон-Кольмэрс</i> . . . . .	20 "
<i>Крайль</i> . . . . .	20 "
<i>Пайр</i> . . . . .	20 "
<i>Мэйо</i> . . . . .	25 "
<i>Фінстэрэр</i> . . . . .	31 "

Для раку кутніцы—паводле *Брайцэва*—на 748 выпадкаў процант адсутнасці рэцыдыву на працягу 3 год—22 проц.

Калі зробім падлік лічбам *Джыбсона*, дык выйдзе, што з 485 ракавых хворых, што з'явіліся ў госпіталь *Нью-Ёрка*, праз 12 г. засталася жыць 85 чалавек, г. зн. 17 проц., а 83 проц. памерла. Вось жудасныя лічбы сапраўднасці. Калі мы аб'яднаем усе даныя, дык мы зможам сказаць, што ў сярэднім хірургія здольна захаваць жыццё каля 20 проц. операваных хворых.

Сярэдняя працягласць цяжэння раку розных органаў—ад 38 да 10 месяцаў.

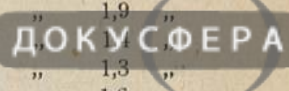
Шмат якія анколёгі лічаць, што кожны ракавы хворы ў сярэднім живе 3 гады.



Як дадатак, змяшчаю некаторыя даныя пра сьмяротнасьць ад дабраякасных пухлін.

З дабраякасных пухлін сьмяротнасьць даюць міомы маціцы, кістомы яечніка, адэномы. Процэнт сьмяротнасьці роўны 1,3-1,9 проц. Атрыманы ён на падставе вялікіх лічбаў.

Расія	1881 г.	на 11.438	выпадкаў	154	сьмяротных	вынікі—1,3 проц.
	1892 г.	" 9.043	"	174	"	" 1,9 "
	1902 г.	" 14.724	"	220	"	" 1,3 "
	1912 г.	" 28.070	"	387	"	" 1,3 "
Германія	1923 г.	" 28.753	"	477	"	" 1,6 "
	1924 г.	" 31.010	"	500	"	" 1,6 "
	1925 г.	" 35.483	"	645	"	" 1,8 "
	1926 г.	" 38.308	"	662	"	" 1,7 "



У больнічным стацыянарным матэрыяле сьмяротнасьць крыху большая, як паказваюць лічбы *Джыбсона* (1927 г.).

Адэномы . . . . .	6	опэрацый—2	сьмерці
Ангіомы . . . . .	15	"	"
Кістомы . . . . .	105	"	2
Фібромы . . . . .	14	"	"
Ліпомы . . . . .	40	"	"
Міэлёмы . . . . .	—	"	"
Нэйромы . . . . .	2	"	"
Остэомы . . . . .	6	"	"
Папілёмы . . . . .	26	"	"
Рэтэнц. кісты . . . . .	27	"	"
Фіброміомы . . . . .	125	"	6
Іншыя . . . . .	35	"	"
	401		10—2,5 проц.

## Вывады.

Падыходзячы да ацэнкі змаганьня з ракавай сьмяротнасьцю ў будучым, мы сутыкаемся з пытаньнем пра захворвальнасьць на рак. У гэтай групе захворваньняў мы маем справу з момантам, якога ня было ў папярэдніх групах: калі мы можам разлічваць ня тое, што колькасць траўм зьменшыцца ці застанецца стацыянарнай, калі лік запальных захворваньняў таксама прыкметна не зьмяняецца, дык ракавыя захворваньні, як відаць, павялічваюцца ў сваёй колькасьці.

У спрэчках пра тое, ці павялічваецца сьмяротнасьць ад раку ці не,—мы далучымся да тых, хто лічыць, што сьмяротнасьць павялічваецца.



У кнізе *Ліўшыца* выразна падтрымліваецца тэзіс нарастаньня раку на аснове даных раду аўтарытэтных аўтароў.

Доказам зьяўляюцца наступныя лічбы:

Процэнт ракавай сьмяротнасьці ў Парыжы ў стасунку да агульнай сьмяротнасьці.

1903 г. . . . .	5,84 проц.	1920 г. . . . .	7,96 проц.
1908 г. . . . .	6,21 "	1921 г. . . . .	8,35 "
1913 г. . . . .	6,99 "	1922 г. . . . .	9,22 "
1918 г. . . . .	6,11 "		

**ДОКУСФЕРА**

Сьмяротнасьць ад раку ў *Нью-Ёрку* (на 100.000).

1891-1895 г. г. . . . .	5,9	1906-1910 г. г. . . . .	7,6
1896-1900 г. г. . . . .	6,4	1911-1915 г. г. . . . .	8,4
1901-1905 г. г. . . . .	6,9	1916-1920 г. г. . . . .	9,1

Лічбы *Гофмана*: на 10.000 насельніцтва памерла ад раку:

	1896-1900 г.	1900-1910 г.		1896-1900 г.	1906-1910 г.
Англія . . . . .	8,0	9,4	Голяндыя . . . . .	9,1	10,3
Ірляндыя . . . . .	5,8	7,8	Швэйцарыя . . . . .	12,7	12,5
Шатляндыя . . . . .	7,7	9,9	Аўстрыя . . . . .	6,7	7,8
Норвэгія . . . . .	8,5	9,6	Вянгрыя . . . . .	3,0	4,3
Данія . . . . .	11,8	13,7	Італія . . . . .	5,0	6,3
Германія . . . . .	7,0	8,4	Францыя . . . . .	9,7	10,2

Лічбы, датычныя СССР (паводле *Званіцкага*)—сьмяротнасьць на 10.000 насельніцтва:

1895 г. . . . .	8,8	1915 г. . . . .	9,0
1900 г. . . . .	8,6	1920 г. . . . .	8,2
1905 г. . . . .	9,7	1924 г. . . . .	9,5
1910 г. . . . .	9,2		

Павялічэньне абсалютнага ліку захворваньняў на рак адзначаецца і ў Германіі:

1923 г. . . . .	49108	1925 г. . . . .	61259
1924 г. . . . .	57030	1926 г. . . . .	64557

Праўда, можна было-б узяць цэлы рад статыстык, дзе даводзіцца, што ніякага нарастаньня сьмяротнасьці няма; але ўсё-ж такі паданьня вышэй лічбы настолькі пераканальныя, што тэзіс пра некаторае ўзрастаньне ліку ракавых захворваньняў трэба лічыць правільным.

З гэтага палажэньня трэба зрабіць вывад, што значнага зьмяншэньня сьмяротнасьці можна чакаць толькі тады, калі ў справе вялячэньня раку мы атрымаем радыкальны пералом; у іншым выпадку процэнт невялікага палепшаньня нашых рэзультатаў

будзе паглынацца процантам павялічэння самай колькасці захворванняў.

Паколькі асноўным сродкам змаганьня з ракам і цяпер зьяўляецца апэрацыя, мы вымушаны зьвярнуцца да пасьялопэрацыйнай сьмяротнасьці.

Вельмі вялікую сьмяротнасьць ракавых хворых у хірургічных аддзяленьнях лёгка вытлумачыць: тут злучаецца некалькі фактараў—стары ўзрост, агульная няўстойлівасьць ракавых хворых, запушчанасьць выпадкаў і цяжкасьць самага ўмяшаньня.

Агульная няўстойлівасьць ракавых хворых добра характарызуецца лічбамі сьмяротнасьці іх і пры так званых палітыўных апэрацыях, а тым больш—пробных апэрацыях. Процант сьмяротнасьці пры пробных ляпаторыях пры раку страўніка роўны ў *Мэйо*—3 проц.; у *Кютнэра*—4-5 проц.; у *Мюлер*—16,8 проц. *Пайр* ацэньвае яго ў—10 проц.

Няўстойлівасьць ракавых хворых характарызуецца яшчэ тым, што яны лёгка гінуць ад інтэркурэнтных захворванняў.

Так, паводле даных *Русі* і інш., на 77 выпадкаў сьмерці ад раку ў аднэй установе апошняя здарылася ад кахэксыі ў 24 выпадкаў; ад далучанай інфэкцыі—у 6 выпадках, і ад інтэркурэнтных захворванняў лёгкіх і сэрца—у 47 выпадках, г. зн. у  $\frac{2}{3}$  выпадкаў хворыя паміралі ў выніку выкліканай ракам няўстойлівасьці арганізму. Ня дзіва, што лёгкачныя аскладненьні пасля апэрацыі вырываюць з жыцьця такую вялікую колькасць апэраваных хворых.

Значэньне больш раньняй зварачальнасьці да хірурга і добрых умоў дэманструе статыстыка *Уайта*—пры раку кутніцы: у яго было на больнічных выпадках—30 проц. сьмяротнасьці, а ў прыватнай практыцы—12.

Ня буду гаварыць пра профіляктыку ракавых захворванняў, бо ў гэтай галіне наўрад ці мы маем канкрэтныя даныя. Агульныя паказаньні ў гэтым сэнсе, датычныя ежы, распарадку жыцьця і пазьбяганьня шкодных прывычак (курэньне, алькоголь)—настолькі агульна прызнаныя, што прапаганда ў гэтым сэнсе можа толькі супадаць з агульным кірункам культурнага разьвіцьця нашага жыцьця.

Да знаходжаньня радыкальнага спосабу ўздзеяньня на рак,—справа зводзіцца да раньняй дыягностыкі і раньняй апэрацыі. У парушэньні першага і другога вінаваты і ўрачы, і хворыя. Усё гэта настолькі зразумела, што я абмяжуюся толькі цытатай з *Болярскага*: „3 прычыны таго, што хвароба запушчалася ня-

рэдка не па віне хворых, якія зварачаліся да ўрачоў сваячасова, а дзякуючы нераспазнаваньню раньняга раку ўрачамі, неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу ўрачоў на недапушчальнасьць трафарэтных дыягназаў, як „катар страўніка“, „язва шыйкі маціцы“, „мэтрорагія“, „хронічны мастыт“, „геморой“ і т. д., чым асабліва часта грашаць тарапэўты, да якіх упяршыню трапляюць хворыя і часта лечацца бяз посьпеху месяцамі і гадамі і накіроўваюцца да хірурга, як да апошняга сроку ляжэння ў спазьненнем“.

## 5. Расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні.

Наступная група—расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні—уключае ў сябе вялікую колькасьць разнастайных захворваньняў, сярод якіх ёсьць і такія, што даюць даволі значную сьмяротнасьць. У гэтую групу я залічаю:

- а) расстройствы жыўленьня на глебе судзістых зьмен
- б) „ „ „ „ нэўрогенных момантаў
- в) „ „ „ „ эндокрынных захворваньняў
- г) „ „ „ „ парушэньняў абмену матэрыяў
- д) „ „ „ „ парушэньняў статыкі органаў

З прычыны немагчымасьці ахапіць усе захворваньні, я спыняюся толькі на некаторых—якія або вызначаюцца сваёй масавасьцю, або даюць вялікую сьмяротнасьць.

### Грыжы.

Грыжы складаюць даволі значны контынгент хірургічных захворваньняў. Не закранаючы пытаньня пра распаўсюджанасьць грыжы сярод насельніцтва, зьвярну ўвагу на тое, як часта бываюць грыжы ў хірургічных стацыянарных хворых. 50 год таму назад грыжы складалі толькі малы процант у стацыянарах:

Госьпіталь Бартолёмья (1873 г.)	на 3450 хворых—33	грыжы—0,1 проц.
Базэль (больніца) (1874 г.)	„ 654 „	4 „ (зашчэпленыя) —0,65 проц.
Госьпіталь сьв. Георга (1872 г.)	„ 1074 „	9 „ —0,45 проц.
Тамбоўская земская больніца 1879-1899 г. г.)	„ 3717 „	31 „ —0,8 проц.

Цяпер сярэдні процант грыж у звычайных хірургічных стацыянарах каля 8-9-10 проц.—да 20 проц., як гэта відаць з некаторых лічбаў.

Сярэдняя лічба роўна 10 проц.: на 75.541 хірургічных стацыянарных хворых у хірургічных аддзяленнях было 7.796 грыж, г. зн. 10,2 проц. (аддзяленьні Мартынава, Інстытут імя Скліфасоўскага, Залога, Юдзін, б-ца імя Дастаеўскага, Ардатаўская, Шэнкурская, Нова-Нікалаеўская, Бабухінская, *Штых, Пэтрэн, Рубашоў*).

Якая сьмяротнасьць пры грыжах? Калі мы возьмем вялікія лічбы дзяржаўных статыстык, дык для Расіі за 1912 года насць будзе—3,1 проц., а для Германіі за 1923-1926 г.г.—2,1 проц. Прымем апошнюю лічбу—2,1 проц.,—якая паказвае сьмяротнасьць апошніх год, і пры гэтым культурнай краіны. Такім чынам, яшчэ і цяпер на 100 чалавек з грыжамі памірае 2 чал. Гэтым лічбам адпавядаюць і даныя паасобных клінік і больніц: *Штых* дае 1,6 проц. (на 3.765 грыж) *Пэтрэн*—0,5 (на 1.100 грыж); *Юдзін*—1,4 проц. (на 282); *Залога*—3,5 проц. (на 809); *Возьнясенскі*—2 проц. (на 658); Інстытут імя Скліфасоўскага—2 проц. (на 390); *Міхалкін*—1,6 проц. (на 2.580) і т. д.; у мяне—0,8 проц. (на 628).

Ці зьменшылася сьмяротнасьць пры грыжы? Для прыкладу пакажу сьмяротнасьць больніц: нямецкай—*Бэтанія* (1876 г.)—23 проц.; ангельскай больніцы (1873 г.)—34 проц.; рускай—*Басманная* (1891 г.)—19 проц.

Для Расіі я магу падаць такія лічбы:

1858 г. . . . .	23 проц.	сьмяротнасьці
1881 г. . . . .	11	„ „
1892 г. . . . .	12	„ „
1902 г. . . . .	6	„ „
1912 г. . . . .	3,1	„ „

Германія за 1923-1926 г.г. на 315.638 грыж мела 2,1 проц. сьмяротнасьці.

Сьмяротнасьць ад грыж бязумоўна зьменшылася. У іншым аспэктце, але з тым самым эфэктам агульнага зьмяншэньня—ілюструюць гэта і амэрыканскія лічбы:

На 100.000 насельніцтва ў ПАЗШ памерла ад грыж	1901-1905 г.	1906-1910 г.	1911-1915 г.	1916-1919 г.	1920	21-22
	13	12,9	11,7	11,2	10,6	10,6

Нажаль, і вольная грыжа пры лячэньня дае пэўны процант сьмяротнасьці. Раней, як мы ўжо бачылі, сьмяротнасьць была даволі значнай. За апошнія гады мы маем розныя лічбы. *Крымаў* гаворыць пра 1-0,9 проц.; хоць рэдка, але сустракаем і больш значныя лічбы—2,5 проц. (*Шэнкурская* больніца).

Вельмі цікавай зьяўляецца германская статыстыка, заснаваная на вялікіх лічбах:

1923 г.	. . . . .	53.345	грыв	0,6	проц.	сьмяротнасці
1924 г.	. . . . .	62.079	„	0,6	„	„
1925 г.	. . . . .	69.945	„	0,65	„	„
1926 г.	. . . . .	75.689	„	0,6	„	„

З другога боку ёсць і вялікая колькасць вольных грыж, пры якіх сьмяротнасць роўная 0. Зразумела, іменна гэту арганічную лічбу—„0“ і трэба лічыць нормальнай. Я ў раду рускіх аўтароў—10.591 апэраваную вольную грыжу без адной сьмерці.

Матэрыял маёй клінікі такі:

Вольныя грыжы:

Пахвінная	410	выпадакў	0	сьмярцей	0	проц.
Сьцягновая	26	„	„	„	„	„
Пасьляопэрацыйныя	21	„	„	„	„	„
Пупковая	6	„	„	„	„	„
Грыжа белай лініі	52	„	„	„	„	„
	515		0		0	„

Падам яшчэ матэрыял адной амэрыканскай больніцы (Джыбсон) (1913-1927 г.г.)

Сьцягновая гр.—93	выпадкі—1	сьмерць—0,9	проц.	сьмяротнасці
Пахвінная	1.744	„ 6	0,4	„ „
Пупковая	52	„ 3	6,0	„ „
Пасьляопэрац.	128	„ 4	3	„ „
	2.017	„ 14	0,7	„ „

Зашчэпленыя грыжы даюць такую сьмяротнасць: старыя статыстыкі (1872-1876 г.г.) паказваюць 50-60 проц. сьмяротнасці; затым у канцы мінулага стагодзьдзя і ў самым пачатку цяперашняга—сьмяротнасць зьяўляецца—23,5-31-20-18-13 проц. <sup>1)</sup> Нарэшце, у нашы гады яна вагаецца паміж 17-15 і 6 проц.

Вельмі добрае выражэньне сьмяротнасці даюць германскія лічбы за 1923-1926 г. г., заснаваныя на некалькіх дзесятках тысяч (53.520) выпадках зашчэпленых грыж—9 проц. У абсолютным выражэньні гэта значыць, што ў Германіі штогод памірае ад грыжы больш тысячы чалавек—сьмерці гэтыя зусім непатрэбныя, лішнія.

<sup>1)</sup> Зашчэпленыя грыжы давалі яшчэ ў *Більрота* 52 проц. сьмяротнасці.

Калі ўзяць сярэдняю лічбу 11 аўтароў (вялікія ўстановы), дык атрымаем сьмяротнасьць у 10 проц.; аднак, у шмат якіх аўтароў проц. сьмяротнасьці ніжэй сярэдняга—*Шылаўцоў* вызначае яго ў 6,5 проц.; Інстытут імя Скліфасоўскага—у 6,5 проц.; Юдзін—у 8 проц.; *Штых*—у 8,8 проц.; Бердзянская больніца у 6 проц. і т. д.; у мяне ён 4,4 проц.

Мой матэрыял зашчэмленых грыж складаецца з наступных лічбаў:

ДОКУСФЕРА

Пахвінная	78	выпадакў—	5	сьмярцей—	6,5	сьмяротнасьці
Сьцягновая	22	„	0	„	0	„
Пупковая	7	„	0	„	0	„
Белае ліні	5	„	0	„	0	„
Траўматычная	1	„	0	„	0	„
	113	„	5	„	4,4	проц.

Калі параўнаць першыя дзесяць год нашага стагодзьдзя з апошнімі гадамі, дык і тут мы бачым розьніцу.

Паводле *Мельнікава* сьмяротнасьць (у проц.) ад зашчэмленых грыж:

	Да вайны	Пасля вайны
Зашчэмл. пахвінныя	15,5	13,4
„ сьцягновыя грыжы	21,6	11
„ зь белай ліні	1,7	0

Вельмі характарнай зьяўляецца далей табліца Джыбсона—зьмяншэньне сьмяротнасьці ад зашчэмленых грыж за прамежак часу ад 1913-1919 г. г. да 1919-1927 г. г.

	1913-1919 г. г.	1919-1927 г. г.
Грыжа сьцягновая	11 вып. 1 сьм. 9 проц.	23 вып. 1 сьм. 4 проц.
„ пахвінная	41 „ 6 „ 14 „	58 „ 4 „ 7 „
„ пупковая	9 „ 5 „ 55 „	11 „ 2 „ 18 „
„ брушн.		
сьценкі	5 „ 3 „ 60 „	7 „ 2 „ 28 „

Калі зашчэмленая грыжа дае вялікую сьмяротнасьць, дык гангрэзная грыжа дае яе ў значна больш сур'ёзных разьмерах. Процант ад 9 (калі мы возьмем яго за сярэдні) узрастае да 22, 32, 40-55. Праўда, раней гэты процант быў яшчэ большы—75-76-81-50 і т. д. Ва ўсякім выпадку, гэты процант сьмяротнасьці залежыць ад часу зьяўленьня хворага і асабліва моцнаму зьніжэньню не падлягае.

Параўноўваючы, такім чынам, процант сьмяротнасьці пры операцыі вольнай грыжы (0,6 проц.) і грыжы зашчэмленай

(9 проц., а гангрэознай—да 25-30 проц. і больш), мы цалкам павінны далучыцца да тых аўтароў, якія падкрэсьліваюць, што зарука зьмяншэньня сьмяротнасьці пры грыжах ляжыць у больш раньняй зьвяртальнасьці хворых да опэрацыйнага лячэньня.

А між іншым—пра што гавораць факты?

Па-першае, мы павінны констатаваць, што суадносіны паміж вольнымі і зашчэмленымі грыжамі вельмі значныя, а гэта значыць, што вялікі процант хворых зьвяртацца за дапамогаю толькі тады, калі грыжа зашчамілася.

Згодна вялікім германскім лічбам ад 25 проц. да 18 проц. хворых на грыжу зьяўляецца ў больніцу толькі пры зашчэмленьні, г. зн. кожны пяты ці шосты хворы толькі тады зьяўляецца для лячэньня, калі грыжа зашчэміцца. І гэта ў адносінах да захворваньня, да лячэньня якога ўсе даўно прывыклі і якое такую дае нязначную сьмяротнасьць! У жанчын гэтыя суадносіны яшчэ большыя—гэта зразумела, калі ўзяць пад увагу некаторыя меркаваньні—частасьць сьцягновай грыжы ў жанчын, меншыя скаргі на грыжу ў апошніх і т. д.

Суадносіны паміж вольнымі і зашчэмленымі грыжамі:

**Германія**

		1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Для жанчын і мужчын	вольныя грыжы . . .	53.375	62.079	69.975	75.689
	зашчэмлен. грыжы . .	13.516	12.728	13.638	13.538
		23 проц.	20,5 проц.	19 проц.	18 проц.
У жанчын	вольн. грыжы . . .	16.910	16.149	17.882	19.904
	зашчэмлен. грыжы . .	6.209	5.259	5.353	5.419
		37 проц.	33 проц.	29 проц.	27 проц.

*Залого (22 г.) Юдзін. Дзвяканаў. Вазьнясенскі. Штых. Мой матэрыял.*

вольн. грыжы . . .	709	262	94	625	3.151	515
зашчэмл. гр. . .	100	20	4	33	514	113
% %	14 проц.	8 проц.	4,5 проц. <sup>1)</sup>	5,5 проц.	16 проц.	22 проц.

Працягласьць нашэньня грыжы да яе зашчэмленьня звычайна бывае значная. У *Мальгэня* на 98 зашчэмленых грыж была 61 грыжа, якая існавала больш 20 год. Працягласьць існаваньня грыжы да зашчэмленьня ў *Бэржэ* (на 239 выпадкаў):

у 48 выпадках—зашчэмленьне адбылося хутка пасля пачатку грыжы.	
„ 89 „ „	пасля таго, як грыжа праіснавала да 10 год.
„ 102 „ „	„ „ „ „ „ „ больш 10 г.

Працягласьць нашэньня пахвіннай грыжы да зашчэмленьня ў *маім матэрыяле* была роўная:

<sup>1)</sup> Малыя лічбы, зразумела, могуць быць выпадковымі.

ад 1 да 3 мес.	. . . . .	2	выпадкі	—	4 проц.
„ 3 „ 12 „	. . . . .	4	„	—	8 „
„ году „ 5 г.	. . . . .	12	„	—	24 „
„ 6 г. „ 10 г.	. . . . .	13	„	—	26 „
„ 11 „ „ 15 „	. . . . .	6	„	—	12 „
„ 16 „ „ 20 „	. . . . .	5	„	—	10 „
„ 21 „ „ 30 „	. . . . .	3	„	—	6 „
больш 30 год	. . . . .	1	„	—	2 „

47 выпадкаў

ДОКУСФЕРА

Да 1 г.—усяго 12 проц.; ад 1 г. да 10 г.—50 проц.; 30 проц. грыжа насілася больш 10 год!

Доўгае існаванне грыжы да яе зашчамленья сьведчыцца і тым, што паміраюць ад зашчэмнай грыжы пераважна пасля 40 г. Вось лічбы *Шэўчанкі*: 75 проц. прыпадае на ўзрост больш 41 г. Зразумела, што грыжа ў гэтыя гады бывае і больш небясьпечнай.

Ня трэба, аднак, думаць, што зашчэмная грыжы ў дзяцей праходзяць асабліва лёгка. *Фэрэ* (1881 г.) даў лічбы сьмяротнасьці пры зашчэмнай грыжы ў дзяцей—34,6 проц. і 47,8 проц. Шылаўцоў указвае за апошнія гады сьмяротнасьць ад 8,3 проц. да 30,3 проц. *Гайле* (1927 г.) меў 2 сьмерці на 8 зашчэмленых грыж у толькі што народжаных дзяцей.

Хворыя наогул не сьпяшаюцца апэраваць сваю грыжу.

Працягласьць існаваньня грыжы (пахвіннай вольнай) да зьвяртанья хворага за дапамогаю паводле матэрыялу маёй клінікі:

ад 0 да 7 дзён	. . . . .	1	—	0,2 проц.
„ 7 дзён да 1 мес.	. . . . .	8	—	2 „
„ 1 мес. „ 3 „	. . . . .	23	—	6 „
„ 3 „ „ 12 „	. . . . .	66	—	17 „
„ 1 г. „ 5 г.	. . . . .	135	—	33 „
„ 5 „ „ 10 „	. . . . .	78	—	19 „
„ 11 „ „ 15 „	. . . . .	33	—	9 „
„ 16 „ „ 20 „	. . . . .	21	—	5 „
„ 21 „ „ 30 „	. . . . .	26	—	6,8 „
больш 30 г.	. . . . .	8	—	2 „

409

Такім чынам зьвяртаньне да 1 г. роўна—прыблізна—25 проц. 75 проц. зьяўляюцца пасля 1 г., пры чым 50 проц.—ад 1 году; да 10 год.

**Вывад:** адносна грыж пытаньне павінна быць разьвязана ў тым сэнсе, што грыжы павінны апэравацца ўсе, па магчымасьці рана, у хуткім часе пасля ўзьнікненьня іх. Калі мець на ўвазе



змяншэньне процанту сьмяротнасьці пры вольных грыжах і павесьці энэргічную прапаганду ў гэтых адносінах, дык непатрэбныя сьмерці пры іх могуць быць амаль цалкам ліквідаваны.

### Язва страўніка.

Якая сьмяротнасьць ад язвы страўніка? У гэтым сэнсе вельмі павучальнымі зьяўляюцца лічбы Германіі.

1923 г.—37.504	выпадкі язвы страўніка—2.298	сьмяротнасьць—3,5 проц.
1924 г.—39 998	„ „ „ 1.950	„ 5 „
1925 г.—46.403	„ „ „ 2.101	„ 4,5 „
1926 г.—46.152	„ „ „ 2.056	„ 4,5 „

Калі мы возьмем сярэднія лічбы раду хірургаў, дык у 10 хірургаў на 2.127 выпадкаў было 103 сьмерці, г. зн. 5 проц. Значыць гэты процант адпавядае сярэдняй сьмяротнасьці ад язвы страўніка.

Сапраўднае значэньне пасьялопэрацыйнай сьмяротнасьці можна-б было выявіць толькі тады, калі-б нам было вядома, які процант хворых памірае пры лячэньні выключна кансэрватыўным. Нажаль, апошніх лічбаў мала. Паводле даных *Вэстфален* (1910 г.), пры ўнутраным лячэньні памірае 10 проц. хворых з язваю страўніка; паводле *Лейбэ*—2 проц.; *Хэсіна*—14 проц.

Гэ пры язьве страўніка цяпер павінен даваць нязначную сьмяротнасьць. Даныя 29 аўтароў (апошнія гады) на 4.099 выпадкаў паказваюць сярэдняю сьмяротнасьць—6 проц. Гэ паводле *Назарава* дае ад 1,4 проц. да 14,9 проц. наогул—6-8 проц. сьмяротнасьці.

Аднак, і гэты процант не дае яшчэ правільнага ўяўленьня, бо мы маем цэлы рад статыстык са сьмяротнасьцю меншай за 6 проц.: *Абрумянц*—0 проц. (на 80 выпадкаў); *Ангелеска*—0 проц. (на 100 выпадкаў); *Юдзін*—1,3 проц. (на 84); *Гальперын*—3,9 проц. (на 466); *Волкаў*—1,4 проц. (на 281); *Агрынскі*—1 проц. (на 607); *Фёдараў*—4 проц.; *Кауш*—ад 1 проц. да 4 проц. (у сярэднім 2 проц.); *Усьпенскі*—2,1 проц.

Заснавальнік мэтоду рэзэкцыі пры язьве страўніка—*Більрот*—меў у 1885 г. 10 сьмяротных выпадкаў на 18 апэрацый, г. зн. больш 50 проц. Да 1910 г. рэзэкцыя пры язьве страўніка, паводле статыстыкі *Варнэке*, давала 42,3 проц. (а таксама ў статыстыках цэлага раду нямецкіх аўтароў—43 проц.).

На міжнародным хірургічным конгрэсе 1929 г. дакладчыкі (*Рыбас*, *Лярдэнуа*) гаварылі пра 2-6-8 проц. сьмяротнасьці. 2 проц. сьмяротнасьці маюць *Габэрэр*, *Мойніген*. Калі ня браць пад

увагу іх даных, дык сярэдні процант сьмяротнасьці пры рэзэкцыі страўніка з прычыны язвы апошняга цяпер можна лічыць роўным 14 проц. Праўда, гэту статыстыку вельмі абцяжаюць малыя лічбы з вялікай сьмяротнасьці; вялікія статыстыкі даюць лепшы малюнак—9 проц. Рускія лічбы даюць паводле ўзорнай статыстыкі *Магазініка*—12,2 проц. пры язьве страўніка і 13,2 проц. —пры язьве дванаццаціпалай кішкі. Але і тут ёсьць лепшыя лічбы: у справаздачы *Юдзіна* мы бачым 7 проц. сьмяротнасьці на 65 рэзэкцый. Пры вывучэньні прычын гэтай сьмяротнасьці мы павінны констатаваць, што тут мы маем звычайна больш цяжкія выпадкі: калезная язва, нярэдка пранікальная язва, г. зн. такія выпадкі, якія пры тэрапэўтычным лячэньні ніякага эфэctu не даюць.

Ілеус. Прогноз пры ілеусе наогул вельмі цяжкі. Паводле *Страсбургера* вялячэньне ілеуса без апэрацыі магчыма толькі пры дынамічнай яго форме. Часам мы назіраем самавялячэньне і пры іншых відах ілеуса: напр., пры інвагінаце ў дарослых, пры адыходзе інвагінату пасля яго зьмярцвевеньня.

Аднак, выпадкі самавялячэньня пры мэханічным ілеусе бываюць вельмі рэдка, і апэрацыйнае ўмяшаньне зьяўляецца адзіным спосабам выратаваньня жыцьця хворага.

Старыя лічбы былі дастаткова безнадзейныя. Да 1873 г. памірала 73 проц. хворых (Англія). Потым у канцы мінулага і пачатку цяперашняга стагодзьдзя ўстанавілася лічба сьмяротнасьці паміж 50 проц. і 60 проц.; з вядомымі ваганьнямі яна ў асноўным застаецца і цяпер, як гэта паказваюць зьмешчаныя ніжэй лічбы. Аднак, ёсьць тэндэнцыя да палепшаньня, якая заключаецца ў тым, што павялічваецца колькасьць статыстык з лічбамі, ніжэй 30 проц. 40 проц., і зьяўляецца нават статыстыкі з 19 проц. (*Гольдэр*). Праўда, у гэтых апошніх, пры іх аналізе, мы звычайна не знаходзім цяжкіх выпадкаў.

<i>Красінцаў</i> . . . . .	81	выпадак	50 проц.	сьмяротнасьці
<i>Абухоўская б-ца</i> . . . . .	511	„	56	„
<i>Залого</i> . . . . .	21	„	71,4	„
<i>Джэбсон</i> (1913-1919 г. г.) . . . . .	36	„	41,6	„
„ (1919-1927 г. г.) . . . . .	39	„	47	„
<i>Спасакукоцкі</i> . . . . .	25	„	42	„
<i>Бондароў</i> . . . . .	11	„	45	„
<i>Зібэнгаар</i> (за 7 год) . . . . .	18	„	61	„
<i>Перальман</i> . . . . .	—	„	58	„
<i>Сайкоў</i> . . . . .	—	„	42,7	„
<i>Козыраў</i> . . . . .	—	„	28,8	„

Юкельсон . . . . .	—	выпадак	60,5 проц.	сьмяротнасьці.
Успенскі . . . . .	—	„	57,7 „	„
Пэртэс . . . . .	—	„	36 „	„
Кэртэ . . . . .	—	„	43,2 „	„
Дзівер . . . . .	—	„	60 „	„
Крыстэнсэн (1927 г.) . . . . .	56	„	34 „	„

Мой матэрыял за 15 год—65 выпадкаў ілеусу:

Заварот 34 выпадкі	34	опэравана	18	сьмярцей
Заварот тонкіх кіш.	19	„	12	„
„ тоўстых „	15	„	6	„
Защамленьне 11 выпад.	11	„	3	„
Івагінацыя 6 „	6	„	2	„
Динам. ілеус 6 „	6	„	3	„
Ілеус, самаст. выл. 8 „	—	„	—	„

ДОКУСФЕРА

На 65 выпадкаў—26 сьмярцей—40 проц.; на 57 опэраваных выпадкаў—26 сьмярцей—45 проц.

Калі ўзяць вялікія лічбы, дзе разам з цяжкімі ёсьць і лёгкія выпадкі, дык процант будзе крыху меншы. Напр., сярэдняю сьмяротнасьць пры ўсякіх відах, вызначаных як ілеус, паказвае германская статыстыка.

1923 г. . . . .	5.979	выпадкаў—	1.836	сьмярцей—	30 проц.	сьмяротнасьці
1924 г. . . . .	5.972	„	1.672	„	28 „	„
1925 г. . . . .	6.454	„	1.875	„	28 „	„
1926 г. . . . .	6.658	„	1.851	„	28 „	„

Такую-ж лічбу дае Гагард: на 3.064 ілеусаў у 7 госьпіталях Лёндану за 4 гады,—процант сьмяротнасьці быў—26,5. Таму 30 проц. сьмяротнасьці пры ілеусе можна лічыць сярэдняй сучаснай лічбай.

Такім чынам, посьпехі пры лячэньні ілеуса ёсьць, але ўсё-ж яны ня вельмі значныя; як відаць, найбольшы посьпех базуецца часткова на больш раннім умяшаньні, часткова на больш рацыянальных спосабах разьвязаньня опэрацыйных задач.

Вальляк і іншыя эндокрынныя захворваньні. Пры разглядзе эндокрынных захворваньняў я спынюся каротка на паражэньні шчытавіцы. Сьмяротнасьць пры опэрацыі вальляка была і ў мінулыя часы невялікай. Можна падаць лічбы Рэвардэна—на 6.103 опэрацыі—2,9 проц. сьмяротнасьці, нашых рускіх хірургаў—Баброў (1901 г.), Таубэр (1891 г.), Разумоўскі (1901 г.)—на 109 опэрацый—4 сьмерці—4 проц. і т. д. Прыблізна тыя-ж самыя стасункі мы маем і цяпер, і калі ў многіх хірургаў процант сьмяротнасьці малы, дык у другіх ён большы, як гэта паказваюць лічбы, узятыя без асаблівага выбару:

	1929 г.		2,3 проц.
<i>Штых</i> . . . . .	651	выпадак—2	сьмерці 0,3 „
<i>Джыбсон</i> . . . . .	57	„ 5	„ 9,5 „
<i>Мартынаў</i> . . . . .	46	„ 2	„ 4 „
<i>Шоур</i> . . . . .	26	„ 2	„ 8 „
	780	11	1,4 проц.

Такая самая лічба—1,4 проц. атрымліваецца і ў *Эйзэльсбэрга* на 1.953 апэрацыі вальляка<sup>1)</sup>.

Сьмяротнасьць пры Безэдавай хваробе, як **ДОКУСФЕРА** зоў большая, чым вальляку:

<i>Уольтон</i> . . . . .	189	выпадкаў	9	сьмярцей—4,9	проц. сьмяротнасьці
<i>Пэтрэн</i> . . . . .	130	„	10	„ 7,7	„ „
<i>Лік</i> . . . . .	218	„	7	„ 3,2	„ „
<i>Джыбсон</i> . . . . .	34	„	7	„ 2,1	„ „
<i>Штых</i> . . . . .	127	„	11	„ 8,7	„ „
<i>Мартынаў</i> . . . . .	81	„	5	„ 6	„ „
<i>Оппэль</i> . . . . .	75	„	5	„ 6,6	„ „
Сярэдняя . . . . .	854	„	54	„ 6,3	„ „

Там, дзе аўтары даюць сумарную статыстыку, г. зн. вальляк просты і вальляк базэдавічны—лічбы вельмі рознастайныя. Паводле даных *Ерыазэк* (1927 г.)—процант сьмяротнасьці вагаецца ад 0,5 проц. да 15,8 проц.—мабыць, залежна ад пераважаньня таго ці іншага віду вальляка, з аднаго боку, і спрактыкаванасьці хірурга—з другога. Так, мы маем лічбы: *Ногушы* (1929 г.)—3,3 проц. сьмяротнасьці на 882 выпадкі; *Дунгіль* (1929 г.)—2,7 проц. сьмяротнасьці на 300 выпадкаў. З другога боку, малыя лічбы даюць такі процант: *Вазьнясенскі*—41 выпадак—7 проц.; *Юдзін*—16 выпадкаў—6 проц.; мой матэрыял—46 выпадкаў—6,5 проц.

Выдаленьне наднырніц—паводле зборнай статыстыкі *Гэрцбэрга*—дае 19 сьмярцей на 110 выпадкаў, г. зн.—17 проц.; у *Оппэля* на 100 апэрацый было 8 сьмярцей, г. зн. 8 проц. сьмяротнасьці. Я рабіў гэту апэрацыю 5 разоў—выпадкаў сьмерці ня было.

### Хваробы селязёнкі.

Хірургія селязёнкі не зьяўляецца асабліва важнай у колькасных адносінах, але яна можа нам даць некаторыя цікавыя лічбы.

У аўтароў з малымі лічбамі процант сьмяротнасьці пры спленэктоміі даволі значны.

<sup>1)</sup> У літаратуры мы маем і меншыя лічбы: *Крэйль* на 1606 апэрацый меў 0,5 проц. сьмяротнасьці, *Сырынг Ульм*—на 1000 апэрацый—0 сьмяротнасьці.

Югзін . . . . .	.14	выпадкаў 5	сьмярцей	35 проц.
Вазьнясенскі . . . . .	.8	" 3	"	37 "
Мартынаў . . . . .	.7	" 3	"	42 "
Ранцы . . . . .	.14	" 2	"	14 "
Бэер . . . . .	.90	" 28	"	30 "
Окінішэвіч . . . . .	.30	" 3	"	10 "
Джэбсон 1908 г. .61	" 12	"	"	18 "
Фінкельштэйн . . . . .	.64	" 26	"	39 "
Мэйо . . . . .	.337	" 34	"	10 "
Мой матэрыял . . . . .	.7	" 2	"	28 "

ДОКУСФЕРА

У Мэйо мы знаходзім яшчэ такія лічбы:

Гемолёг. жаўтуха . . . . .	.225	выпадкаў 10	сьмярцей	4 проц.
Злаякасн. анэмія . . . . .	.154	" 22	"	14 "
Тромбопэнія . . . . .	.120	" 9	"	8 "
Сэпт. спленомэгалія . . . . .	.27	" 7	"	25 "
Хвароба Банца . . . . .	.39	" 4	"	10 "

Усе гэтыя лічбы, датычныя вальляка і хвароб селязёнкі, вельмі цікавы ў тым сэнсьсе, што яны дэманстрацыйна сьцвярджаюць такі момант: чым большая спрактыкаванасьць хірурга і чым больш засяроджваецца ў яго матэрыялу, тым меншай бывае сьмяротнасьць.

З захворваньняў мачапалавых органаў я спынюся на каменнай хваробе і на гіпэртрофіі простаты.

Уяўленьне пра сьмяротнасьць пры опэрацыях камянёў нырак можна мець ад параўнаньня наступных лічбаў, узятых без асаблівага выбару.

Фэдароў . . . . .	.345	выпадкаў 26	сьмярцей 7,5 проц.	сьмяр.
Багаслоўскі . . . . .	.222	" 11	" 5,4	" "
Спасакукоцкі . . . . .		"	5,7	" "
Штых . . . . .	.23	" 0	" 0	" "
Джэбсон . . . . .	.19	" 1	" 5	" "
Залога . . . . .	.16	" 3	" 18	" "
Больніца імя Даста- еўскага . . . . .	.12	" 1	" 8	" "
Чайка . . . . .			1,28	" "

Гэты процант 25-30 год таму назад быў большы, у Узрэяля ён быў роўны 12,5 проц.

Рашаючым момантам і тут зьяўляецца больш раньня зварачальнасьць хворых за хірургічнаю дапамогаю і лепшы стан; у тых самых хірургаў пры двух-бакавых камянях нырак процант сьмяротнасьці значна большы.

Кюстэр . . .	35	проц.
Фёдараў . . .	33,3	„
Ледэ . . .	34,5	„
Чайка . . .	33,3	„
Буль . . .	25	„

Або я магу падаць для параўнання дзёве статыстыкі, дзе ясна відаць значэнне ня столькі самога хірурга, колькі стану хворых.

ДОКУСФЕРА

Фёдараў		Спасакуоцкі	
Піэлётомій . . .	100—1 проц. сьмярот.	Піэлётомій . . .	60— 0 проц. сьмяр.
Нефротомій . . .	69—22 „ „	Нефротомій . . .	— 6 „ „
Нэфрэктомій . . .	115—12 „ „	Нэфрэктомій . . .	— 9,5 „ „
Урэтротомій . . .	42—0 „ „	Урэтротомій . . .	—14,5 „ „

Камяні мачаточніка—паводле матэрыялаў *Вазьянскага* за апошнія 5 год—далі на 121 выпадак апэрацый (зборная статыстыка)—5 проц. сьмяротнасьці.

Лячэння каменнай хваробы мачавога пузыра робіць таксама пэўныя посьпехі; вось для ілюстрацыі некаторыя лічбы:

#### Расія

1858 г.	78 хворых	8 сьмярцей	10 проц. сьмяротнасьці.
1892 г.	1.765 „	145 „	8 „ „
1902 г.	4.065 „	296 „	7 „ „
1912 г.	7.389 „	349 „	4,7 „ „

Для ілюстрацыі пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці я сабраў за гады 1872-1891—953 больнічныя выпадкі са 105 выпадкамі сьмерці, што складае 11 проц. *Якаўлеў* дае з гэтага-ж (і больш даўняга) пэрыяду больш высокія лічбы.

на 11.165 прамежжавых камнесячэньнеў	13 проц.
на 902 сярэдзінных „	11 „
на 130 высокіх сячэньнеў пузыра	20 „

Але ўжо пачатак нашага стагодзьдзя дае пры літотоміі ў дзяцей лічбы ў 7-8 проц. (*Александраў, Лезін* 1901 г.). *Фрэйер* у 1928 г. публікуе 1 проц. сьмяротнасьці на 200 апэрацый у дзяцей.

За выключэньнем запушчаных выпадкаў, літотомія цяпер не павінна даваць колькі-небудзь значнай сьмяротнасьці.

Разгледзець матэрыял пра сьмяротнасьць пры простатэктоміях цікава таксама і з пункту гледжаньня некаторых вывадаў, якія гэты матэрыял дазваляе зрабіць. Хворыя, з якімі даводзіцца мець справу—гэта старыя людзі, арганізм якіх зья-

сіляецца, апрача таго, у залежнасці ад уросэпсісу. З прычыны гэтага ня дзіва, што пры простатэктоміі бывае значная сьмяротнасць.

У 1912 г. я, на падставе вялікіх лічбаў, атрымаў для простатэктоміі надлабк. 13 проц. сьмяротнасці, простатэктоміі прамеж. 6,8 проц. сьмяротнасці.

*Цукеркандль* у 1911 г. на конгрэсе ў Лёндане даў такія лічбы для простатэкт. надлабк. . . 18,79 проц. і для простатэктоміі прамеж. . . 9,5 проц.

Якія-ж лічбы мы маем цяпер? На падставе падліку 6.370 выпадкаў простатэктоміі надлабк. сярэдні процант сьмяротнасці ў 10 аўтароў (я бяру сярэдні процант за апошнія гады.)—зьяўляецца роўным 8,9 проц.

Я хацеў-бы звярнуць увагу на два моманты: значэнне падбору матэрыялу, спрактыкаванасці хірурга і паказаньняў да таго ці іншага ўмяшаньня.

Найменшыя лічбы, якія ёсьць у зьмешчанай вышэй табліцы — *Дэвіс* 2 проц., *Томбсон-Уокер* 4,4 проц., адносяцца да прыватных хворых з тым, каб добра паказваць значэнне раньняга звароту хворых і параўнаўча добрага стану органа.

Для дэманстрацыі спрактыкаванасці хірурга я падам наступныя лічбы: у 1912 г. пры сярэдняй лічбе сьмяротнасці для простатэктоміі надлабк. у 13 проц.-18 проц., *Фрэйер* на 1000 выпадкаў меў 5,5 проц.; *Мойнінген*—на 100 выпадкаў—8 проц.

Пры сярэдняй лічбе для простатэктоміі прамеж. у 6,8 проц.-9,5 проц., *Юнг* на 450 выпадкаў меў 3,7 проц. сьмяротнасці.

Ня менш паказальнай зьяўляецца такая таблічка:

		11 проц. сьмяротнасці	
<i>Фрэйер</i> меў на першыя	45 выпадкаў	11	проц.
„ на наступ.	110	10	„
„ „ „	170	9,4	„
„ „ „	203	8	„
„ „ „	322	7,5	„
„ „ „	200	4,2	„
<i>Юнг</i> меў на першыя	70	3	„
на наступ.	185	3,7	„
„ „ „	229	3	„
„ „ „	103	0	„

Далей ідзе пытаньне пра паказаньні да ўмяшаньня. Двохмоментную апэрацыю многія аўтары разглядаюць цяпер, як спосаб зьмяншэньня пасляопэрацыйнай сьмяротнасці. Для прык-

ладу возьмем лічбу *Кютнэра* — у якога пры аднамомантнай апэрацыі было 8 проц. сьмяротнасьці, пры двухмомантнай — 6 проц. Але пры іншых паказаньнях, калі двухмомантная апэрацыі пакідаецца толькі для самых цяжкіх выпадкаў, яна можа даць і процілеглыя лічбы. Так. *Штых*, маючы пры простатэктоміі 10,8 проц. сьмяротн.—атрымлівае ад першага моманту толькі высокага сячэньня пузыра—30,8; *Тэйш* пры 4,5 проц. сьмяротнасьці, ад двухмомантнай апэрацыі атрымлівае 28 проц. і г. д.

ДОКУСФЕРА

Захворваньні канцавін становяць сабой вельмі рознастайную групу, каб можна было злучыць іх разам. Таму для агульнай характарыстыкі я падам некаторыя германскія лічбы. З табліцы ясна відаць розьніцы паміж небясьпекаю захворваньняў пазасобных тканак канцавін.

	Гады	Лік выпадкаў	Сьмярцей	Проц. сьмяротн.
Хваробы касцей (бяз сухот)	1923	22.919	692	2,5
„	1924	26.912	685	2,1
„	1925	28.488	697	2,4
„	1926	30.993	665	2,1
Хваробы суставаў (бяз сухот, рэўматызму, падагры)	1923	28.994	324	1,1
„	1924	36.796	287	0,8
„	1925	45.725	330	0,7
„	1926	49.334	312	0,6
Захворваньні цягліц, сухажылаў сьлізінічных кішэнь	1923	13.879	58	0,4
„	1924	17.190	59	0,3
„	1925	20.235	62	0,3
„	1926	20.891	61	0,3

Мой матэрыял расстройтваў жыўленьня канцавін такі:  
Верхняя і ніжняя канцавіна  
Расстройствы жыўленьня.

#### Судзінныя

	Лік выпадкаў	Опэрацый	Сьмярцей.
Спант гангрэна	15	21	2
Іншыя гангрэны	6	4	1
Анэўрызмы	3	3	—
Эмболія артэры	3	2	—
Расшырэньне вэн	27	24	—
Флёбіты	9	—	—
Язвы варыкозныя	6	5	—
Элефантыазіс	4	4	—



## Неўрогенныя

	Лік выпадакў	Операцый
Сырынгомілія . . . .	2	1
Язвы ступы . . . .	14	7
Язвы кульцай . . . .	2	2
Каўзальгія . . . .	2	2

## Эндокрынныя

Склеродэрма . . . .	1
Дачасовая пал. сьпеласць	1

## Статыка-дынамічныя захворваньні

Косці і суставы . . . .	38	(ортопэдычныя) 27
-------------------------	----	-------------------

133 вып. 103 оп. 3 сьмерці  
2,5 проц.

ДОКУСФЕРА

## З а к л ю ч э н ь н е

Найбольш вызначаючым сьмяротнасьць фактарам зьяўляецца само захворваньне—у сэнсье яго сутнасьці—па-першае, і лёкалізацыі—па-другое. Пасьля падрабязнага разгляду сьмяротнасьці пры цэлым радзе захворваньняў, наўрад ці ёсьць патрэба зноў суміраваць гэтыя даныя, тым больш, што на лічбы, паданыя вышэй, я гляжу хутчэй як на прыкладныя паказальнікі, чым як на матэматычныя вялічыні. Вывады-ж з паданага матэрыялу настолькі зразумелыя, што не патрабуюць асаблівага падкрэсьліваньня.

З пяці галоўных груп захворваньняў на першым месцы, па сваёй небясьпечнасьці, стаяць пухліны, а з іх галоўным чыным, пухліны ўнутраных органаў—мазгоў, страўнічна-кішачнага тракту і яго залозі т. д. Сапраўднае змаганьне са сьмяротнасьцю ад злаякасных пухлін магчыма толькі пасьля разьвязаньня праблемы раку і значыць, ляжыць у галіне навукі; зараз-жа нашы паліятыўныя мерапрыемствы зводзяцца да захадаў соцыяльных агульнай профіляктыкі, больш раньняга дыягназу і больш радыкальнага опэраваньня.

Група аномалій зьяўляецца сваяасаблівай. Яна дае вялікую сьмяротнасьць ад дзвёх прычын: несумяшчальнасьць аномаліі з жыцьцём і агульны кепскі стан выроўнівага арганізма. З прычыны гэтага такія дзеці гінуць вельмі рана. Тыя, што выжываюць, аднак, кепска пераносяць нашы хірургічныя мерапрыемствы. Малая колькасьць гэтых прыраджаных аномалій параўнаўча з іншымі захворваньнямі дае права ня спыняць на іх асаблівай ўвагі.

Па небяспечнасці на другім месцы пасля пухлін стаіць група траўм. Змаганьне тут павінна весьціся, галоўным чынам, ў галіне сацыяльнай: папярэджаньне траўм, асабліва цяжкіх, лепш за ўсё разьвяза пытаньне. Далей, трэба палепшыць організацыю падачы першай і канчатковай хірургічнай дапамогі, наблізіць яе да насельніцтва, асабліва да арганізаваных груп і паскорыць у часе.

Дзьве групы—запальных захворваньняў і расшчэпленя—стаяць прыблізна на адным узроўні ў сэнсье сьмяротнасці. Запалены сэрзных абалонак поласьцей, абсцэсы ўнутраных органаў—у адной групе і ілеус у другой групе—галоўныя ворагі, супроць якіх павінна быць накіравана ўся вастрэня клінічнага вывучэньня.

Пры сучасным стане лячэньня сакрэт зьмяншэньня сьмяротнасці заключаецца ў тых жа момантах—набліжэньні хірургічнай дапамогі да насельніцтва і прапагандзе раньняга апэраваньня.

Так разьмяркоўваюцца ў сэнсье небяспечнасці гэтыя пяць асноўных груп. Але сьмяротнасць залежыць яшчэ ад лёкалізацыі. Мабыць ня мае сэнсу спроба выразіць у лічбах каэфіцыент сьмяротнасці ў залежнасці ад лёкалізацыі процэсу; у асноўных жа рысах гэта зразумела кожнаму.

*Мельнікаў* прабаваў падзяліць усе хірургічныя захворваньні на пяць груп:

I група—дае 65 проц. сьмяротнасці—хваробы мазгоў, сэрца, лёгкіх;

II група—дае да 30 проц. сьмяротнасці—гарляк, трахея, хрыбетнік, параненьні жывата, кішкі;

III група—дае да 20 проц. сьмяротнасці—зашчэпленыя грыжы, печань, страўнік;

IV група—дае да 10 проц. сьмяротнасці—вострыя апэндыцыты, остэоміэліты і т. д.

V група—дае да 1 проц. сьмяротнасці—усе іншыя процэсы

Яснай зьяўляецца надзвычайная схэматычнасць такога падзелу, і я лічу лішнім станавіцца на гэты шлях. Можна сказаць толькі адно: пры аднолькавых умовах паражэньні ўнутраных органаў і сэрзных абалонак больш небяспечны, чым паражэньні іншых органаў і частак цела; з унутраных органаў—асабліва небяспечны—захворваньні і пашкоджаньні галаўных мазгоў, сэрца, унутрыбрушынных органаў.

## Б. УПЛЫЎ НА СЪМЯРОТНАСЬЦЬ „ЗАПУШЧАНАСЬЦІ“ ЗАХВОР- ВАНЬНЯ.

Наступным па сваім значэньні фактарам з умоў, што робяць уплыў на хірургічную сьмяротнасьць, зьяўляецца стан захворваньня, або, як я яго называю, „фактар запушчанасьці“. Ён мае ўнівэрсальнае значэньне—і для ўсіх этылёгічных груп захворваньняў, і для ўсіх лёкалізацый захворваньня. Кожны хірург мае так шмат даных у гэтых адносінах, што не можа не зрабіць шмат слоў на асьвятленьне гэтага моманту.

Значэньне фактару запушчанасьці (інакш кажачы часу) для вострых выпадкаў настолькі ясна і ілюстравана ўжо вышэй на многіх выпадках, што я абмяжуюся тут толькі некалькімі лічбамі. Для апэндыцыту *Бовэр і Клярк* (Філядэльфія) выяўляюць гэта значэньне вельмі дэманстрацыйна: у 1922 г.—сярэдні лік гадзін дастаўкі хворага пасья пачатку яго захворваньня—85,2—сьмяротнасьць—9,6 проц.; у 1923 г.—сярэдні лік гадзін—49,5—сьмяротнасьці—1,53 проц.

*Гольдэн* дае такія лічбы для ілюстрацыі значэньня раньняй дыягностыкі і раньняй апэрацыі пры ілеусе. У выпадках, ім асабіста дыягнэзаваных і апэраваных, ён меў на 51 выпадак 6 проц. сьмяротнасьці, а ў 84 выпадках, атрыманых ад іншых урачоў, дзе прайшло шмат часу ў хістаньнях—27 проц. сьмяротнасьці.

Пэрытоніты паводле *Гарэ* даюць пры апэрацыі.

Праз 12 гадзін—	28 проц. сьмяротнасьці
24 „	—63 „ „
36 „	—87 „ „

Зьмяшчаю навялічкую табліцу проц. сьмяротнасьці пры пэрфоратыўнай язве страўніка.

Гадзіны апэрацый	Красінцаў	Мануілаў	Пальк	Гертле
1—6	5,5 проц.	7,68 проц.	10,5 проц.	48 проц.
6—9	20 „	53,3 „	50 „	54 „
9—12	40 „	—	—	—
12—24	46 „	—	—	79 „
24—48	71 „	100 „	80 „	93 „
больш 48	100 „			

Значэньне раньняй апэрацыі і зьвяртальнасьці хворых пры пэрфоратыўнай язве яшчэ лепш дэманструецца данымі *Петрашэўскай*: да 1914 г. сьмяротнасьць была—62,9 проц.; у 1914—1928 г. г.—37,2 проц. Пры гэтым процант раньніх апэрацый да 1914 г.—

19,6, ад 1914 г.—40 проц. Ранняя зьявральнасьць павялічылася ў два разы; сьмяротнасьць зьменшылася амаль у два разы.

Гэтыя, так званыя, вострыя хваробы намі дастаткова разгледжаны раней і таму спыняцца больш на іх няма патрэбы. Але трэба яшчэ раз падкрэсьліць, што побач з траўматычнымі і безадкладнымі выпадкамі, мы сустракаем яшчэ больш хронічных выпадкаў, у чым вінаваты часткова самі хворыя, а часткова ўрачы.

У разьдзеле пра пухліны я ўжо паказаў лічбы неоперабельных ракаў. *Фукс-Панэк* у 1928 апублікаваў работу, дзе даводзіў, што на 1.717 выпадкаў неоперабельных ракаў віна хворага або ўрача мела месца ў 1.282 выпадках.

ДОКУСФЕРА

Запушчаныя пляўрыты, апэндыцыты, холецыстыты, холянгіты і т. д. сустракаюцца заўсёды ў практыцы хірурга. Значнасьць зьявіленасьці і няўстойлівасьці ў такіх запушчаных хворых відаць з таго, што часам і так званыя „пробныя“ опэрацыі канчаюцца сьмерцю. Напр., у *Вазьнясенскага* на 243 выпадкі сьмерці 15 сьмярцей было ад „пробных“ опэрацый, г. зн. 6 проц.

Уплыў такога моманту, як агульная ўстойлівасьць відаць напр., з наступных даных. Абухоўская больніца дала сьмяротнасьць:

у 1913 г. . . . .	3,8 проц.
„ 1917 „ . . . . .	7,9 „
„ 1918 „ . . . . .	11,1 „
„ 1919 „ . . . . .	13 „

Гэта павялічэньне сьмяротнасьці прыходзіцца тлумачыць амаль выключна няўстойлівасьцю ў галодныя гады.

Побач з такім фактарам, як характар самога захворваньня, гэты момант—запушчанасьць захворваньня—адыгрывае другую па важнасьці ролю. Ва ўзьнікненьні самога захворваньня часам вінаваты такія моманты, якія ляжаць па-за нашым узьдзеяньнем; у адносінах да запушчанасьці захворваньня мы знаходзімся ў іншых умовах. Першым і самым важным фактарам змаганьня з такою запушчанасьцю трэба лічыць добрую арганізацыю блізкай да насельніцтва мэдычнай дапамогі; у паасобку дыспансэрны мэтод зьяўляецца дастатковай гарантыяй таго, што захворваньне будзе выеўлена ў самым пачатку яго разьвіцьця. Для правільнага хірургічнага значэньня вельмі важна вызначыць тую мяжу, дзе павінна быць спынена консьэрватыўнае лячэньне і дзе трэба распачаць опэрацыйны мэтод. Хірургія вымушана з жалем адзна-

чыць, што апэрацыйны мэтад лячэння шмат якіх захвораваньняў разглядаецца яшчэ і да гэтага часу, як выключэньне, і іменна гэты погляд параджае шмат непаразуменьняў у той галіне, пра якую ідзе гутарка. Такім чынам і атрымліваюцца сотні хворых, якія зьяўляюцца да хірурга або тады, калі ўжо немагчыма што-небудзь зрабіць, або тады, калі апэрацыйнае ўмяшаньне для хворага зьяўляецца небясьпечным. Атрымліваюцца зачараваны круг: кепскія вынікі запозьненых апэрацый адпужваюць хворых і ўрачоў і „слава“ апэрацыі, як „крайняга сродку“, замацоўваецца ўсё больш. У гэтым пункце, зразумела, неабходзен рашучы пералом, якога можна дасягнуць выключна сумеснай работай тэрапэўта і хірурга і вялікай растлумачальнай работай у адносінах да хворых. Посьпехі хірургіі ў сучаснай стадыі яе разьвіцьця—хірургіі масавай—на бліжэйшы пэрыод будуць залежыць не ад прогрэсу самой хірургіі, а, галоўным чынам, ад стварэньня спрыяльных да яе адносін сярод мас насельніцтва.

З мерапрыемстваў, якія маглi-б радыкальна зьмяніць справу, мабыць, трэба назваць іншае разьмеркаваньне спэцыяльнасьцяй, чым гэта мае месца ў сучасны момант. І сапраўды, цяпер ужо ёсьць цэлы рад спэцыяльнасьцяй, прадстаўнікі якіх уладаюць і консьэрватыўным і апэрацыйным мэтадамі лячэння. У гэтых спэцыяльнасьцях можа ўзьнікнуць пытаньне пра больш консьэрватыўны ці больш радыкальны кірунак у справе лячэння, але ніколі ня можа ўзьнікнуць канфліктаў, якія часта бываюць пры „перадачы“ хворага тэрапэўтам хірургу. Магчыма, што надышоў час, каб падзяліць мэдыцыну па органах і сыстэмах з тым, каб урач уладаў адначасова і хірургічным мэтадам. Тады зьнікне гэты шкодны падзел на „тэрапэўта“ і „хірурга“ з усімі яго пасьледствамі, як навукова-мэтадологічнымі, так і бытавымі, якія прыводзілі часта да таго, што мы, хірургі, называем „запушчаным выпадкам“.

## **В. УПЛЫЎ ОПЭРАЦЫЙНАГА ЎМЯШАНЬНЯ НА ХІРУРГІЧНУЮ СЬМЯРОТНАСЬЦЬ.**

Кожнаму хірургу зразумела важнасьць асобнага выдзяленьня пытаньня пра пасьляапэрацыйную сьмяротнасьць, і гэта акалічнасьць, мабыць, не патрабуе тлумачэньня. Мэтаю аналізу пасьля-апэрацыйнай сьмяротнасьці зьяўляецца адказ на два пытаньні:

- 1) Ці не зьяўляецца часам сама апэрацыя прычынай сьмерці?
- 2) Якія адмоўныя бакі апэрацыі і як змагацца з імі?

Цяжкасьць адрознення сьмерці ад опэрацыі і сьмерці пасля опэрацыі прыводзіць да таго, што ў пасляопэрацыйную сьмяротнасьць залічаюцца ўсе выпадкі, і толькі наш далейшы аналіз можа выявіць прычинную сувязь паміж опэрацыяй і сьмерцю.

### Аналіз прычын пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці.

Аналіз прычын пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці і агульнага падставе вывучэньня 1.607 выпадкаў, атрыманых мною пры літаратурным выяўленьні пытання і 257 выпадкаў уласнага клінічнага матэрыялу. У асноўных рысах гэты матэрыял разьмяркоўваецца такім чынам.

#### А. Паводле літаратурных даных—1.607 выпадкаў:

1. Сьмерці, маючыя сувязь з агульным кепскім станам хворага, або кепскім станам важных органаў . . . . .	493—30 проц.
2. Сьмерці ў выніку інфэкцыі . . . . .	418—26 „
3. Лёгачныя аскладненьні . . . . .	272—17 „
4. Крывацячэньні . . . . .	62—3,8 „
5. Эмболіі і тромбозы . . . . .	56—3,5 „
6. Аскладненьні з боку брушных органаў (ілеус і інш.) . . . . .	184—11,7 „
7. Іншыя прычыны . . . . .	122—8 „

#### Б. На сваім матэрыяле я меў з 257 сьмярцей

1. Сьмерці, залежныя ад інфэкцыі . . . . .	92—35 „
2. Сьмерці ў залежнасьці ад агульнага дрэннага стану хворага або дрэннага стану органаў . . . . .	78—30 „
3. Лёгачныя аскладненьні . . . . .	24—9 „
4. Крывацячэньні . . . . .	4—2 „
5. Эмболіі і тромбозы . . . . .	4—2 „
6. Брушныя аскладненьні . . . . .	19—7 „
7. Іншыя прычыны . . . . .	36—15 „

Некаторую розьніцу ў лічбах я тлумачу пэўнай розьніцай матэрыялу (многа экстрэнных выпадкаў умаім матэрыяле), але ў асноўным гэтыя лічбы вельмі паказальныя: 74 проц., г. зн. <sup>3</sup>/<sub>4</sub> усіх выпадкаў пасляопэрацыйнай сьмерці ад дрэннага стану хворага, інфэкцыі і лёгачных аскладненьняў—гэта лічба аднолькавая ў абедзвух статыстыках.

Далейшай маея задачай зьяўляецца больш паглыблены аналіз гэтых паасобных прычын сьмерці.

Дакладна разьмежаваць такія прычыны пасляопэрацыйнай сьмерці, як шок, сардэчная недастатковасьць, уплыў наркозу, недастатковасьць печані, нырак, агульнае зьнясіленьне—цяжка,

таму што часцей за ўсё ў наяўнасці ўсе або шмат якія з гэтых прычын. Калі пагібае малады, здаровы арганізм—у якасці прычыны сьмерці мы можам выдзельць наркоз або шок; але гэта бывае рэдка. Звычайна паміраюць больш старыя хворыя з цяжкімі запушчанымі захворваньнямі, і таму вызначыць прычыну сьмерці тут вельмі цяжка. Дзякуючы гэтаму я вымушаны злучыць усе гэтыя даныя разам.

Гэтым тлумачыцца тая акалічнасьць, што **ДОКУМЕНТАЛЬНАЯ СФЭРА** прычыны, якая выклікала сьмерць, у гэтых выпадках вельмі рознастайныя. На паказаныя 493 сьмерці ад гэтых прычын адзначана:

Сардэчная слабасьць . . . . .	93 разы
Шок і сардэчная слабасьць . . . . .	243 „
Шок . . . . .	99 „
Наркоз, шок і сардэчная слабасьць . . . . .	20 „
Наркоз адзін . . . . .	6 „
Сардэчная слабасьць і недастатковасьць печані . . . . .	10 „
Недастатковасьць печані . . . . .	18 „
Недастатковасьць нырак . . . . .	12 „
Ацыдоз . . . . .	1 „
Сьмерць на стале . . . . .	3 „

Сярод гэтых выпадкаў пераважную большасьць складалі хворыя, старыя на ўзрост, зьнясіленыя такімі захворваньнямі, як злаякасныя пухліны, галоўным чынам—страўнічна-кішочнага тракту, пухліны мазгоў і наогул хваробы, якія абумоўліваюць сабою інтоксыкацыю з боку сэрца, печані і нырак. На падставе сваёй практыкі я магу сьцьвярджаць, што гэта пераважна хворыя з запушчанымі хваробамі, якія зьяўляюцца для апэрацыі ўжо ў няспрыяльнай для сябе стадыі, таму ня дзіва, што сярод іх шмат хто робіцца афірай сьмерці. Нідзе не выяўляецца так згубна „адмоўная фаза“ апэрацыі, як іменна на такіх хворых. Само ўмяшаньне на органах брушной поласьці ці іншых з разгалінаванай сымпатычнай сыстэмай робіць вялізарны ўплыў, закранае рэзка вазаматорны цэнтр; апэрацыі пры найлепшай тэхніцы патрабуюць шмат часу; патрэбен агульны наркоз або іншы від анестэзіі, які дае падзеньне крывянога ціску—усё гэта і цягне за сабою сьмерць. Такіх сьмярцей мы больш за ўсё назіраем іменна пры брушных апэрацыях. *Магазынік* (1928 г.), дасьледваючы прычыны сьмерці пасля рэзэкцыі страўніка, атрымаў амаль такі самы процант—слабасьць сэрца—11,9 проц., шок—4 проц., зьнясіленасьць—6,3 проц.—г. зн. усяго 22,2 проц. У сабранай мною ста-

тыстыцы гэта прычына адзначана 251 раз на 1095 выпадкаў сьмерці пры опэрацыях на страўніку; 86 разоў на 108 выпадкаў сьмерці ад опэрацый на мазгох; 24 разы на 46 вып. сьмерці ад проста-тэктоміі; 11 разоў на 16 опэрацый на нырках; 6 разоў на 15 вып. сьмерці пры опэрацыях з прычыны Базэдавай хваробы; 32 разы на 89 вып. сьмерці пры опэрацыях на жоўцевых шляхох. Усё гэта сьведчыць аб тым, што іменна ў гэтых галінах „запушчана-насьць“ дасягае асабліва вялікіх разьмераў. Праўда, у апошні час мы атрымалі рад сродкаў, якія паслабляюць дзеянне кожнага з гэтых няспрыяльных фактараў: падрыхтоўка сэрца, змаганьне з печанёвай недастатковасьцю спосабам інсулінізацыі, значнае расшырэньне поля мясцовай анастэзы, абарочваньні вялікіх аднамомантных опэрацый у шматмомантныя—нашы галоўныя прыёмы. Але яны ўсё-ж такі зьяўляюцца паліятывамі, і сакрэт далейшага зьмяншэньня гэтай рубрыкі сьмярцей заключаецца толькі ў адным—раньняй опэрацыі. Нажаль, на шляху да гэтага стаіць цэлы рад момантаў. Па-першае, пры шмат якіх захворваньнях цяжкай зьяўляецца раньня дьягностыка (прыклад—рак страўніку). Па-другое, у іншых выпадках вінаваты ўрачы, якія ня ўмеюць паставіць зусім магчымы дьягназ (прыклад—рак кутніцы, які прымаецца за геморой, хоць дастаткова пальцавага дасьледваньня, каб вызначыць дьягназ). Па-трэцяе—шмат якія з гэтых хворых, знаходзяцца ў руках тэрапэўтаў, лечацца гэтымі апошнімі за тымі межамі, дзе тэрапэўтычнае лячэньне можа мець посьпех. І нарэшце, раньняй опэрацыі перашкаджае баязьлівасьць самых хворых, якія адмаўляюцца ад сваячасовай, хоць і сур'ёзнай опэрацыі з тым, каб праз некаторы час пайсьці на запозьненую і небясьпечную опэрацыю.

Зразумела, што цэлы рад захворваньняў, якія бываюць у старых людзей, або паражаюць найважнейшыя для жыцьця органы (мазгі і т. д.) і надалей будуць даваць пэўны процант пасья-опэрацыйнай сьмяротнасьці у залежнасьці ад дрэннага стану ўсяго арганізма ці паасобных органаў.

Але значная доля гэтай сьмяротнасьці, бязумоўна, можа быць унікнута выключна шляхам правільных аднасіна да справы самых урачоў. Я назваў-бы той кірунак, якога трэба трымацца хірургіі ў будучыні—абачлівым радыкалізмам. Хірург-консэрватар, які адмаўляецца рабіць опэрацыю ў больш-менш рызыкаўным выпадку, наўрад ці робіць правільна, але і той, які робіць опэрацыю ў амаль безнадзейным выпадку—компромэтуе опэрацыйнае ўмяшаньне. Бада ўрачоў і хворых у шмат якіх выпадках заключаецца



нясумненна ў падзеле такіх спецыяльнасцей—як тэрапія і хірургія. Нават найбольш радыкальны тэрапэўт ня можа мысьліць як хірург; адсюль—мімавольнае адцягненьне апэрацыі, пропуск выгаднага тэрміну і т. д. У канчатковым рэзультате выпраўленьне ўсіх гэтых памылак залежыць ад нас і таму неабходна настойліва дамагацца ў інтарэсах хворых агульнай мовы паміж хірургам і тэрапэўтам (гл. пра гэта вышэй).

З прычыны таго, што компонент сардэчнай **ДОКУМЕНТА** вае пераважную ролю амаль у  $\frac{3}{4}$  усіх выпадкаў, дык пытаньне пра вызначэньне сардэчнай дастатковасьці перад апэрацыяй зьяўляецца для хірурга вельмі важным. Аднак, да гэтага часу ўсе запрапанаваныя мэтоды не дасягаюць мэты, бо ўсе яны зьяўляюцца паказальнікамі толькі таго, як спраўляецца сэрца з цяжкасьцямі мэханічнага характару. Пры апэрацыі-ж параўнаўча рэдка задачы бываюць іменна такога роду (анэўрызмы і т. д.), звычайна-ж справа ідзе аб інтоксыкацыі (наркоз) і раздражненьні нэрвовага характару. Вос чаму і цяпер агульная клінічная ацэнка стану хворага адыгрывае большую ролю, чым функцыянальная проба; памылка-ж пры такой клінічнай ацэнцы, нажаль, зусім магчыма.

Ніколі не забудуся я на адзін выпадак, сьведкаю якога давялося быць. У часе вайны ў 1915 г. адзін таварыш, зьбіраючыся зрабіць энуклеацыю вочнага яблыка ў астатнім зусім у здаровага і моцнага маладога салдата і жадаючы паказаць значэньне пробы *Штанге*, зрабіў яе ў хворага перад наркозам на маіх вочах. Праба дала лічбу значна вышэй нормы, што аднак не перашкодзіла таму, каб праз некалькі мінут хворы ляжаў на апэрацыйным стале ўжо мёртвым: ён загінуў у пачатку наркозу і ніякімі сродкамі немагчыма было яго выратаваць.

У данай групе прычын сьмерці спыняюць на сабе ўвагу дзьве паасобныя рубрыкі: шок, наркоз.

Ці можна ўявіць сабе сьмерць хворага ад шоку пры ўмовах маладога або параўнаўча маладога ўзросту і добрага стану найважнейшых органаў? Мне здаецца, што такія выпадкі павінны быць вельмі рэдка і толькі спалучэньне вельмі доўгачасовай апэрацыі з вялікай стратай крыві пры гэтым могуць у адзіночных выпадках выклікаць шок. Ва ўсіх-жа іншых выпадках апэрацыя звычайна толькі ўзмацняе шок: мы гэта назіраем пры апэрацыях з прычыны пашкоджаньняў, непераходнасьці кішочніка, зашчэмлених грыж і т. д. Пра сапраўдны шок пры іншых спрыяльных умовах можна, мабыць, гаварыць толькі ў выпадках апэрацыі пухлін на мазгах.

Пры ўліку значэння сьмярцей ад наркозу, мы павінны ад-  
 розніваць сьмерці пры кепскім агульным стане органаў і  
 недастатковасьці паасобных яго сыстэм ад сьмярцей выпадко-  
 вых. Пра сьмерці першага парадку няма патрэбы гаварыць: яны  
 па-сутнасьці, цалкам уваходзяць у папярэдні аддзел. Гэта ў па-  
 асобку падцьвярджаецца радамі паказаньняў аўтароў на небясь-  
 печнасьць агульнага наркозу ў пэўных хворых: напрыклад, у хворых  
 паражэньнямі печані, хворых на жоўцевыя захворваньні з агуль-  
 нымі інфэкцыямі і т. д. *Валькні* (1928 г.) дае такія лічбы: вы-  
 падкі з інфэкцыяй (жоўцевых шляхоў і т. д.)—з опэраваных  
 у наркозе памерла—44 проц., з опэраваных пад мясцовай  
 анастэзіяй 17 проц.

На сувязь сьмерці ад наркозу з жоўцевымі захворваньнямі  
 (печані) указвае і *Пятроў*.

Сярод маіх выпадкаў сьмерці ад наркозу пры позьніх опэ-  
 рацыях—я меў таксама адзін выпадак захворваньня жоўцевага  
 пузыра і хадоў у маладой жанчыны.

Выпадкі сьмерці ад наркозу, ня гледзячы на добры стан ор-  
 ганаў—сьмерці на сталае—усё-ж зьяўляюцца вельмі рэдкімі.  
 На ўказаньня 1.607 выпадкаў пасьляопэрацыйнай сьмерці такіх  
 сьмярцей зазначана 6, г. зн.—0,3 проц., а калі ўзяць гэту лічбу на  
 колькасьць опэрацый (лічачы 1 проц. пасьляопэрацыйнай сьмя-  
 ротнасьці роўным 5 проц.)—32.000, дык атрымаецца 1 сьмерць на  
 12.000, г. зн. 0,008 проц.

За 4 гады *Марковіч* у Растове н/Д зрабіў 3 ускрыцьці пры  
 сьмярцах ад хлэраформу: адзін выпадак—сьмерць у часе  
 хлэрафармаваньня, і два—праз 6 гадзін пасьля наркозу. Калі лі-  
 чыць колькасьць опэрацый у Растове за год ня менш—2.000, дык  
 за 4 г. прыпадзе 1 сьмерць на 8.000 опэрацый, г. зн. прыблізна  
 тая самая лічба, якая паказана вышэй. Небясьпека такой сьмер-  
 ці тым меншая, што за апошні час вельмі пашыраецца мясцо-  
 вая анастэзія. Небясьпекі-ж мясцовай анастэзіі паказваюцца  
 наступнымі лічбамі: *Клётц*—1929 г. сабраў у літаратуры 157 вы-  
 падкаў сьмерці пры мясцовай анастэзіі, пры чым сьмерць ад-  
 былася:

зараз-жа . . . . .	16 разоў
праз 5 минут . . . . .	17 „
„ 1 гадзіну . . . . .	72 „
„ 24 „ . . . . .	41 „

З 157 выпадкаў—ва ўролёгічных—26 разоў, у хірургічных—  
 29 разоў, і астатнія залежаць да іншых спэцыяльнасьцей.

З 29 выпадкаў—7 было вальёкоў; прычына—надта вялікая доза або ўпырскваньне ў вэну. Такім чынам, хірургі могуць прыняць на сваю долю 55 выпадкаў, што ў параўнаньні з агульнаю колькасьцю мясцовых анэстэзый дае вельмі нязначную лічбу сьмяротнасьці.

Пры параўнаньні лічбаў розных устаноў мы бачым, што каля  $\frac{1}{3}$  часткі ўсіх апэрацый усюды робіцца пад агульным аб'язбальваньнем. У *Шаака* ў клініцы гэта лічба зьведзена да **ДОКУСФЕРА**

Матэрыял маёй клініцы паказвае наступнае (з 1914 г. па 1929 г.): хл'ераформ чысты ўжо амаль ня ўжываецца; эфір трымаецца на малой лічбе (для асаблівых выпадкаў); сумесь ( $\frac{1}{3}$  хл'ераф.  $\frac{2}{3}$  эфіру, часам  $\frac{1}{4}$  хл'эр.  $\frac{3}{4}$  эфіру ўжываецца ў каля 30 проц. выпадкаў апэрацый.

Мясцовая анэстэзія—з 20 проц. (у 1924 г.) узрасла да 60 проц. (у 1929 г.)

Сьпіннамазговая анэстэзія ўжываецца рэдка.

**Вывады:** чысты шок і чыстая нарकोзная сьмерць у эты-олёгіі пасьляапэрацыйнай сьмяротнасьці зьяўляюцца рэдкімі. Шок і наркоз забіваюць тых хворых, якія падрыхтаваны да гэтага ўзрастам, цяжкасьцю ці запушчанасьцю сваёй хваробы. Апошнія моманты зьяўляюцца асноўнымі, чым тлумачыцца сьмерць у хворых гэтай групы.

Наступную вялікую групу пасьляапэрацыйных сьмярцей складае інфэкцыя—26 проц. літаратурных выпадкаў і 30 проц. маіх уласных. Такім чынам мы бачым, што і цяпер бактэрыяная інфэкцыя вырывае ў нас вялізарную колькасьць людзей. Ня прыходзіцца, зразумела, параўноўваць лічбы нашых часоў з эпохай даантысэптычнай; але калі ўзяць эпоху больш позьнюю напр., лічбы *Більрота*, дык мы ўбачым, што ў Цюрыху ў яго ад аскладненьняў ран памерла 44,4 проц. усіх загінуўшых, у Вэне—39,3 проц. Такім чынам, розьніца паміж сучаснымі лічбамі і лічбамі *Більрота*, зразумела, значная, але ўсё-ж не настолькі вялікая, якой, можа, трэба было чакаць.

Пры аналізе пасьляапэрацыйнай інфэкцыі першым трэба паставіць пытаньне пра тое, ці інфэкцыя існавала ўжо да апэрацыі ці яна ўнесена хірургам. Далёка не ва ўсіх выпадках магчымы дакладны адказ на гэта пытаньне. Аднак, калі ня прытрымлівацца дакладнасьці, дык цалкам магчыма адказаць на яго такім чынам, што ў большай палавіне выпадкаў сьмерці ад інфэкцыі апошняя ўжо існавала да апэрацыі. На маім матэрыяле гэты процант яшчэ большы, на 78 выпадкаў загінуўшых у выніку інфэкцыі

толькі ў 28 інфекцыю можна прызнаць унесенай пры операцыі; у астатніх 50 выпадках яна ўжо была да операцыі: пэрытоніты пасля апэндыцыту, пэрфарацыі язвы, траўмы жывата, пляўрыты, остэоміэліты і т. д. Калі такім чынам узяць толькі выпадкі пасляоперацыйнай сьмерці ад інфекцыі, унесенай хірургам, дык для літаратурных выпадкаў і для маіх гэта дасьць 11-12 проц. адносна ўсёй пасляоперацыйнай сьмяротнасьці. *Пятроў* называе лічбу—13,4 проц.; *Штых*—9,4 проц.; у мяне—11 проц. Падраўваючы гэты аналіз, я павінен зазначыць, што вялізарная большасьць гэтых выпадкаў мае сувязь з операцыямі ў брушной поласьці. На 202 выпадкі (літаратура), дзе можна лічыць, што інфекцыя ўнесена хірургам, 172 операцыі былі на страўніку, кішэчніку і жоўцевых шляхох. Рэшта—22 выпадкі—сьмерці ад мэнінгітаў, што ўзьніклі пры выдаленьні пухлін мазгоў, і толькі 8—ад выпадковай іншай інфекцыі. Той-жа малюнак па сутнасьці і ў мяне: на 28 выпадкаў—5 сьмярцей ад інфекцыі мазговых абалонак, усе астатнія—ад пэрытонітаў пасля операцый на органах брушной поласьці.

Калі інфекцыя ўжо ўнесена, дык пытаньне аб змаганьні з ёю зводзіцца да ўжо разабраных намі мэтадаў змаганьня з запаленьнем. У належным месцы мы прышлі да заключэньня, што адным з галоўных мэтадаў гэтага змаганьня цяпер зьяўляецца магчыма больш раньняя операцыя; і сапраўды, усё, што ў гэтых адносінах выказана пры аналізе сьмяротнасьці ад розных захворваньняў, цалкам адпавядае цяперашнім нашым разважаньням. Вельмі позьняе зьвяртаньне хворых па ўласнай віне, а таксама і па віне дактароў, зьяўляецца прычынай сьмяротнасьці—больш частай, як цяжкасьць самой інфекцыі.

Застаюцца выпадкі, калі інфекцыя ўнесена ў часе операцыі. Як я ўжо зазначыў, гэта—операцыі, якія маюць сувязь з раскрыцьцём полых органаў, асабліва страўніка і кішак. Хірургічная думка даўно б'ецца над праблемай асэптычнага кішочнага шва. Але і да гэтага часу пытаньне не разьвязана настолькі, каб можна было гарантаваць адсутнасьць пэрытоніту ва ўсіх падобных выпадках. Можна разьлічваць, што далейшае ўдасканалваньне тэхнікі дасьць зьмяншэньне колькасьці падобных выпадкаў. І калі цяпер, паводле анкеты *Магазаніка*, 30 проц. загінуўшых пры рэзэкцыі страўніка памерла ад пэрытоніту, дык ня трэба быць прарокам, каб з упэўненасьцю прадракіць, што ў будучыню гэты процант будзе зьмяншацца.

Значны процант інфекцыі мазговых абалонак пры операцыях на галаўных і сьпінных мазгах, на маю думку, мае сувязь (пры

лёгкай інфэктавальнасьці гэтых абалонак) з працягласьцю адпаведных опэрацый. Асаблівыя ўласьцівасьці мазгоў вымагаюць надзвычайна далікатнага опэраваньня, што выклікае павольнасьць і маруднасьць опэрацыі і, такім чынам, абалонкі мазгоў выстаўляюцца на доўгі час пад дзеяньне знадворнага няпрывычнага для іх асяродзьдзя; гэта прыводзіць да павялічэньня магчымасьці інфэкцыі.

Трэцяе, на што я хочу заўважыць, гэта магчыма так-званай дрэмлючай інфэкцыі,—пытаньне вялізарнае, у значнай ступені не разьвязанае; бязумоўна, у некаторых выпадках гэта дрэмлючая інфэкцыя зьяўляецца сапраўднай прычынай сьмерці.

Такім чынам мы бачым, што не ва ўсіх выпадках, дзе пры грубым аналізе можна гаварыць пра ўнясеньне інфэкцыі хірургам—яна сапраўды ім унесена.

**Вывады:** вялізарная група пасляопэрацыйных сьмярцей залежыць ад інфэкцыі. Большая частка гэтых выпадкаў ужо была перад опэрацыяй інфэктавана (галоўным чынам гэта пэрытоніты). Калі лічыць такіх з 26 проц.—14 проц., і далучыць іх да тых 30 проц., якія залежаць ад агульнага стану хворых, дык мы атрымаем, што 44 проц. прычын пасляопэрацыйных сьмярцей належыць да сьмога захворваньня і выкліканай ім недастатковасьці арганізма.

Лік сьмярцей, што залежаць ад унясеньня інфэкцыі хірургам, вагаецца цяпер ад 10 проц. да 12 проц. Асноўная маса такіх выпадкаў належыць да опэрацый на органах брушной поласьці. Тая акалічнасьць, што ў розных хірургаў гэты процант амаль аднолькавы—сьведчыць пра недасканаласьць тэхнікі і ўмоў такіх опэрацый у большай ступені, як пра выпадковасьць. На гэта мы павінны звярнуць увагу. Калі адкінуць брушныя опэрацыі, дык колькасць хворых, загінуўшых ад інфэкцыі раны,—нязначная: 30 на 1.608, г. зн. каля 2 проц.; у мяне—5 выпадкаў на 257—г. зн. таксама каля 2 проц.

Наступную значную групу пасляопэрацыйных сьмярцей складаюць лёгачныя аскладненьні. Яны, як відаць з лічбавых даных займаюць ледзь ня трэцяе (чацьвертае) месца сярод прычын сьмерці. Калі ўзяць пад увагу, што пнэўмоніі ўзьнікаюць па-за полем узьдзеяньня хірурга, дык натуральна, што такая лічба, як 17 проц. у адносінах да ўсіх прычын сьмяротнасьці зьяўляецца надзвычайна вялікай.

Перш за ўсё, пра самую лічбу: паміж літаратурнай лічбай—17 проц. і маёй асабістай—9 проц.—вельмі вялікая розьніца, каб

не звярнуць на яе ўвагі. Калі я вазьму лічбы паасобных аўтароў за апошнія гады, дык яны набліжаюцца хутчэй да маіх лічбаў, зьяўляючыся нібы сярэдняй паміж паданымі лічбамі: у *Пятрова*—каля 12 проц.; у *Вазьнясенскага*—каля 13 проц.; *Шутыха*—10-11 проц. Мне здаецца, што гэтыя сярэднія лічбы—10-12 проц., больш апавядаюць сапраўднасьці, як 17 проц.

У лік прычыны сьмерці ўваходзіць ня толькі пнэўмонія, але і гангрэны лёгкіх, гнойныя пляўрыты і, нарэшце, глыбока стрэньныя лёгачнага тубэркулёзу (апошніх было адзначана 7 на літаратурным матэрыяле—на 272 выпадкі—і 1 у мяне—на 24 выпадкі).

Калі я злучу абедзьве лічбы, дык на 296 сьмярцей ад лёгачных аскладненьняў—толькі 20 здарылася пры опэрацыях па-за брушынай поласьці: 276 прыпадае на брушную хірургію. З ліку 276—большасьць адносіцца да страўніка і жоўцевых шляхоў (239 выпадкаў), а 28—да гнойных апэндыкулярных пэрытонітаў; пры гэтым сюды ўваходзяць таксама і ўсе 14 выпадкаў гангрэны лёгкіх. Гэты момант важны ў тым сэнсье, што сьведчыць пра сувязь інфэкцыі лёгкіх з даволі частай інфэкцыяй опэрацыйнай вобласьці. У гэтых адносінах я зварочваю ўвагу на работу *Заблудоўскага* (1928 г.). Ён правільна зазначае, што пэўная частка хворых, якія паміраюць пад клінічным дыягназам—лёгачнага аскладненьня—у сапраўднасьці маюць і сэпсіс, у выглядзе звычайнага пэрытоніту, але ня рэзка выяўленага, які часам выяўляецца толькі на сэкцыі. На падставе маёй практыкі, я павінен сказаць, што значная частка маіх хворых, якія паміралі ад так званай пнэўмоніі, абсцэсу лёгкіх, мелі пэрытоніт, які або быў раней, або толькі разьвіваўся. Таму лёгачныя аскладненьні трэба было-б хутчэй разглядаць, як мясцовую лэкалізацыю сэптычнага процэсу, як мэтастаз. *Гейнац* правільна зазначае, што сьмяротныя пнэўмоніі асабліва часта бываюць пры раку страўніка, страваходу. Што гэта значыць? Гэта значыць, што апрача інфэкцыі з гэтых падлягаючых распаду ракавых язваў—мы маем справу са старымі зьявісьцямі суб'ектамі, і значная частка такіх сьмярцей павінна быць залічана ў першую групу—сьмерці ад недастатковасьці ўсяго арганізма ці паасобнага аргану. І толькі некаторая частка гэтых лёгачных захворваньняў павінна быць залічана ў групу тых аскладненьняў, якія залежаць ад самой опэрацыі. Сярод маіх выпадкаў я магу назваць такіх ня больш палавіны. На падставе гэтага я сьцьвярджаю, што лёгачныя аскладненьні, якія на першы погляд зьяўляюцца нібы сапраўды выпадковым аскладненьнем пры опэрацыі—мы павінны падзяліць

на дзве групы: адну, дзе лёгачнае аскладненне ёсць такое-ж выяўленьне недастатковасці органа, як і ўсякага іншага органа—печані, сэрца, нырак і т. д.—сюды адносіцца і большасць выпадкаў,—і другую, дзе лёгачнае аскладненне залежыць ад самога ўмяшаньня. Апошняя група меншая, і мяркуючы па маім матэрыяле дасць толькі 4-5 проц. у адносінах да ўсёй колькасці пасляоперацыйных сьмярцей.

Закрану нарэшце яшчэ адно пытаньне,—пра вялікую колькасць лёгачных аскладненняў пры мясцовай а<sup>н</sup>эстэзіі. Не аспрэчваючы гэтага палажэння, я цалкам далучаюся да думкі *Пятрова*, што сьмяротнасць ад пасляоперацыйных лёгачных аскладненняў меншая пры мясцовай а<sup>н</sup>эстэзіі, як пры агульным наркозе.

Да ліку „выпадковасцый“, цяжка прадбачваных, якія ледзь ня цалкам трэба аднесці за лік операцыі—трэба аднесці эмболіі і тромбозы і асабліва эмболіі лёгачнай артэры. Аднак пры больш уважлівым аналізе гэтых выпадкаў складаецца іншае ўражаньне. Як часта бываюць гэтыя аскладненні? Некалькі лічбаў дадуць уяўленьне аб частасці такой сьмерці.

### Эмболія

#### Швейцарская статыстыка

1918-1922 г. г. на 56.020 операцый—154 сьмерці ад эмб.—0,28 проц. сьмярцей				
<i>Райхель</i> . . . на 22.689	„	—56	„	„
<i>Мартыні</i> . . . на 29.190	„	„	„	„
			0,24	„
			0,22	„

сярэдняя 0,24 проц.

Калі справа ідзе аб паасобных оператарых, процант павялічваецца (магчыма ад таго, што падлічваюцца больш цяжкія выпадкі операцый).

<i>Эйзэльсбэрг</i> . . . . .	6.871	—	0,33 проц.
<i>Шмідэн</i> . . . . .	10.988	70	0,64 „
<i>Каніс</i> . . . . .	7.210	—	0,44 „
<i>Мэйо</i> . . . . .	64.000	47	0,07 „

Сярод пасляоперацыйных сьмярцей я налічыў 56 сьмярцей ад эмболіі, што на 1.607 операцыйных сьмярцей дае—3,5 проц.; у сваім матэрыяле я меў 4 выпадкі, што складае каля 2 проц. Такім чынам, гэта прычына пасляоперацыйнай сьмерці не зьяўляецца частай—хоць нельга не зазначыць на статыстыкі *Птэрэна*, *Штыха*, дзе процант такіх сьмярцей—6.

Але вось на што трэба зьвярнуць увагу: эмболіі лёгачнай артэры залежаць, як відаць ня выключна ад операцыі. *Мартыні*

дае вось якія лічбы: на 29.190 операцый было 0,22 проц. эмболій, але ў 22.348 неопераваных—было таксама—0,1 проц. эмболій.

Што операцыя, аднак, мае вялікае значэнне, ясна з папярэдняй паданай мною лічбы—3,5 проц. з ліку операцыйных сьмярцей. Такого працэнту з ліку прычын сьмерці наогул эмболіі, зразумела, не даюць; але адначасова трэба зазначыць, што з ліку пасьяоперацыйных эмболій, як відаць, частка павінна была-б ўсёроўна зрабіцца афяраю эмболіі.

Вельмі важнымі зьяўляюцца таксама моманты, якія ствараюць нахіл да хваробы. Тут трэба адзначыць узрост. Паводле статыстыкі *дэ Кэрвэн* да 40 г. эмболіі бываюць рэдка, ад 40 г. часцей і асабліва часта ў асоб, старэйшых за 60 год. Зьмяшчу яшчэ такую табліцу (працэнт эмболій ў кожным узросьце).

Узрост	<i>Любарш</i>	<i>Цургеле</i>	<i>Райхель</i>	Швэйцарская статыстыка
10-20 . . .	—	—	1,9	1,2
20-30 . . .	8,6 проц.	8,6	10,7	3,2
30-40 . . .	11,6 „	11,4	12,7	3,6
40-50 . . .	13,15 „	17,2	19,6	19,7
50-60 . . .	19,7 „	14,2	19,6	26,2
60-70 . . .	20,2 „	2,4	26,7	26,9

Хваробы сэрца, нярак павялічваюць магчымасьць эмболіі. Гэта сьведчыць пра зазначаны ўжо намі момант—значэнне ўзросту і запушчанасьці хваробы. У сувязі з гэтым, наўрад ці можна лічыць, што такія выпадкі сьмярцей ад эмболіі абумоўліваюцца операцыяй, а не характарам самой хваробы ці няспрыяльных для яе ўмоў (запушчанасьці).

Гэта самае падцьвярджаецца пры аналізе тых операцыйных умяшваньняў, пры якіх назіралася эмболія. Гэта перш за ўсё простатэктомія. На 56 выпадкаў з маея статыстыкі (літаратурныя выпадкі) у 11 выпадках справа ішла аб гэтай операцыі. Паводле *дэ Кервэна* эмболія пры простатэктоміі дае 1,99 проц., г. зн. бывае часцей, як пры-якой небудзь іншай операцыі. Гэта можна тлумачыць толькі спалучэньнем наступных момантаў—узрост, стан уросэпсісу, удзел вэнознай сыстэмы. Потым ідуць ляпартоміі, пры чым момант сэпсісу ці наогул інтоксыкацыі ў наяўнасьці. Гэта—вострыя апэндыцыты, пэрытоніты, холянгіты, зашчэмленыя грыжы, ілеус, цяжкія выпадкі раку. І сапраўды, з ліку 56 эмболій, якія я разглядаю, 11 было ў проста-



тыкаў; з ліку 45, што засталіся—на долю зазначаных вышэй выпадкаў прыпадала 33; у *Капіса*—на 32 выпадкі эмболіі—такіх было 16. Аднак, да якіх апэрацый належалі астатнія выпадкі? 9 было сэптычных—эмпіэма, гангрэна машонкі, гангрэна ступы, флегмоны канцавін. Такім чынам,—сэптычныя процэсы і асабліва сэптычныя ляпоратоміі—другая галіна эмболіі. І толькі за трэцяй групай я вымушаны прызнаць момант „выпадковасьці“: гэта эмболія пры апэрацыях вольных грнж (вальбляк, хронічнага апэндыцыту, апэрацыі на судзілах (геморой), на касьцях (остэосынтэз) і т. д.

ДОКУСФЕРА

**Вывад:** хоць эмболіі і тромбозы і бываюць выпадковымі, аднак, у большасьці выпадкаў, яны зьяўляюцца толькі адным з выяўленьняў недастатковасьці арганізма і ня могуць быць пастаўлены ў віну апэрацыі. Іншая справа—другая частка, меншая, дзе можна казаць сапраўды пра „выпадковасьць“, якая залежыць ад акту апэрацыі.

Ці павялічваецца колькасьць эмболій?

*Шмідэн*—на 10.988 апэрацый—меў 70 сьмярцей ад эмболіі—0,64 проц.

<i>Шмідэн</i>	у 1921 г.	0,21 проц.
<i>Рост.</i>	у 1913 г.	0,2 „
<i>Капіс</i>	у 1923 г.	0,54 „
„	у 1924 г.	0,29 „
„	у 1925 г.	0,54 „
„	у 1926 г.	0,81 „
„	у 1926 г.	1,13 „
„	у 1926 г.	0,42 „

Лічбы нібы гавораць за гэта, але ўсё-ж адказаць на пытаньне ў станоўчым сэнсье ня так лёгка.

Крывяцячэньні, як прычына пасляапэрацыйнай сьмерці павінны быць цалкам аднесены за лік апэрацый. Праўда, і тут ёсьць група крывацячэньняў, дзе сувязь з апэрацыяй зьяўляецца толькі ўзбочнай—гэта вялікая група крывацячэньняў пры язвах страўніка. Аднак, не заўсёды можна сказаць адкуль ідзе кроў—з язвы ці анастомозу, дый у першым выпадку—дапушчальна думка, што траўма страўніка і язвы пры аглядзе і апэрацыі і зьяўляецца прычынай крывацячэньня. Як часта бываюць такія выпадкі—паказвае лічба: з ліку 62 выпадкаў сьмерці ад крывацячэньняў—46 было пры язвах страўніка, як гэта відаць з наступнай табліцы:

- 3—з канцавін  
 45—з язвы і шва—на 1.095 апэрацый страўн.—4 проц.  
 1 пэрфоратыўная язва страўніка  
 1 жоўцевая апэрацыя  
 2 вальляк  
 9 параненьні печані (18)  
 1 нырка

62

Процант гэтай прычыны сьмерці (62 на 1.6) **ДОКУСФЕРА**

Пятроў дае для сваіх лічбаў—3 проц.; *Вазьнясенскі*—2 проц., у мяне—2 проц. Мае 4 выпадкі належаць: 1—да язвы страўніка, 1—да выдаленьня селязёнкі: 1—да параненьняў (печані і аточыны), 1—холемічнае крывацэньне.

Наступная група належыць да аскладненьняў з боку брушных органаў. Калі ўзяць пад увагу толькі выпадкі літаратурныя, дык яны разьмяркоўваюцца наступным чынам:

Бязвыходны круг . . . . .	111
Пэрфорация язвы страўніка . . . . .	16
Ілеус . . . . .	53
Атонія страўніка . . . . .	4

184

Гэтыя 184 выпадкі складаюць 11,7 проц. Вялікая лічба бязвыходнага круга, якая адносіцца да больш раньняга пэрыоду, стварае асноўную масу гэтых аскладненьняў і з прычыны гэтага атрымліваецца такі вялікі процант. Цяпер мы не сустракаем так многа гэтых выпадкаў, і таму лічба брушных аскладненьняў павінна быць меншай. Я на сваім матэрыяле мог наогул такіх брушных аскладненьняў зазначыць усяго 19 выпадкаў, што складае 7 проц. Пры ацэнцы гэтых аскладненьняў з боку ўдзелу ў іх апэрацыйнага агенту, мы павінны зазначыць, што частка іх, бязумоўна, залежыць ад апэрацыі, з прычыны таго, што апошняя стварае ўмовы, патрэбныя для ўзьнікненьня аскладняльнага моманту. Бязумоўна, гэтага яшчэ мала, каб сьцьвярджаць, што вінаваты хірург.

Нарэшце, застанецца пералічыць яшчэ цэлы рад аскладненьняў прычинная сувязь якіх з апэрацыяй ясная, але якія часткова або выпадковыя, або настолькі вынікаюць з самога стану хворага і яго хваробы, што наўрад ці залежаць ад апэрацыі. Не ўваходзячы ў дробязі, абмяжуюся пералікам тых назіраньняў, якія зроблены.

Разыходжаньне раны жывата . . . . .	5
Язвы коліт . . . . .	6
Фістула дванаціціпалай кішкі . . . . .	4
Страўнічнае крывацячэньне . . . . .	4
Холемя . . . . .	8
Паротыт . . . . .	4
Інтосыкацыя пры базэдавай хваробе. . . . .	8

і цэлы рад дробных адзіночных аскладненьняў.

Тая-ж мая думка пра пераважнае значэньне асфэктару—захворваньня і выкліканага ім (або ўзрастам) стану арганізма—можа быць даведзена і іншым шляхам: ілюстрацыяй прычын сьмерці пры некаторых захворваньнях.

Пры вольных грыжах я мог сабраць такія даныя: на 18 выпадкаў сьмерці прычынамі яе былі: эмболіі—9-50 проц.; наркоз—1; пнэўмонія—3-18 проц.; эндокардыт—1; пэрытоніт—1; ілеус—2; абвастрэньне тубэркулёзу—1.

Калі адкінуць такія зусім выпадковыя аскладненьні, яе абвастрэньне тубэркулёзу, эндокардыт, ілеус, пэрытоніт наркоз—застаюцца эмболіі і пнэўмоніі, якія паражаюць часцей за ўсё старых людзей.

Пры зашчэмлених грыжах мы маем пэрытонітаў—амаль 50 проц.; шок—20 проц.; эмболіі—амаль 20 проц. Тут мы бачым прычыны, якія маюць сувязь з характарам самой хваробы і зусім не залежаць ад апэрацыйнага ўмяшаньня.

Пры вострым апэндыцыце (на 243 выпадкі сьмерці) прычыны яе разьмяркоўваюцца такім чынам:

Пэрытоніт . . . . .	60 проц.
Ілеус . . . . .	13 „
Лёгачныя аскладненьні . . . . .	9 „
Эмболіі і тромбозы . . . . .	7 „
Сьптычныя аскладненьні . . . . .	7 „

Такім чынам, мы бачым, што асноўнымі прычынамі зноў такі зьяўляюцца сэпсіс брушыны і мэтастазы гэтага сэпсісу, да якіх трэба аднесьці і лёгачныя аскладненьні, і тромбозы, і эмболіі.

Пры хронічным апэндыцыце (колькасьць вядомых мне выпадкаў нязначная), мы сустракаем звычайна тры моманты: пэрытоніт, выпадковую эмболію і ілеус.

Пры апэрацыях на жоўцевых шляхах, асноўную ролю ў пасляапэрацыйнай сьмяротнасьці адыгрывае агульны стан хворых—за яго лік прыходзіцца 33 проц. сьмярцей. Потым ідуць лёгачныя аскладненьні—ад 13 проц. да 20 проц.; пэрытоніт—

ад 10 проц. да 12 проц.; холемя—ад 5 проц. да 9 проц.; а за імі ўжо розныя сэгтычныя і выпадковыя аскладненні.

Уяўленьне аб прычынах сьмяротнасьці пры опэрацыях на страўніку пры язьве яго (Г Э і рээкцыя) даюць наступныя лічбы:

Шок і сардэчная слабасьць . . . . .	24 проц.
Пэрытоніт . . . . .	18 „
Бязвыходны круг . . . . .	10 „
Пнэўмонія . . . . .	17 „
Крывацячэньне . . . . .	4,5 „

ДОКУСФЕРА

а астатнія прыпадаюць на розныя іншыя выпадковыя моманты.

Амаль усе выпадкі сьмерці пры пэрфораванай язьве страўніка залежаць ад пэрытоніту (75-80 проц.), потым ідзе пнэўмонія, і толькі затым адзінкавыя выпадковыя аскладненні.

Пры параненьнях брушных органаў асноўныя прычыны сьмерці—пэрытоніт і крывацячэньне; часам мясцовы сэгтычны процэс (напр., нарывы печані).

Пры опэрацыях на нырках—у 50 проц. прычынай зьяўляецца—агульны кепскі стан хворых—адсюль шок, слабасьць сэрца і т. д.; потым урэмія, крывацячэньне і т. д.

Простатэктомія дае, як асноўныя прычыны сьмерці—урэмія (ад 17 проц. да 35 проц.), агульны кепскі стан (ад 15 проц. да 30 проц.), пнэўмонія (ад 13 проц. да 30 проц.), інфэкцыю (ад 17 да 57 проц.).

Ня буду даваць больш прыкладаў, бо з паданых добра бачна, што, у асноўным, прычыны пасьялопэрацыйных сьмярцей знаходзяцца ў зусім пэўнай залежнасьці, у першую чаргу, ад характару захворваньня і—значна менш—ад якога-небудзь іншага фактару.

Я лічу патрэбным спыніцца яшчэ хоць каротка на некаторых пунктах пасьялопэрацыйнай сьмяротнасьці:

- 1) на так званых нечаканых сьмерцях;
- 2) сьмерці на опэрацыйным стане;
- 3) няясных выпадках сьмерці.

Асобную групу складаюць т. зв. „нечаканыя“ сьмерці. Гэта група, зразумела, ня мае пэўных межаў; але кожны хірург добра ведае значэньне гэтага тэрміну. Ацэньваючы ўсе шансы хворага на перанясеньне опэрацыі, улічваючы розныя аскладненні, якія бываюць пры данай опэрацыі, дапускаючы пры гэтым і магчымасьць розных памылак, хірург усё-ж часамі бывае сьведкаю сьмерці, якой ён сапраўды не чакаў. Як часта бываюць вы-

падкі „нечаканай“ сьмерці? Я маю толькі даныя *Пэтрэна*. Апошні налічвае на 16.000 апэрацый 116 такіх сьмярцей, г. зн.— 0,7 проц.

Каб зразумець характар „нечаканых“ хірургічных сьмярцей, трэба крыху спыніцца на пытаньні пра нечаканыя сьмерці наогул. Апошнія часьцяй бываюць у мужчын, як у жанчын.

Надзвычайна частай прычынай нечаканай сьмерці зьяўляюцца хваробы сэрца. На 1.468 выпадкаў трох аўтароў (*Вальдн Пяршэкоў, Марковіч*) сардэчная сьмерць мела месца 7/8 разу, г. зн. больш, як у 1/8 усіх выпадкаў. З прычыны гэтага відаць, што нечаканыя сьмерці часта маюць сувязь іменна з сардэчнымі расстройтвамі і наогул недастатковасьцю арганізма. Так, з ліку зазначаных 116 выпадкаў *Пэтрэна*, гэта група прычын выяўляецца 41 раз. Значыць, тут была недаацэнка цяжкага стану хворага, і сьмерць зьявілася „нечаканай“ толькі паводле суб'ектыўнага ўяўленьня хірурга.

Тое самае трэба сказаць пра так званую сьмерць ад тымусу, значэньне якой трэба лічыць пераўвядлічаным. Яе *Марковіч* назіраў 7 разоў на 408 выпадкаў раптоўнай сьмерці, але выключна ў дзяцей (да 5 год). Гэты пункт гледжаньня, мабыць, найбольш адпавядае сапраўднасьці.

Адносна раду выпадкаў нечаканых сьмярцей можа стаяць пытаньне, насколькі яны зьяўляюцца „нечаканымі“. Я не разумею, чаму *Пэтрэн* уключае ў гэту групу пэрытоніты, мэнінгіты, сэпсіс, лёгачныя аскладненьні і т. д. Усё гэта прымушае мяне думаць, што лік сьмярцей сапраўды „нечаканых“—вельмі нязначны. Да іх у першую чаргу трэба аднесці сьмерці на апэрацыйным стале.

Сьмерць на апэрацыйным стале (калі ня лічыць апэраваньне цяжкіх траўматычных выпадкаў), як вынік няшчаснай выпадковасьці, бывае вельмі рэдка. На матэрыяле ў 1.607 выпадкаў яна зазначана 3 разы; у *Пэтрэна*—7 разоў—на 619 пасьляопэрацыйных сьмярцей; я на сваім матэрыяле—257 выпадкаў—меў такую сьмерць 2 разы. Прычынамі часьцей за ўсё бываюць—наркоз, базэдава хвароба, моцнае крывацячэньне, паветраная эмболія. Так, у маіх выпадках—1-ы выпадак—сьмерць ад базэдавай хваробы (опэрацыю рабіў мой асыстэнт); 2-і выпадак—сьмерць ад крывацячэньня і наркозу: нэфрэктомія (вялікі камень, цяжкія зрашчэньні), надрыў п о л а й в э н ы (опэрацыю рабіў я).

Апісаны выпадкі, дзе абстаноўка апэрацыі, страх перад апэрацыяй выклікалі псыхічны шок. Прыклад такога чыстага „опэ-

рацыйнага шоку“ дае Маркові: хворы 51 году гангрэна і лёгкага памёр раптоўна на стале перад самай апэрацыяй. Пра выпадкі сьмерці ад наркозу я ўжо гаварыў раней.

Трэба зазначыць, што аўтары з вялікім матэрыялам паведамляюць пра пэўны процант выпадкаў, дзе прычына сьмерці застаецца нявыразнай нават пры аўтопсіі. Асабліва сярод „нечаканых“ сьмярцей (судова-мэдычных ускрыцьцяў) вялікай зьяўляецца група выпадкаў, дзе і ўскрыцьцё нічога не дае. Напрыклад, у *Марковіна* на 406 выпадкаў такіх было 4, г. зн. 1 проц. *Пэтрэн* гаворыць пра 12 такіх нявысьветленых нават на аўтопсіі выпадкаў (на 619 сьмярцей гэта дасьць 2 проц.). *Штых* на 937 сьмярцей налічвае 29 такіх выпадкаў, г. зн. 3 проц. Кожны хірург падцьвердзіць наяўнасьць такіх выпадкаў у сваёй асабістай практыцы.

Папярэдні аналіз, які высвятляе нам прычыны сьмерці, яшчэ не дае адказу на пытаньне—у якой меры сама апэрацыя зьяўляецца фактарам хірургічнай сьмяротнасьці. Адказаць на гэта пытаньне вельмі цяжка, бо яно само ў сваю чаргу можа быць падзелена на два пытаньні: 1) ці зьяўляецца прычынай сьмерці хворага апэрацыя як такая і 2) ці зьяўляецца гэтай прычынай памылкава ці няправільна зробленая апэрацыя? Адказ аскладняецца яшчэ адным момантам—аб якім захворваньні і аб якіх апэрацыях ідзе гутарка.

*Пэтрэн*, напрыклад, падзяляе апэрацыі так:

- 1) апэрацыі з прычыны вострых інфэкцый у жываце;
- 2) „ „ „ іншых інфэкцый;
- 3) „ „ „ вострых неінфэкцыйных станаў;
- 4) „ „ „ злаякасных пухлін;
- 5) „ „ „ іншых хронічных хвароб.

*Вазьясенскі* падзяляе свае апэрацыі на:

- 1) апэрацыі пры вострых траўмах;
- 2) „ наогул пры безадкладных выпадках;
- 3) так званыя „пробныя“ апэрацыі;
- 4) усю астатнюю масу апэрацый ён азначае, як „мірныя“.

Мяне не задавальняе гэты падзел, бо шмат якія—не безадкладныя выпадкі—ня менш цяжкія і небясьпечныя, чым выпадкі безадкладнай хірургіі. Мне здаецца, што асноўны момант ляжыць у стане хворага, як такім. Я ня думаю, каб мой падзел быў зусім здавальняючы, але ён, мне здаецца, адпавядае клінічнаму крытэрыю. Я адрозьніваю выпадкі запушчаныя, цяжкія і іншыя, зразумела, падзяляючы іх у той-жа час на экстрэнныя і няэкст-

рэнныя. З гэтага пункту гледжання запушчаны рак страўніка ня менш цяжкі, як позна дастаўленая пэрфоратыўная язва страўніка і т. д. Ня лёгка, быць можа, уключаць у пэўную рубрыку той ці іншы выпадак; зразумела, паказальнік сьмяротнасьці ў розных групах і пры розных хваробах будзе неаднолькавы, але іменна стан хворага і яго хваробы (г. зн. запушчанасьць, цяжкасьць, або адсутнасьць гэтых момантаў) абумоўлівае значэньне апэрацыі, як фактару сьмяротнасьці. Гэты крытэрыў выдзяляе нам ня толькі клінічным жыцьцём, але і соцыяльным момантам. Соцыяльная вартасьць такога фактару, як апэрацыя, можа выявіцца толькі тады, калі яна робіцца пры адпаведных умовах, з якіх самая галоўная—здавальняючы аб'ект: пры выключэньні гэтай умовы скажаецца пэрспэктыва і пытаньне тлумачыцца зусім няправільна.

Калі ўзяць агульныя лічбы—хірургічнай сьмяротнасьці і пасьяапэрацыйнай сьмяротнасьці, паданья мною вышэй, дык аказваецца, што яны аднолькавыя. Часам мы нават выяўляем што пасьяапэрацыйная сьмяротнасьць меншая. Я магу спаслацца на рад лічбаў:

Інстытут Скліфасоўскага 1925 г.	{	опэр. . . . .	1.643	сьмярцей	106 . . . . .	6,6 проц.
		неопэр. . . . .	776		53 . . . . .	6,8 "
		усяго . . . . .	2.419		159 . . . . .	6,7 "
Уладзімірская земская б-ца 1884-1889 г.г.	{	опэр. . . . .	548	"	17 . . . . .	3,1 "
		неопэр. . . . .	1.064		73 . . . . .	6,7 "
		усяго . . . . .	1.612		100 . . . . .	6,2 "
Маскоўская Марыінская 1897 г.	{	опэр. . . . .	331	"	18 . . . . .	5,4 "
		неопэр. . . . .	219		22 . . . . .	10, "
		усяго . . . . .	550		40 . . . . .	7,2 "
Шэнкурская б-ца	{	опэр. . . . .	948	"	27 . . . . .	2,7 "
		неопэр. . . . .	134		12 . . . . .	9 "
		усяго . . . . .	1.082		39 . . . . .	3,9 "
Елецкая б-ца	{	опэр. . . . .	2.165	"	40 . . . . .	1,44 "
		неопэр. . . . .	1.269		20 . . . . .	1,6 "
		усяго . . . . .	3.434		60 . . . . .	1,77 "
Бабухінская б-ца	{	опэр. . . . .	1.772	"	102 . . . . .	5,9 "
		неопэр. . . . .	129		51 . . . . .	39,0 "
		усяго . . . . .	1.901		153 . . . . .	7,0 "
Джыбсон	{	опэр. . . . .	9.025	"	418 . . . . .	4,8 "
		неопэр. . . . .	3.119		(сапраўдн. лічбы 5 проц.)	
		усяго . . . . .	12.144		78 . . . . .	2,5 проц.
Мой матэрыял (на 6.937 хворых)	{	опэр. . . . .	5.123	"	273 . . . . .	5,5 "
		неопэр. . . . .	1.814		150 . . . . .	8,0 "
		усяго . . . . .	6.937		423 . . . . .	6,0 "

Гэтыя лічбы, калі браць іх цалкам, добра паказваюць, што операцыя, ва ўсякім выпадку, не павялічвае хірургічную сьмяротнасьць. Аднак гэта патрабуе далейшага аналізу.

Як ацэньваюць самі хірургі апэрацыйны фактар? *Штых* устаўляе на 937 сьмярцей процант памершых ад асноўнай хваробы—у 41,8 проц., і з прычыны агульнага кепскага стану—у 14,3 проц. *Вазьясенскі* на 243 сьмерці вызначае процант памершых ад гэтай самай прычыны—у 46 проц. *Калі (Турсы)*—40 проц. (толькі прогрэсаваньне захворваньня). *Пэтрэн*—у 44 проц. (на 619 сьмярцей). *Растоўская* больніца—у 40 проц. (на 154 сьмерці). *Шоур*—у 50 проц.

Аднак, у гэтыя лічбы я павінен унесці адпаведную папраўку: яны меншыя, як гэта адпавядае сапраўднасьці. Возьмем лічбы *Пятрова*: да 40 проц. трэба дадаць значную лічбу тых пнэўмоній, якія былі прычынай сьмерці, бо я ўжо выказаў свой погляд на большасьць гэтых пнэўмоній; сьмерці ад так-званага дрэннага сэрца, частка сьмярцей ад так-званага шоку і наркозу. Мы-ж лечым не хваробу, а хворага, і значыць усе гэтыя „аскладненьні“ ня могуць намі разглядацца інакш, як прогрэсаваньне дрэннага стану хворага і паасобных яго органаў, як прогрэсаваньне хваробы. Пры гэтай умове мы атрымаем з лічбаў *Пятрова* ня менш як 50 проц. сьмярцей, ня гледзячы на тое, што рабіліся апэрацыі. У лічбах *Пэтрэна* мы маем тое-ж: на лёгачныя аскладненьні ён адводзіць 26 проц. Калі хоць-бы палавіну мы будзем разглядаць у паказаным вышэй сэнсье, дык і тут мы будзем мець 44+13, г. зн. 57 проц.

Я прааналізаваў больш падрабязна 164 выпадкі сьмерці, якія былі ў маёй клініцы пасля апэрацый і атрымаў такі вывад: у 108 выпадках прычынай сьмерці было само захворваньне: у 28 выпадках захворваньне было настолькі запушчаным, што операцыя наўрад ці магла наогул дапамагчы. Сюды я залічаю:

1 выпадак цяжкай номы твару ў дзіцяці 2 год, вельмі зьнясіленага пасля асноўнай хваробы;

6 выпадкаў запушчаных гнойных пляўрытаў, якія былі дастаўлены ў безнадзейным стане і памерлі хутка пасля апэрацыі;

1 выпадак раку страваходу, якому была зроблена гастростомія, і які быў блізка да сьмерці;

3 выпадкі з хірургіі печані—2 параненьні, дастаўленыя позна (1 ужо з пэрытонітам)—і 1 выпадак 6-тыднёвай жаўтухі і холангіту—холемія (памёр ад холем. крывяцяненьня);



6 выпадкаў пэрфорацый язваў кішак і разрываў кішак дастаў-  
леных позна, з цяжкімі пэрытонітамі;

8 позьніх выпадкаў апэндыкулярных пэрытонітаў;

1 запушчаны выпадак пашкоджаньня кутніцы з разрывам  
брушыны, дастаўлены праз 2 сутак з цяжкім пэрытонітам;

2 запушчаныя выпадкі цяжкага сэпсісу пасля хваробы кан-  
цавін.

У 80 выпадках хвароба ня была вельмі запушчана, але была  
надвычай цяжкай і хворыя памерлі, ня глядзячы на тое, што  
зроблена апэрацыя—ад прогрэсаваньня асноўнай хваробы;

6 параненьняў чэрапа з пашкоджаньнем мазгоў;

4 гнойныя пляўрыты;

2 параненьні хрыбетніка;

9 страўнічных выпадкаў (параненьні, рэзэкцыі раку);

3 рака стравахода (кахексія);

4 апэрацыі на печані і жоўцевых шляхох (параненьні, хо-  
дохотоміі);

4—на кішках (параненьні, рак);

26 выпадкаў ілеусу;

7 цяжкіх апэндыкулярных пэрытонітаў;

1 цяжкая прастатэктомія;

14 траўм, гангрэн, тубэркулёзу канцавін (памерлі, ня глядзя-  
чы на ампутацыі і г. д.).

У гэтых 108 выпадках у 63 проц. сьмерць ні ў якім разе не  
залежыць ад апэрацыі і мне здаецца, што мая лічба бліжэй  
да сапраўднасьці, як паказанья вышэй. Вельмі падобны да маіх,  
лічбы адной справаздачы Растоўскай-н/Д больніцы. На 154 вы-  
падкі пасляопэрацыйнай сьмерці там зазначана 53 выпадкі  
сьмерці ад прогрэсаваньня асноўнай хваробы, 46 выпадкаў  
сьмерці ад аскладненьняў, меўшых месца да апэрацыі, і 18 вы-  
падкаў сьмерці пры траўмах—117—75 проц.

Ва ўсякім разе, можна сьцьвярджаць, што ня менш 50 проц.  
пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці зусім не залежыць ад апэ-  
рацыі.

У наступнай групе апэрацый, мы можам адрозьніваць сьмерці,  
якія маюць пэўную сувязь з памылкай хірурга, і сьмерці, якія  
здарыліся пасля апэрацыі, але дзе памылку хірурга ўказаць  
нельга або цяжка. Пачнем з фактычных матэрыялаў.

Пятроў лічыць процант сьмярцей ад памылак хірурга роў-  
ным 17,4 проц. Апрача таго, 13,4 проц. адносіць да інфэкцый  
унесенай у часе самой апэрацыі. Штых налічвае на 937 апэра-

цыйных сьмярцей 17 памылак дыягностычных і 37 тэхнічных што дае каля 6 проц.; апрача таго 88 інфэкцый, г. зн. каля 9 проц.

Падам для прыкладу тая тэхнічныя памылкі, якія называе *Штых*: недастатковасьць шва на кішочніку—17 выпадкаў, разрыў кішак у часе апэрацыі—5 выпадкаў; крывацячэньне ў часе апэрацыі або пасля яе—10 выпадкаў, іншыя памылкі—5 выпадкаў.

*Пэтрэн* на 619 сьмярцей адносіць за лік памылак хірурга—35, г. зн. каля 6 проц.; інфэкцый ён налічвае 4 проц. *Вазнясенскі* з 243 выпадкаў пасляопэрацыйных сьмярцей—за лік розных момантаў, залежных ад апэрацыі, адносіць 46, г. зн. 18 проц. *Шоўр* адводзіць самай апэрацыі, як прычыны сьмерці—15 проц. сваёй пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці. *Пэральман* гаворыць пра 5 такіх выпадкаў на 24 пасляопэрацыйныя сьмерці, г. зн. пра 20 проц.

У сваім матэрыяле я маю такія даныя: памылковыя дыягнозы і тэхнічныя памылкі былі прычынай сьмерці у 9 проц., а інфэкцыя і іншыя моманты, залежныя ад апэрацыі—у 7 проц., што разам дае 16 проц.

Характарна для ўсіх гэтых лічбаў, як не суб'ектыўны падставы, з якіх яны складаюцца, што яны параўнаўча блізка падыходзяць адна да аднэй. У сярэднім хірургі прымаюць на свой лік ад  $\frac{1}{6}$  да  $\frac{1}{5}$  часткі пасляопэрацыйных сьмярцей.

Што гэта значыць? Ці значыць гэта, што адпаведныя хворыя засталіся б жывымі, каб не рабілася апэрацыя ці ня здарылася памылка ў часе апэрацыі?

Усе мы ведаем, як цяжка адказаць на такое пытаньне.

Ня ўсе выпадкі памылак і няўдач у часе апэрацыі зьяўляюцца сапраўднай прычынай сьмерці. Шмат якія з іх зьяўляюцца вынікам цяжкіх умоў, у якіх знаходзіцца хірург, з прычыны значнай запушчанасьці самай хваробы. Калі на апэрацыйным стале памірае раптоўна безэдавічка, або калі яна памірае хутка пасля апэрацыі, дык прычынай гэтага зьяўляецца ня толькі апэрацыя, але перш за ўсё тая акалічнасьць, што такія хворыя зьяўляюцца для апэрацыі вельмі позна. Калі памірае на апэрацыйным стале хвора я ў выніку пашкоджаньня ніжэй полай вэны пры нэфрэктоміі, дык апрача хірурга вінавата сама хвора я, якая хварэе некалькі год і давяла сябе да такога стану, пры якім зрашчэньні вакол ныркі робяць такое пашкоджаньне магчымым. Калі *Штых* апісвае 5 выпадкаў (сярод тэхнічных памылак) разрыву

кішак у часе апэрацыі, дык мы-ж ведаем, што рвуцца кішкі толькі вельмі раздутыя і зьмененыя ў сваім жыўленьні: значыць, апрача хірурга, у данай сьмерці вінавата сама хвароба. Памылкі дыягназу ці памылкі тэхнікі здараюцца галоўным чынам там, дзе ўмовы самага захворваньня і апэраваньня ўскладнены; ускладненьне-ж назіраецца галоўным чынам або ў выпадках вельмі цяжкіх, тэрміновых захворваньняў, або ў выпадках доўгатэрміновай хваробы і запушчэньня.

Зусім ня здымаючы з хірургаў частку іх віны, усе гэтыя меркаваньні маюць мэтай паказаць на аб'ектыўныя ўмовы, якія прымушаюць аднесці многія з такіх выпадкаў за лік самага захворваньня. Гэта важна для нас, па-першае, для таго, каб стварыць найбольш аб'ектыўны малюнак значэньня апэрацыі, як фактару хірургічнай сьмяротнасьці. З другога боку, гэта яшчэ раз указвае нам на той галоўны шлях, па якім неабходна накіраваць нашу ўвагу—шлях сваячасовага звароту за хірургічнай дапамогай—і гэта-ж дае нам магчымасьць ставіць прогност адносна зьмяншэньня процанту гэтай групы пасьляопэрацыйных сьмярцей, дзе прычынай зьяўляюцца памылкі і няўдачы апэрацыйнага ўмяшаньня.

Пасьля выліку тых выпадкаў, пра якія мы зараз гаварылі, застаецца пэўны процант такіх, дзе прычынай сьмерці бязумоўна зьяўляецца тая ці іншая памылка распазнаваньня або тэхнікі, ці няўдача, якую цяжка кваліфікаваць як памылку, але якая цягне за сабой сьмерць хворага. Хоць процант такіх выпадкаў нязначны, і хоць яны не ствараюць якой-небудзь перавагі ў пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці ў параўнаньні з хірургічнай сьмяротнасьцю наогул, але гэтыя выпадкі, незалежна ад процантных адносін, зьяўляюцца цёмнаю плямаю ў хірургіі, зьнішчыць якую ёй неабходна. Разьвязаньне гэтай задача важна ня толькі ў інтарэсах данай групы хворых, але ў інтарэсах хірургіі ў цэлым: боязь апэрацый, якая прымушае часта і хворага, і ўрача-тэрапэўта весці політыку стравуса, засноўваецца часткова на выпадках пасьляопэрацыйнай сьмерці пры захворваньнях, якія па сутнасьці не пагражаюць жыцьцю. І разьвязаньне вышэйпамянёнай задачы магчыма ў двух кірунках: індывідуальная ўдасканаленасьць кожнага паасобнага хірурга, а з другога боку—стварэньне такіх соцыяльных умоў, якія гарантавалі-б дастатковасьць удасканаленасьці ўрачоў у хірургічным майстэрстве, скарыстаньне найбольшай спрактыкаванасьці ў спэцыяльных галінах.

Паколькі мы ўстанаўляем факт, што адным з фактараў хірургічнай сьмяротнасьці можа быць сама апэрацыя, дык павінны вымагацца дадатковыя гарантыі правільнага хірургічнага лячэньня. Інакш кажучы, права рабіць апэрацыі павінна давацца толькі асобам, якія атрымліваюць спэцыяльную падрыхтоўку, і гэты момант павінен строга рэгулявацца і рэгламентавацца ў заканадаўчым парадку, а не прадастаўляцца толькі тым „фактычным суадносінам сіл“, часамі беспарадкавым.

ДОКУМЕНТА

У сувязі з такім вялікім значэньнем памылак, узьнікае пытаньне аб „спрактыкаванасьці“, як фактары, які зьмяншае хірургічную сьмяротнасьць. Даводзіць гэта—наўрад ці трэба; абмяжуюся ілюстрацыяй гэтага значэньня некалькімі лічбамі.

*Ляўсон-Тэйт* (1888 г.) паведаміў што, на першую тысячу ляпоратомій ён меў 9,2 проц. сьмяротнасьці, на другую тысячу —5,3 проц.

*Карахан* (Барцэлена) падае такія лічбы: пры рэзэкцыі страўніка з прычыны язвы яго ён меў:

у 1927 г. на 24 апэрацыі	16,6 проц. сьмяротнасьці
у 1928 г. „ 24 „	12,5 „ „
у 1929 г. „ 34 „	8,82 „ „

*Оппэль* на 100 эпінэфрэктomій меў 8 сьмярцей: на першыя 50 апэрацый 6 сьмярцей, на другія 50 апэрацый 2 сьмерці.

Цікавымі зьяўляюцца некаторыя лічбы пра простатэктomіі (я ўжо паказваў іх вышэй).

<i>Фрэйер</i> меў на першыя 45 выпадкаў	11 проц. сьмяротнасьці.
на наступныя 110 „	10 „ „
„ 170 „	9,4 „ „
„ 203 „	8,0 „ „
„ 322 „	7,5 „ „
„ 200 „	4,24 „ „

<i>Юнг</i> на першыя 20 выпадкаў простатэкт. меў	0 „ „
на наступныя 50 „	4 „ „
„ 185 „	3,7 „ „
„ 229 „	3,0 „ „
„ 103 „	0,0 „ „

#### Надлобкая простатэктomія:

Сярэдні процант сьмяротнасьці	Аўтары з вялікім вопытам	З малым вопытам:
12,2 проц.	7 проц.	14,9 проц.
8,3 „	3,7 „	8,2 „

У той час, як сярэдні процант сьмяротнасьці пры раку кішак роўны 24,5 проц., а вышэйшы яшчэ большы, *Мэйо* (237 выпадкаў) дае 16 проц., *Фінкельштэйн*—20 проц.

Найбольш рэзка, мабыць, значэньне спрактыкаванасьці выяўляецца ў хірургіі пухлін мазгоў. У той час, як вопыт звычайнага хірурга ў гэтай галіне зусім невялікі, а ў іншых абмяжоўваецца дзесяткамі выпадкаў, у такіх корыфэяў, як *Эйзэльсбэрг*, *Дэндзі*, *Кешынг* і г. д. ён складаецца з сотняў выпадкаў.

*Дэндзі* з 1920 г. да 1925 г. апэраваў 509 пухлін мазгоў, *Кешынг* меў 1088 выпадкаў; *Эйзэльсбэрг* (1922 г.)—318 выпадкаў.

Вынікі і выяўляюцца. Калі параўнаць лічбы *Кешынга* (ад 8,4 проц. да 16,3 проц. пры найбольш цяжкіх выпадках) з тымі, якія паданы мною ў разьдзеле пра пухліны мазгоў, дык мы бачым вялізарную розьніцу. Вельмі цікавай зьяўляецца у гэтай галіне маленькая даведка дэ *Мартэль*—справа ідзе пра пухліны вобласці слыха вага нерва:

у першай сэрыі 7 выпадкоў— 7 сьмярцей

„ другой „ 9 „ — 4 „

„ трэцяй „ 21 „ — 2 „

Пераканальнасьць паданых мною прыкладаў зьяўляецца дастатковай, і няма патрэбы павялічаць іх колькасьць.

Я паказаў вышэй на лічбовым матэрыяле, значэньне спрактыкаванасьці ў сэнсье зьмяншэньня пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Выяўленьне паасобных спэцыяльных галін, выключнае займаньне якімі дае вынікі шмат лепшыя, як сярэднія лічбы,— патрабуе адпаведнага вываду: апошні заключаецца ў прызнаньні права грамадзянства за такой спэцыялізацыяй і культываваньні яе. Пытаньне гэта, бязумоўна, ня лёгкае для поўнага разьвязаньня. Галоўных супярэчаньняў можа быць два: шкоднасьць спэцыялізацыі наогул і звужваньне гoryзонтаў хірурга пры вылучэньні з хірургіі раду галін. Мне здаецца, аднак, што абодвы гэтыя меркаваньні наўрад ці зьяўляюцца істотнымі. Гэтыя меркаваньні выказваліся і ў свой час—пры аддзяленьні ад хірургіі шмат якіх спэцыяльнасьцяй, якія цяпер зьяўляюцца паасобнымі багатымі дысцыплінамі. Шкоднасьць спэцыялізацыі (што можна цяпер гаварыць і ў адносінах да існуючых спэцыяльнасьцяй), трэба кампэнсаваць іншымі спосабамі; указаньне на малую велічыню галіны, якая падлягае вылучэньню, таксама ня можа зьяўляцца перашкодаю для рэалізацыі гэтага пляну. Між іншым, кожны хірург на аснове сваёй практыкі можа падцьвердзіць вялізарнае значэньне колькасьці таго матэрыялу, які пра-

ходзіць праз яго рукі. Саматужніцтва ў адказных хірургічных выпадках наўрад ці зьяўляецца нашым ідэалам, а між іншым, яго нельга ўнікнуць, калі матэрыял хірурга абмяжоўваецца невялікімі лічбамі. З другога боку ёсць галіны, якія патрабуюць спецыяльнага паглыбленьня. Зразумела, ажыццяўленьне гэтага ня можа быць хуткім, але мне здаецца, што гэта пытаньне павінна быць пастаўлена ў праграму дня. Выдаляць злаякасныя новаўтварэньні можа, зразумела, кожны хірург, ДАКУМЕНТАЛЬНЫ АРХІВ

ходзіцца сумнявацца, і гэта вядома з практыкі, што найлепшыя вынікі будуць дасягацца толькі ў тых установах, дзе, першае, хірург спецыялізуецца ў гэтых апэрацыях, а па-другое, мае магчымасьць лячыць рак усімі іншымі сучаснымі спосабамі, апрача апэрацыі.

Значэньне спрактыкаванасьці ў справе лячэньня раку, можна паказаць хоць бы на такім малым прыкладзе: пры нерадыкальнай апэрацыі раку грудной залозы: на 7.029 выпадкаў праз 3 гады засталася жывымі 29,2 проц., а пры радыкальнай апэрацыі раку грудной залозы — на 8.921 выпадак праз 3 гады засталася жывымі 43,2 проц.

Справа лячэньня тубэркулёзу толькі тады пайшла шпаркім тэмпам, клі яна перайшла ў спецыяльныя ўстановы і спецыяльная арганізацыя; у яшчэ большай меры гэта патрабаваньне магчыма ў адносінах да злаякасных новаўтварэньняў. Павінны быць створаны магутныя онкалёгічныя інстытуты з усімі сучаснымі мэтадамі лячэньня, з шырока разьвітай дапаможнаю дыспансэрнаю сеткаю і тады пытаньне лячэньня будзе выведзена з таго стану саматужніцтва, у якім яно знаходзіцца ў сучасны момант. З прычыны таго, што лік падлягаючых лячэньню хворых ня зьменіцца ад перамяшчэньня і канцэнтрацыі ложкаў у ракавых інстытутах, дык і з эканамічнага пункту гледжаньня гэта рэформа апраўдвае сябе, а яе эфэктыўнасьць стаіць па-за сумненьнямі. Зьмены, якія адбываюцца ў апошні час у сьне разьвіцьця сродкаў перамяшчэньня, адхіляе нязручнасьці тэрыторыяльнага характару. Зразумела, ажыццяўленьне ўсёй гэтай сыстэмы ня так лёгка і проста, але пэўныя прынцыповыя погляды на гэта павінны быць добра засвоены для руху па паказаным вышэй шляху.

Задачай майго нарысу ня можа быць ўказаньне на іншыя галіны, падлягаючыя вылучэньню ў спецыяльныя ўстановы. Мабыць, у будучыні гэта будзе справаю асобных навукова-хірургічных арганізацый. Але ўжо цяпер можна гаварыць пра такія

асобныя адзелы, як хірургія нэрвовай сыстэмы, грудной поласьці, лячэньне і далечваньне траўм і т. д. Вынікі лячэньня значна палепшыліся-б, а пасьяоперацыйная сьмяротнасьць зьнізілася-б пры вылучэньні гэтых спэцыяльных галін. Такім чынам, пытаньне аб скарыстаньні спрактыкаванасьці ў інтарэсах хворых было-б перанесена з галіны індывідуальных спроб у галіну сыстэматычнага правядзеньне адпаведнага арганізацыйнага пачатку.

ДОКУСФЕРА

У сувязі з гэтым самым пытаньнем трэба звярнуць увагу на наступны факт. Пры агульным зьмяншэньня пасьяоперацыйнай і—значыць хірургічнай—сьмяротнасьці—трапляюцца лічбы, якія паказваюць павялічэньне яе ў паасобных галінах.

*Штых* на вялізарным матэрыяле—32 тысячы операцый за 14 год (1912-1926 г. г.) вымушан быў канстатаваць паступовае павялічэньне лічбаў пасьяоперацыйнай сьмяротнасьці ад 2,2 проц. да 3,9 проц. (павялічэньне амаль у 2 разы).

Гады	Пасьяоперацыйная сьмяротнасьць	Гады	Пасьяоперацыйная сьмяротнасьць
1912	2,2 проц.	1920	3,6 проц.
1913	3,1 „	1921	3,5 „
1914	2,3 „	1922	3,6 „
1915	2,7 „	1923	3,5 „
1916	2,7 „	1924	3,1 „
1917	2,6 „	1925	3,9 „
1918	2,2 „	1926	3,9 „
1919	2,2 „		

*Джыбсон* даў такія лічбы: у 1913-1919 г. г. пасьяоперацыйная сьмяротнасьць была роўная 4 проц., а ў 1919-1927 г. г.—4,6 проц. Ён тлумачыць гэта нарастаньне процанту сьмяротнасьці тым, што ў апошні час мы маем больш цяжкія выпадкі і больш радыкальныя операцыі. Такое-ж па сутнасьці тлумачэньне дае і *Штых*. Надзвычайна карысна ведаць яшчэ некаторыя лічбы, датычныя вельмі пашыраных хвароб.

Возьмем апэндыцыт. Тут нам пападаюцца такія лічбы:

У Германіі (на 10.000 насельніцтва) сьмяротнасьць была:

	Мужчыны	Жанчыны
У 1913 г. . . . .	0,7	0,5
„ 1926 „ . . . . .	0,8	0,6

Італія (на 10.000 насельніцтва) сьмяротнасьць: у 1924 г. 0,31, у 1925 г. 0,34 і ў 1926 г. 0,36.

Вільліс (Амэрыка на 10.000 насельніцтва).

У 1901-1905 г. г.	1,1	У 1916-1919 г. г.	1,24
„ 1906-1910 „ „	1,12	„ 1920 „	1,34
„ 1911-1915 „ „	1,21	„ 1921-1922 „ „	1,44

У *Джыбсона* ў 1913-1919 г. г. на 78 хворых вострым апэндыцытам было 4,3 проц. сьмярцей, а ў 1919-1927 г. г. на 990 хворых было 5,7 проц. сьмярцей.

Зварачальнасьць насельніцтва і сваячасовасьць гэтай згагачальнасьці наўрад ці зьмяніліся; цяжка ўявіць сабе большую злаякаснасьць цячэньня апэндыцыту. Ці не зьяўляецца прычынай гэтага вельмі вялікая пашыранасьць апэрацыі, дзякуючы чаму пачынаецца захапленьне ёю, недастаткова ўмелае апэраваньне і т. д.?

Калі мець на ўвазе лічбы *Вале*, дык атрымліваецца ўражаньне, што ад пашырэння апэрацыйнай эры процант сьмяротнасьці павялічыўся.

*Вале* на 55.891 выпадак меў:

да 1890 г. (апэрац. эры)	6,6 проц.
1890-1900 г. (пачатак апэрац. эры)	7,8 „
1901-1908 „	6,5 „

Сьмяротнасьць павялічвалася да таго часу, пакуль ня выпрацавалася пакаленьне хірургаў, якія азнаёміліся з апэрацыйнай, і ў выніку далі зьмяншэньне процанту сьмяротнасьці.

Цікава далей, што паводле даных *Вільліса*, гэта павялічэньне сьмяротнасьці датычыцца ня толькі апэндыцыту, але закранае і іншыя галіны, з якіх ён адзначае язву страўніка, захворваньні жоўцевых шляхоў і вальяк. Зусім зразумела, што вышэйпаданае тлумачэньне можа быць цалкам аднесена і да гэтых хвароб.

Сьмяротнасьць пры жоўцевых хваробах наогул на 100.000 насельніцтва:

Амэрыка—Вільліс	1901-1905 г. г.	2,2 проц.
„ „	1906-1910 „ „	2,8 „
„ „	1911-1915 „ „	3,1 „
„ „	1916-1919 „ „	3,3 „
„ „	1920 г. „	3,6 „
„ „	1921-1922 „ „	3,9 „

Гэтым зборным лічбам адпавядаюць даныя *Джыбсона* з аднай больніцы:



У 1913-1919 г. г. на 179 выпадкаў было 6,7 проц. сьмяротцей, а ў 1919-1927 г. г. на 347 выпадкаў было 11,8 проц. сьмяротцей.

Сьмяротнасьць ад вальляка наогул:  
(на 100.000 насельніцтва)

Амэрыка	1901-1905	г. г.	. . .	0,8	проц.
"	1906-1910	"	. . .	1,3	"
"	1911-1915	"	. . .	1,6	"
"	1916-1919	"	. . .	1,8	"
"	1920	г.	. . .	1,9	"
"	1921-1922	"	. . .	2,8	"

(на 100.000 насельніцтва):

Амэрыка—Вільліс	1901-1905	г. г.	. . .	2,9	проц.
"	1906-1910	"	. . .	3,6	"
"	1911-1915	"	. . .	4,0	"
"	1916-1919	"	. . .	4,1	"
"	1920	г.	. . .	3,9	"
"	1921-1922	"	. . .	5,0	"

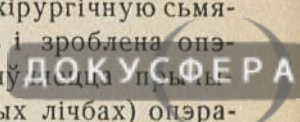
Калі лічыць гэтыя лічбы правільнымі, дык мы маем, сапраўды, цікавы і разам з тым вельмі трывожны факт—павялічэньне сьмяротнасьці ад некаторых хвароб амаль у два разы. Нельга думаць пра павялічэньне цяжкасьці захворваньня, для гэтага няма ніякіх падстаў, і калі лічыць, што гэта павялічэньне сьмяротнасьці мае сувязь з шырокаю хваляю хірургічных умяшаньняў пры даных хваробах—дык выходзіць, што і меншы пэўны спосаб лячэньня—опэрацыі—павялічвае сьмяротнасьць ад вядомай хваробы. Зусім магчыма, што ў гэтым меркаваньні ёсьць частка сапраўднасьці. Не заўсёды пашыранасьць опэрацыйнага лячэньня бывае злучана з дастатковай да яго падрыхтаванасьцю. Трэба каб прайшоў пэўны час, пакуль выпрацаюцца такія кадры хірургаў, якія будуць стаяць поўнасьцю на вышыні хірургічных дасягненьняў і магчымасьцяў нашай эпохі. Магчыма, што гэта адпаведнасьць паміж паказаньнямі да хірургічнага ўмяшаньня і здольнасьцю яго выкананьня не захоўваецца ў патрэбнай меры і ў выніку мы сапраўды маем пэрыод, калі сьмяротнасьць павялічваецца.

Калі опэрацыя пачынае пашырацца, дык яе пачынаюць рабіць шмат такіх хірургаў, якія яшчэ не ўладаюць дастатковым вопытам і тэхнікай; вось чаму, мабыць, і бывае падобны фэномен, які разам з тым павінен прымусіць нас задумацца. Зьвярну ўвагу на словы В. У. Разумоўскага, які пісаў у 1927 г.: „Калі опэрацыі стоміў толькі пачыналіся (80-90 г.г.), памылак было шмат.“

Гэтыя памылкі—свайго роду „плата за навуку“, адмоўная фаза, якую хірургіі даводзіцца перажываць, і гэты пункт не павінен заставацца не асьветленым. Усё гэта зноў прыводзіць нас да вывадаў, пра якія я ўжо гаварыў вышэй.

Нарэшце, што-ж мы можам адказаць на тых два пытанні, якія мы паставілі ў пачатку гэтага разьдзелу?

Ці мае ўплыў сама апэрацыя, як такая, на хірургічную сьмяротнасьць? У  $\frac{3}{4}$  выпадкаў хворы памірае, хоць і зроблена апэрацыя: сама хвароба або запушчанасьць яе зьяўляюцца прычынай сьмерці. У  $\frac{1}{4}$  выпадкаў (зразумела ў грубых лічбах) апэрацыя стварае ўмовы, якія спрыяюць сьмерці хворага. Гэтыя ўмовы— або зусім нечаканыя і непрадбачаныя аскладненьні—самая нязначная колькасьць выпадкаў, або аскладненьні, якія ў аснове сваёй узнікаюць з запушчанасьці выпадку, або памылкі хірурга. Такім чынам, асноўныя шляхі змаганьня з пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьцю два: сваечасовасьць хірургічнага ўмяшаньня і палепшаньне вопыту хірурга. Апошняга можна дасягнуць рацыяналізацыяй хірургічнай працы і больш правільным разьмеркаваньнем хірургічнага матэрыялу, г. зн. мерапрыемствамі соцыяльнага парадку.



## Г. БІОЛЁГІЧНЫЯ ФАКТАРЫ ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

У гэту групу фактараў хірургічнай сьмяротнасьці я ўключаю аналіз такіх момантаў як пол, узрост і констытуцыя.

### Уплыў полу.

Фактар полу ў хірургічнай сьмяротнасьці, мабыць, вялікага значэньня ня мае. Лічбы агульнай захворвальнасьці гавораць рознае. Напр., лічбы Германіі (за выключэньнем апошніх гадоў вайны і першых гадоў міру) паказваюць пераважаньне захворвальнасьці мужчын.

Германія. Лік хворых на 100 чал. насельніцтва.

	Мужчын	Жанчын
1913 г. . . .	42,9	30,0
1914 „ . . .	38,2	27,8
1915 „ . . .	28,1	25,9
1916 „ . . .	29,3	30,3
1917 „ . . .	33,2	33,1
1918 „ . . .	34,5	37,7
1924 „ . . .	42,8	39,2
1925 „ . . .	50,0	45,2
1926 „ . . .	51,5	46,9

Паводле матэрыялаў Смулевіча на Беларусі за 4 гады зарэгістравана 275.237 зьвяртаньняў хворых мужчын і 292.112—жанчын, што на 1.000 чалавек кожнага полу складае для мужчын—881, для жанчын—913. Для застрахованых гэты стасунак таксама зьямянецца ў бок пераважаньня жанчын.

Захворвальнасьць застрахованых па полу:

(СССР) на 100 страхаваных кожнага полу

	М.	Ж.
1924/25 г.г. . . .	70,8	71,2
1925/26 г.г. . . .	82,5	86,2
1926/27 г.г. . . .	77,2	80,7

ДОКУСФЕРА

Які гэты стасунак паміж поламі ў хірургічных хворых,— сказаць цяжка, бо я нідзе ня мог знайсці такіх лічбаў. Але некаторыя ўзбочныя паказаньні прымушаюць меркаваць, што сярод хірургічных хворых мужчын больш. Гэта падцьвярджаецца і тэй акалічнасьцю, што ў цэлым радзе справаздач хірургічных аддзяленьняў лік жанчын менш; як мужчын. На падставе справаздач 7 хірургічных аддзяленьняў (дзе ёсьць падзел на мужчын і жанчын) я адзначыў на 6.012 мужчын 3.648 жанчын. Гэта можа сьведчыць і аб тым, што хірургічная захворвальнасьць жанчын меншая, і аб тым, што яна больш лёгкая, бо гошпіталізуюцца, зразумела, толькі больш цяжкія хворыя. Далей, у хірургічных аддзяленьнях мы звычайна маем большую колькасьць мужчынскіх ложкаў, як жаночых. Зразумела, сьцьвярджаць, што колькасьць ложкаў адпавядае колькасьці хворых—цяжка, але як відаць, яна да пэўнай ступені адлюстроўвае агульнае становішча справы. Тое самае зьявішча адзначаецца і ў мяне ў клініцы.

Калі я зьвярнуся да свайго матэрыялу, у сэнсе разьмеркаваньня яго паводле полу, дык атрымаю такія даныя (бяру ня ўсё, а частку іх):

	Мужчын	Жанчын.
Паражэньне чэрапу . . .	146	38
„ твару . . .	90	42
„ шыі . . .	38	68
„ грудзей . . .	111	86
„ хрыбетніка . . .	38	12
„ страваходу . . .	16	5
„ страўніка . . .	164	34
„ печані . . .	11	36
„ кішочніка . . .	82	27

	Мужчыны	Жанчыны
Паражённыя кутніцы . . .	170	57
„ канцавін . . .	432	184
„ мачавых органаў	222	73
„ апэндыцыт . . .	441	326
„ грыжы . . .	538	98
	2.493	1.150

Стасункі, якія атрымліваюцца на маім матэрыяле, прыблізна такія самыя, як і ў 7 памянёных мною справаздачаў.

Ёсць указанні, што ў сувязі з большай захворвальнасцю, хірургічных сьмярцей больш у мужчын, прапорцыянальна іх колькасці. Але калі паставіць другое пытаньне—пра коэфіцыент сьмяротнасці—дык на яго я пэўнага адказу даць не магу. Хоць можна знайсці ў розных матэрыялах указанні на тое, што хірургічная сьмяротнасць у мужчын большая—адпаведна таму, што сьмяротнасць у мужчын наогул большая, як у жанчын. Але цяжка сказаць, ці зьяўляецца ў гэтым большым коэфіцыенце летальнасці рашаючым фактарам пол, або іншыя моманты, што знаходзяцца ў сувязі з полам, як напр., профэсіянальны (скажам—у траўматычнай сьмяротнасці) і г. д.

У справаздачы *Пэральмана* (1923 г. 2-я Менская Савецкая больніца) стасунак ліку хворых мужчын да жанчын 2:1, а стасунак ліку памершых мужчын да памершых жанчын—3:1. Намёк на гэта я знайшоў у справаздачы аднаго ангельскага гошпіталю, дзе сьмяротнасць мужчын екадала 4,7 проц., а жанчын—3 проц.

Калі мы, апрача агульных лічбаў, зьвернемся да некаторых дэталей дык можна адзначыць наступнае:

У групе аномалій мы маем, магчыма, нязначную перавагу жанчын у сэнсе наогул захворвальнасці. Гэта дэманструецца масавымі лічбамі Германіі.

	Мужчыны	Жанчыны
1923 г. . . . .	4.219	4.627
1924 „ . . . . .	4.659	4.900
1925 „ . . . . .	5.822	5.942
1926 „ . . . . .	6.223	6.779

У хірургічнай захворвальнасці прэвалюваньне, як відаць, атрымліваецца на боку мужчын, з прычыны вялікай групы аномалій мачапалавых аномалій (крыптохізм, гіпоспадыя, фімозі т. д.). Так, у мяне на 67 выпадкаў розных хірургічных аномалій—такіх было 21, г. зн. 30 проц. Бяз іх мужчын было—20, жанчын 26, але з імі разам мужчын—41 чал.,—жанчын 26.

У сэнсе розьніцы ў сьмяротнасьці я асаблівых указаньняў зрабіць не магу, апрача ўказаньня на агульнае ўражаньне, што жанчыны больш выносьлівыя.

Пераважаньне сьмяротнасьці ў мужчын з прычыны аномалій адзначае і італьянская статыстыка (1926 г.), дзе на 1.602 сьмерці ў мужчын было—1.331 сьмерць—у жанчын.

У групе пашкоджаньняў мы маем, бязумоўна, пераважаньне мужчын у сэнсе захворвальнасьці. Так у СССР (1925 г.) мы маем 23,4 проц. хворых ад пашкоджаньняў мужчын і 9,2 проц.—жанчын. Да гэтага я яшчэ магу дадаць лічбу судносіна пры траўме паміж мужчынамі і жанчынамі атрыманую на матэрыяле маёй клінікі—3,5:1; судносіны гэтыя-ж па Менску (Смулевіч)—2:1.

Гэта тлумачыцца, як відаць, тым, што агульныя лічбы датычацца пераважна лёгкіх пашкоджаньняў, а ў клініку пападаюць больш цяжкія выпадкі.

Сьмяротнасьць ад пашкоджаньняў большая ў мужчын.

Італія. Сьмяротнасьць у 1926 г. (абсалютныя лічбы): 9.521 мужчына і 3.138 жанчын.

У Германіі сьмяротнасьць на 10.000 насельніцтва была:

	Мужчын	Жанчын
1913 г. . . . .	6,1	1,6
1926 „ . . . . .	6,0	1,6

Мы бачым і тут прыблізна тыя-ж самыя судносіны—3:1 (крыху больш), які паданых, датычных сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў на Беларусі: калі захворвальнасьць знаходзіцца ў стасунку 2:1 дык сьмяротнасьць—3:1 (448 мужчын і 145 жанчын—паводле Смулевіча).

Зразумела, гэтыя моманты знаходзяцца ў пэўнай залежнасьці ад соцыяльных фактараў: мужчыны больш падпадаюць траўмам і прытым больш цяжкім траўмам, з прычыны чаго і больш паміраюць. Якіх-небудзь біялёгічных момантаў у большай сьмяротнасьці мужчын ад пашкоджаньняў я знайсьці ня мог. Дзьве ніжэй зьмешчаныя табліцы сьцьвярджаюць выказаную думку.

На падставе германскіх лічбаў за 4 гады можна казаць пра такія адносіны:

	Мужчын	Жанчын
Вытненьні . . . . .	167.204	27.600— 6:1
Зломы чэрапа . . . . .	25.111	4.487— 5:1
„ хрыбетніка . . . . .	7.265	1.771— 4:1
„ рук . . . . .	61.401	23.423— 2,8:1
„ ног . . . . .	110.110	41.882 - 2,6:1
Апёкі . . . . .	22.343	11.617— 2:1

Значэньне профэсіянальнага моманту ў пытаньні пра сьмяротнасьць у мужчын і жанчын вельмі добра дэманструецца такімі лічбамі (Германія 1926 г.):

	Мужчын	Жанчын
апёк выклікаў сьмерць . . . . .	711	612
агнастрэльныя параненьні . . . . .	295	58
пашкоджаньні машынамі. . . . .	446	48
іншыя цяжкія кантузіі . . . . .	1153	44

ДОКУСФЕРА

У групе за паленьняў, якая складаецца з вельмі рознастайных захворваньняў, такой аднастайнасьці, як у групе траўмаў, мы не сустракаем.

З ліку запаленьняў органаў жывата зварочвае на сябе ўвагу апэндыцыт—сваёй частасьцю. Хто часцей паражаецца апэндыцытам—мужчыны ці жанчыны? Даўней пераважаў погляд, што на апэндыцыт хварэюць пераважна мужчыны. Такой, напр., зьяўляецца думка *Растоўцава* (1919 г.). Але нашы даныя гавораць пра іншае. Напр., у мяне на 837 выпадкаў было 441 мужчына і 396 жанчын; але ў *Мартынава*—534 жанчыны і 292 мужчын; у Тыфліскай клініцы—151 мужчына і 399 жанчын. Але найбольш пераканальны ў гэтых адносінах вялікія германскія лічбы:

	Мужчын	Жанчын
1923 г. . . . .	40.546	47.296
1924 г. . . . .	51.516	58.509
1925 г. . . . .	69.300	77.745
1926 г. . . . .	73.513	83.101

Але паказальнік сьмяротнасьці ад апэндыцыту, нібы большы ў мужчын. Паасобныя паказаньні старых аўтароў не адзначаюць розьніцы ў гэтым сэнсьце (*Эйнгорн*: 55 м., 57 ж.). Тут аднак самыя лічбы нязначныя. Але за тое мы маем такія даныя:

Італія. 1926 г.

У абсолютных лічбах памерла ад апэндыцыту:

м. 817, ж. 623 (стасунак 4:3).

Германія. На 10.000 насельніцтва памерла ад апэндыцыту:

	Мужчын	Жанчын
у 1913 г. . . . .	0,7	0,5
„ 1926 „ . . . . .	0,8	0,6

З такіх вялікіх лічбаў, можна мабыць, зрабіць вывад, што процант сьмяротнасьці ад апэндыцыту для мужчын крыху большы. На Беларусі таксама за 1925 г. ад апэндыцыту памерла 31 мужчына і 18 жанчын.

Запаленьні печані і жоўцевых шляхоў сустракаецца на часьцей у жанчын. Гэты агульнавядомы факт можна падцьвярдзіць яшчэ раз вялікімі лічбамі. Германія за 4 гады на 49.400 м. з гэтымі хваробамі было 119.418 жанчын (1:2,5). У сувязі з гэтым фактам цікава, што ў Італіі за 1926 г. ад захворваньняў жоўцевых шляхоў памерла амаль аднолькавая колькасць мужчын і жанчын: 1.456 і 1.627. З гэтага таксама можна зрабіць вывад, што, хоць захворвальнасць у **ДОКУМЕНТА** але сьмяротнасць ад жоўцевых хвароб большая.

Пэрытоніты часьцей бываюць у жанчын, зразумела, таму, што тут у этыолёгіі вялікае значэньне набываюць жаночыя палавыя органы, але паводле маіх назіраньняў хірургічныя пэрытоніты часьцей бываюць у мужчын і больш цяжка працякаюць у апошніх.

Пляўрыты паводле германскіх даных, часьцей бываюць у мужчын (46.229) як у жанчын (30.349). У маім матэрыяле з гнойнымі пляўрытамі было 31 мужчына і 22 жанчыны. За 1926 г. італьянская статыстыка паказвае такую сьмяротнасць: 11.815 м. і 12.227 ж. Хваробы скуры і падскурнай клеткавіцы, якія ў сваёй вялізарнай масе зьяўляюцца сэптычнымі захворваньнямі, паражваюць пераважна мужчын. Гэта ілюструюць германскія лічбы: запаленьні скуры—237.011 м. і 109.823 ж. Калі дапушчаць, што сьмяротнасць аднолькавая, дык мужчын павінна паміраць абсалютна больш; звычайна-ж пры запаленьнях бывае так, што сярод больш частых запаленьняў назіраецца і больш цяжкіх, таму я думаю, што і адносна больш памірае мужчын.

Паражэньні касьцей і суставаў таксама бываюць часьцей у мужчын.

	Мужчын	Жанчын
Германія 1923-1926 г. г.		
Паражэньні касьцей . . . . .	69.501	39.811
„ суставаў . . . . .	94.638	66.213

СССР 1925 г. паражэньні касьцей і суставаў у застрахованых у проц. 5,2 проц. мужчын, 3,4 проц. жанчын.

На маім матэрыяле сярод загінуўшых ад сэптычных процэсаў, флегмон, остэоміэлітаў—памерла больш мужчын, як жанчын.

Пухліны паражваюць пераважна жанчын, але гэта сумная перавага залежыць толькі ад палавых органаў. Калі іх ня лічыць, дык перавага будзе на баку мужчын.

Агульныя лічбы даюць наступны малюнак:

	Мужчын	Жанчын
Германія 1923-1926 г. г.		
Добраякасныя пухліны . . . . .	36.660	96.785
Злаякасныя . . . . .	81.262	140.692

Тлумачэнні да гэтай табліцы могуць даць лічбы *Бабука*. На 1.025 выпадкаў пухлін (б. Менская земская б-ца за 20 год) ён мог констатаваць, што ў мужчын было 472, а у жанчын—553 пухліны. Але пры гэтым пухлін палавых органаў было ў мужчын—13, у жанчын—327. Таму калі ўзяць пухліны без палавых органаў, дык мы атрымаем пераважаньне іх ў мужчын (мужчын—454; жанчын—222.)

Такім чынам, можна лічыць, што ў хірургічных і адзіляльных злаякасных пухлін больш у мужчын.

Сьмяротнасьць ад злаякасных пухлін паводле германскіх лічбаў на 10.000 насельніцтва така:

	Мужчын	Жанчын
У 1913 г. . . . .	7,4	8,9
„ 1926 „ . . . . .	9,6	11,4

Італія 1926 г. дае сьмяротнасьць: 10.764 м. і 11.784 ж. Сьмяротнасьць у жанчын большая з прычын зазначаных вышэй момантаў. Наогул-жа закону сьмерці пры злаякасных пухлін падлягаюць аднолькава абодвы полы.

З групы хвароб жаўленьня, я спынюся на наступных момантах.

Язва страўніка ў хірургічных адзіляльных пападаецца часцей у мужчын, як у жанчын. Вядзарныя германскія лічбы даюць—на 109.543 м.—60.514 ж.; хірургічныя больніцы даюць яшчэ больш рэзкую прапорцыю. Так у маім матэрыяле на 86 проц. мужчын, было толькі 14 проц. жанчын (110 выпадкаў); з 18 выпадкаў язвы дванаццаціпалай кішкі—усе былі мужчыны. Паралельна захворавальнасьці ідзе і сьмяротнасьць. Так, паводле даных *Смулевіча* на 57 выпадкаў сьмерці ад язвы ў мужчын, было толькі 13 выпадкаў у жанчын. У Італіі (1926 г.) памерла ад язвы страўніка 1.028 м. і 533 ж. На Беларусі паказальнік сьмяротнасьці ад хвароб страўніка наогул (апрача раку) для—м. 1,8—для ж.—0,7. Ілеус і зашчэmlеная грыжа, вырываюць з жыцьця пераважна мужчын; захворавальнасьць мужчын большая.

Германскія лічбы даюць:

	Мужчын	Жанчын
<i>ілеус</i> . . . . .	13.401	11.662
зашчэmlеная грыжа . . . . .	30.334	22.240

Але сьмяротнасьць у мужчын яшчэ большая. Паводле матэрыялаў *Смулевіча*, сярод сьмярцей ад *ілеуса* і зашчэmlенай грыжы на 35 м. было 29 жанчын. У маім матэрыяле лік памершых ад ілеусу мужчын у 4 разы большы, як жанчын.



Вальяк дае відавочнае пераважаньне ў жанчын.

Германскія лічбы такія: м.—16.989, ж.—50.645. У маім матэрыяле м.—3, ж.—49.

Такім чынам, мы бачым, што мужчыны пераважаюць у групе зашчэмлених грыж, ілеусу, хвароб пузыра, больш значна пераважаюць у групах пляўрыта, язвы страўніка, вольных грыж; потым у групе траўм, захвораваньняў касьцей і суставаў, скуры і палскурнай клеткавіцы. Жанчыны нязначна пераважаюць у групах аномалій, пэрытонітаў (лагвовыя жаночыя пэрытоніты), апэндыцыту, значна пераважаюць у групе злаякасных і—асабліва—добраякасных пухлін, вальяка, жоўцевых захвораваньняў.

*Смулевіч* падкрэсьлівае вялікую сьмяротнасьць мужчын ад хвароб органаў страваваньня, мачавых органаў і зьнешных траўм.

Таму я лічу магчымым высунуць такое палажэньне, што ад хірургічных хвароб абсалютна больш церпіць і адносна больш памірае мужчын, як жанчын. Не знаходжу, аднак, тут прычын біялёгічнага парадку і лічу, што гэта большая хірургічная сьмяротнасьць мужчын залежыць ад уплыву простага ці ўскоснага соцыяльных момантаў (профэсія, запусканьне хваробы і т. д.).

### Уплыў узросту.

Фактар узросту ў сьмяротнасьці ад хірургічных захвораваньняў зьяўляецца асабліва цікавым, бо з рознымі ўзростамі злучаны і розны стан біялёгічных сіл арганізму, і розная ступень удзелу ў профэсіяльнай працы. На падставе шматлікіх лічбавых даных можна меркаваць, што сьмяротнасьць па ўзростах выводзіць сваю сваеасабліваю крывую, значную ў першыя 5 год жыцьця—асабліва на першым годзе, якая потым паступова апускаецца з мінімумам у 10-15 год і далей зноў падымаецца з павялічэньнем узросту.

Я падам для ілюстрацыі некалькі лічбаў.

Паказальнік сьмяротнасьці па ўзростах у Маскоўскай губ. за 1899-1902 г. г.

	0-1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-40	40-60	60 і больш
Зварачальнасьць (на 1.000 нас. . . . .)	212,0	611,1	313,4	375,8	556,1	675,0	647,1	411,9
Сьмяротнасьць . . . . .	570,0	81,2	9,5	3,7	4,4	7,6	10,2	78,4
Памерла на 1.000 хворых	470,3	132,8	30,2	9,8	7,9	11,2	26,7	190,4

Захворавальнасць ва ўзросьце 5-10 г. і 10-15 г. амаль аднолькавая, а сьмяротнасць ва ўзросьце 10-15 г. меншая ў 2,5-3 разы.

Зьяўляецца вельмі характарнай крывая, даная *Смулевічам*, з якой добра відаць спад к 10-15 гадам, і потым уздым.

Ня менш выразна тэндэнцыя прадстаўлена ў наступнай табліцы:

Сьмяротнасць на 1.000 хворых

		Мужчын	Жанчын
да	1 г. . . . .	85,7	82,7
ад 1 да	4 „ . . . . .	37,6	36,2
„	5 „ 9 „ . . . . .	13,2	11,1
„	10 „ 14 „ . . . . .	5,5	3,9
„	15 „ 19 „ . . . . .	4,4	4,4
„	20 „ 29 „ . . . . .	6,2	4,4
„	30 „ 39 „ . . . . .	7,2	7,6
„	40 „ 49 „ . . . . .	14,1	11,0
„	50 „ 59 „ . . . . .	34,6	20,6
60 і больш	. . . . .	109,4	105,6

Наступная табліца адносіцца да Беларусі і дае лічбы захворавальнасці і сьмяротнасці (у паказальніках).

Узрост		Захворавальнасць	Сьмяротнасць
да	1 г. . . . .	4,7	23,1
ад 1 да	4 „ . . . . .	8,5	18,1
„	5 „ 9 „ . . . . .	4,9	3,4
„	10 „ 14 „ . . . . .	9,2	2,4
„	15 „ 19 „ . . . . .	12,1	3,1
„	20 „ 29 „ . . . . .	29,7	9,1
„	30 „ 39 „ . . . . .	13,8	5,9
„	40 „ 49 „ . . . . .	7,6	5,5
„	50 „ 59 „ . . . . .	4,8	7,7
„	60 і больш . . . . .	3,4	21,2

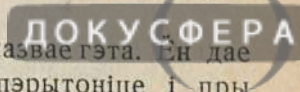
Усе гэтыя даныя дазваляюць *Кіршнэру* выказаць наступнае палажэньне: устойлівасць арганізма павялічваецца ад нараджэньня з узростам, дасягае максымум к пэрыоду палавой даросласці і потым паступова зьмяншаецца аж да натуральнай сьмерці. На падставе гэтага *Кіршнэр* пабудаваў такую крывую ўстойлівасці арганізма:

Узрост		Паказальнік
да	5 г. . . . .	86,5
ад 6 „	10 „ . . . . .	97,1
„	11 „ 15 „ . . . . .	98,1
„	16 „ 20 „ . . . . .	96,6
„	21 „ 30 „ . . . . .	95,5

Узрост	Паказальнік
ад 31 да 40 г. . . . .	94,3
„ 41 „ 50 „ . . . . .	89,9
„ 51 „ 60 „ . . . . .	79,7
„ 61 „ 70 „ . . . . .	55,7

Мы можам лічыць, што гэта агульная тэндэнцыя сьмяротнасьці і закон узроставай устойлівасьці дапасавальны і да прыватнага выпадку—хірургічнага захворваньня.

*Кіршнэр* на двух паасобных прыкладах паказвае гэта. Ён дае працэнт сьмяротнасьці па ўзростах пры пэрытоніце і пры ілеусе.



Узрост	Пэрытоніт у проц.	Ілеус
да 5 г. . . . .	70	} 50 проц.
ад 5 „ 10 „ . . . . .	32,6	
„ 11 „ 15 „ . . . . .	22,6	} 16,6 „
„ 16 „ 20 „ . . . . .	40	
„ 21 „ 30 „ . . . . .	50	34,6 „
„ 31 „ 40 „ . . . . .	57,2	38,2 „
„ 41 „ 50 „ . . . . .	77,4	41,6 „
„ 51 „ 60 „ . . . . .	79,5	51,3 „
„ 61 „ 70 „ . . . . .	80,8	58,8 „
і больш „ . . . . .	—	64,3 „

Апрача агульнай устойлівасьці, у сувязі з узростам мы можам адзначыць яшчэ цэлы рад момантаў, якія маюць сувязь з паасобнымі групамі захворваньняў.

Аномаліі па зусім зразумелых прычынах выяўляюць свой згубны ўплыў пераважна ў першыя гады жыцьця. Паводле даных італьянскай статыстыкі, за 1926 г. з ліку ўсіх загінуўшых ад хібаў разьвіцьця—89,7 проц. памерла ў першы год; 9,5 проц.—да 10 гадоў, і на ўзрост ад 10 да 20 год застаецца 1,2 проц.

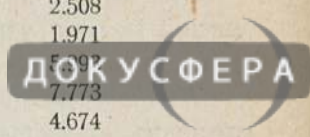
Аналіз пашкоджаньняў у сувязі з узростам дае некаторыя цікавыя дэталі. Італьянская статыстыка 1926 г. дае такое разьмеркаваньне сьмяротнасьці ад траўм на ўзростах:

да 1 году . . . . .	2 проц.
„ 10 „ . . . . .	21,9 „
ад 10 да 20 г. . . . .	11,9 „
„ 20 „ 40 „ . . . . .	21,6 „
„ 40 „ 60 „ . . . . .	19,5 „
„ 60 і больш . . . . .	19,6 „

Цікава зьвярнуць увагу ва вялікую лічбу сьмяротнасьці ва ўзросьце ад 1 да 10 год.

Да пэўнай ступені тое самае мы бачым у лічбах Германіі, дзе мы маем наступнае: узрост ад 1 да 5 год дае больш, як ад 5 да 15 год.

		Германія 1926 г.		
		Абсалютныя лічбы		
		Мужчын	Жанчын	Разам
да	1 г.	284	181	465
"	5 г.	1.547	961	2.508
"	15 г.	1.477	494	1.971
"	30 г.	5.248	745	5.992
"	60 г.	6.682	1.091	7.773
больш 60 г.		2.878	1.796	4.674



Калі выразіць германскія даныя ў проц., дык мы атрымаем:

да	1 г.	2 проц.
ад	1 да 5 г.	11,7 "
"	6 „ 15 „	8,4 „
"	16 „ 30 „	22,5 „
"	31 „ 60 „	34,3 „
ад	61 г. і больш	21,1 „

Як відаць, да 5 (10) г. такую вялікую лічбу даюць апёкі. Гэта можна давесці тымі-ж германскімі лічбамі, дзе сьмяротнасьць ад апёкаў разьмяркоўвалася па ўзростах наступным чынам:

да	1 г.	88
ад	1 г. да 5 г.	699
"	6 „ 15 „	103
"	16 „ 30 „	149
"	31 „ 60 „	153
больш	60 г.	131

г. зн. сьмяротнасьць ад апёкаў да 5 год дала большую лічбу (787 выпадкаў), як усе іншыя ўзросты, узятыя разам (536).

Калі, такім чынам, выключыць гэты ўзрост, як сваеасаблівы, дык ясна відаць, што пераважны проц. сьмярцей прыпадае на ўзрост, які мы называем „рабочым“—ад 15 да 60 год. Гэты факт адразу ўказвае нам, што ў траўмах адыгрывае ролю не біялёгічны, а соцыяльны фактар. Гэта лёгка зразумець пры аналізе лічбаў германскай статыстыкі 1926 г.—сьмярцей ад траўм. Траўмы ва ўзросьце да 5 г. не даюць вельмі рэзкай розьніцы паміж мужчынамі і жанчынамі; гэта самае мы назіраем ва ўзросьце ад 60 год і больш—зразумела таму, што тут гэтыя траўмы больш-менш выпадковыя. Напр., ад пашкоджаньняў машынамі памірае ва ўзросьце ад 1 г. да 15 г.—мужчын—57,

жанчын—30 (2:1), а ад 15 да 60 г. мужчын—1.493, жанчын—473 (2:1). Рубрыка „няшчасныя выпадкі“ дае такія лічбы:

для ўзросту	да 5 г.—	1.831 м.—	1.142 ж.	(1,6:1)
для ўзросту больш 60 г.—	2.831 „	—1.783 „		(1,6:1)
„	„	15-60 г.—	11.930 „	—1.836 „ ( 6:1)

Адмаўляць вялікую ўстойлівасць пэўнага ўзросту, зразумела, нельга; але яна выяўляецца, галоўным чынам, у адносінах да перамаганьня аскладненьняў, якія ўзьнікаюць. Сьмяротнасьць вырашае ў першую чаргу лёс хворага сваёй цяжкасьцю.

Запаленьні вярбуюць свае афяры з усіх узростаў. Апэндыцыт ае сьм яротнасьць пераважна да 50 г. (да 50 г.—83 проц. усіх сьмярцей, пасья 50 год—17 проц., паводле даных *Вільліса*. Паводле італьянскіх лічбаў—ва ўзросьце да 45 г. ад апэндыцыту памірае больш, як ад раку. Максымум сьмяротнасьці прыпадае на гады 20-40, пасья гэтая сьмяротнасьць пачынае зьмяншацца.

Італьянская статыстыка таксама дастаткова яскрава гэта падцьвярджае:

да 1 г. . . . .	0,7 проц.
ад 1 да 10 . . . . .	8,2 „
„ 10 „ 20 . . . . .	20,8 „
„ 20 „ 40 . . . . .	32,3 „
„ 40 „ 60 . . . . .	20,8 „
„ 61 і больш . . . . .	16,0 „

Калі ад апэндыцыту людзі паміраюць галоўным чынам да 50 г., дык ад холецыстыту і холянгіту—пасья 50 г. Гэта відавочна са статыстыкі *Вільліса*:

да 50 г.—32 проц. пасья 50 г.—68 проц.

Жоўцева-каменная хвароба ўзьнікае звычайна ва ўзросьце параўнаўча маладым,—і ў людзей старэй за 50 г. адыгрываюць ролю ня толькі гады чалавека, але звычайна і запушчанасьць хваробы—яе доўгатэрміновасць. Зварачаю таксама ўвагу на лічбы *Эндэрлена*, зьмешчаныя ў разьдзеле пры запаленьні жоўцевых шляхоў, дзе паказаны суадносіны паміж проц. сьмяротнасьці і павялічэньнем узросту. Італьянская статыстыка таксама дастаткова пераканальна:

да 1 г. . . . .	5,5 проц.
да 1 да 10 . . . . .	5,6 „
„ 11 „ 20 . . . . .	1,7 „
„ 21 „ 40 . . . . .	13,4 „
„ 41 „ 60 . . . . .	29,4 „
„ 61 і больш . . . . .	39,7 „

Даня, датычныя *пэрытоніту*, мы паказалі вышэй (*Кіршнэр*), гэтыя лічбы сьведчаць ня толькі пра абсалютнае павялічэньне, сьмяротнасьці з павялічэньнем узросту, але і пра адноснае павялічэньне ліку афяр.

Пляўрыт дае нам прыклад захворваньня, дзе мала ўстойлівы ўзрост зьяўляецца амаль рашаючым фактарам. Я павінен спаслацца на лічбы, ужо зьмешчаныя ў разьдзеле пра пляўрыты.

Асабліва паказальнымі зьяўляюцца італьянскія лічбы **ДОКУСФЕРА**

да 1 г. . . . .	5,3 проц.
ад 1 да 10 . . . . .	21,4 .
" 11 " 20 . . . . .	7,5 .
" 20 " 40 . . . . .	17,8 .
" 40 " 60 . . . . .	20,7 .
" 61 і больш . . . . .	24,9 .

На пляўрыты хварэе даволі значная колькасьць людзей ва ўсіх узростах. Там-жа мною паказаны лічбы *Краснабаева*, якія гэта добра падцьвярджаюць: зноў мы бачым азначэньне старасьці і ўстойлівасьці другога дзесяцігодзьдзя жыцьця.

Ад остэоміэлітаў, як відаць, паміраюць таксама ў большасьці дзеці ва ўзросьце да 10 г.

Пра значэньне ўзросту для сьмяротнасьці ад пухлін гаварыць многа няма патрэбы; я спасылаюся на ўжо выказанае ў разьдзеле пра пухліны. Магу толькі дадаць лічбы італьянскай статыстыкі:

да 1 г. . . . .	0,1 проц.
ад 1 да 10 . . . . .	0,8 .
" 10 " 20 . . . . .	0,8 .
" 20 " 40 . . . . .	5,9 .
" 40 " 60 . . . . .	34,7 .
" 61 і больш . . . . .	53,9 .

Як відаць, толькі 7,6 проц. паміраючых ад пухлін мае ўзрост ніжэй 40 г., астатнія вышэй 40 г., прычым палавіна хворых гіне ва ўзросьце больш 60 год. Паводле Вільліса, да 50 г.—гіне ад пухлін 23 проц., пасля 50 г.—77 проц. Малады ўзрост паражэцца пухлінамі рэдка, але (што назіраецца ў клініках) ня мае асаблівай устойлівасьці ў адносінах да іх: наадварот, у маладых суб'ектаў пухліны працякаюць нібы асабліва злаякасна.

З ліку захворваньняў 5-й групы спынюся на грыжы, язьве страўніка, завараче, хваробах мачавых органаў. Мы ўжо зазначылі вышэй адносна грыжы, што доўгатэрміновасьць яе нашэньня мае сувязь з павялічэньнем небасьпечнасьці. Больш ста-

рыя людзі хутчэй паміраюць ад аскладненняў пры зашчэмнасці грыжы. Вось чаму зразумелы для нас амерыканскія лічбы *Вільліса*, паводле якога сьмяротнасць ад грыжы разьмяркоўваецца так, што да 50 г. памірае 48 проц., а пасля 50 г.— 52 проц.

Язва страўніка, у моц тых-жа меркаваньняў, дае сьмяротнасць пераважна таксама ў старыя гады. У статыстыцы *Вільліса* паказана 45 проц. сьмяротнасці да 50 г., і 55 проц. — пасля 50 г. Італьянская статыстыка дае наступныя, больш надзейныя лічбы:

да 1 г. . . . .	0,2 проц.
ад 1 да 10 . . . . .	0,4 "
" 10 " 20 . . . . .	1,7 "
" 20 " 40 . . . . .	20,5 "
" 40 " 60 . . . . .	34,4 "
" 61 і больш . . . . .	40,3 "

Ілеус дае сьмяротнасць пераважна пасля 40 г., што відаць з наступнай табліцы:

Пецярбург 1897-1901 г. г. сьмярцей ад ілеусу	
ад 16 да 20 г. . . . .	5 выпадкаў
" 21 " 40 г. . . . .	51 "
" 41 " 60 г. . . . .	64 "
" 61 і больш . . . . .	27 "

Таксама рэзка абмалёўваецца роля старасці ў сьмяротнасці пры хваробах мачапалавых органаў. Італьянская статыстыка дае тут такія лічбы:

да 1 г. . . . .	1,4 проц.
ад 1 да 10 . . . . .	1,3 "
" 10 " 20 . . . . .	0,9 "
" 20 " 40 . . . . .	3,4 "
" 40 " 60 . . . . .	10,3 "
" 61 і больш . . . . .	63,4 "

Рэзкае павялічэнне ва ўзросьце больш 60 г. адбываецца, як відаць, за лік гіпертрофіі простаты. Значэнне ўзросту ў гэтым пункце я магу ілюстраваць данымі *Уотсона*, які пры вывучэнні 816 выпадкаў атрымаў сьмяротнасць:

ва ўзросьце ад 49 да 59 г. . . . .	5,8 проц.
" " " 59 " 69 г. . . . .	9,5 "
" " " 69 " 79 г. . . . .	15 "
" " " 79 " 89 г. . . . .	33 "
" " больш 89 год . . . . .	50 "

Цікавым зьяўляецца пытаньне пра хірургічную сьмяротнасьць у нованароджаных. Мы ведаем, што сьмяротнасьць бывае асабліва вялікай у першыя гады жыцьця дзяцей, але якраз у гэтыя гады хірургічныя захворваньні дзяцей не зьяўляюцца частымі. Можна паказаць лічбы *Гайле*, які на 259 апэрацый у грудных дзяцей атрымаў 17 сьмярцей: проц. сьмяротнасьці—6 проц., г. зн. блізкі да процанту сьмяротнасьці дарослых.

Паводле італьянскай статыстыкі вялікі прычына сьмяротнасьці ў грудных дзяцей даюць хваробы органаў руху (остэоміэліт), потым пляўрыты і хваробы печані.

Да 10 г. больш за ўсё дзяцей гіне ад пляўрытаў, затым ад хвароб органаў руху (остэоміэліты), потым ад траўмы; апрача таго ў гэтым узросьце ўжо пачынае зьяўляцца апэндыцыт.

Ва ўзросьце ад 10 да 20 г. ёсьць толькі тры галоўныя ворагі: апэндыцыт, траўмы і нарэшце пляўрыт. Астатнія прычыны сьмерці прадстаўлены адзінкаю ды яе часткамі.

Узрост ад 20 да 40 г. дае значныя лічбы сьмяротнасьці ва ўсіх аддзелах. Найбольшую сьмяротнасьць у гэтым узросьце выклікае таксама апэндыцыт, пасля траўмы, потым язва і зноў пляўрыт.

Пасля 40 г. пачынаюць выяўляцца, як галоўны вораг, злаякасныя пухліны. Пасля іх язва страўніка і печань. Наогул пасля 40 г. значна ўзрастаюць усе лічбы. Пасля 60 г. выступае новы фактар—захворваньні простаты; павялічваецца сьмяротнасьць ад злаякасных пухлін, язвы страўніка, печані, пляўрыту. Наогул усе прычыны сьмяротнасьці ўзрастаюць к 60 гадам, апрача апэндыцыту, які зьяўляецца.

Якія-ж вывады мы можам зрабіць на падставе паданага матэрыялу, пра ўплыў такога фактару, як узрост?

За ўзростам трэба прызнаць значэньне магутнага фактару хірургічнай сьмяротнасьці. Узрост стварае асновы біялёгічнай устойлівасьці або няўстойлівасьці арганізма. Больш стары ўзрост, апрача паніжанай устойлівасьці, абумоўлівае сабою і больш доўгачасовае існаваньне хваробы, г. зн. яе запушчанасьць: усё гэта і стварае прадпасылкі да павялічэньня хірургічнай сьмяротнасьці ў паджылыя і старыя гады.

### Значэньне констытуцыі.

Констытуцыя, як сума пэўных анатомічных і функцыянальных элемэнтаў, абумоўлівае рэакцыю арганізма на розныя раздражняльнікі, а з прычыны таго, што хвароба і хірургічнае ўмяшаньне зьяўляецца раздражальнікамі вельмі моцнымі, дык зусім



зразумелы той уплыў, які мае на хірургічную сьмяротнасьць такі фактар, як констытуцыя. Констытуцыя ёсьць адзін з тых момантаў, якія спрыяюць пэўнаму тыпу захворвальнасьці. У паяцьце констытуцыі ўваходзіць і такая адзнака, як доўгавечнасьць: ёсьць людзі і сем'і, для якіх сярэдні век—70 г., сем'і з сярэднім векам ад 60 да 70 г., і, нарэшце—менш 60 год. З гэтых заўваг выразна відаць вялізарнае значэньне такога фактару, як констытуцыя для хірургічнай сьмяротнасьці. ДАКУМЕНТАРА

Практычным разьвязаньні гэтага пытаньня мы натыкаемся на тыя самыя цяжкасьці, як і ва ўсёй навуцы пра констытуцыі: знаходзячыся ў пэрыодзе папярэдняга зьбіраньня фактараў, мы яшчэ ня можам адказаць на цэлы рад натуральна ўзьнікаючых пытаньняў.

Калі абмежавацца разглядаць тыпаў морфолёгічных, выходзячы з такіх паяцьцяў, як астэнічны, гіпэрстэнічны і сярэдні тып, дык можна даць толькі некаторы папярэдні нарыс зьвестак пра іх устойлівасьць і сьмяротнасьць.

Гіпэрстэнічны тып, злучаны часта з артрытызмам, хваробамі абмену, атлусьценьнем, фіброматозам і т. д., зьяўляецца ў шмат якіх выпадках тыпам малаўстойлівым і для хірургічных умяшаньняў мала падыходзячым. Асабліва выяўляюцца ўсе адмоўныя бакі гэтага тыпу ва ўзросьце больш 40 г.: усе сыстэмы якія падтрымліваюць біолёгічную ўстойлівасьць арганізма,—сэрца, судзіны, лёгкія, печань, ныркі—лёгка робяцца недастатковымі і прогност у такіх хворых мы павінны вызначыць з вялікаю асьцярогаю. Горш за ўсё такія хворыя пераносяць апэрацыі ў брушной поласьці; яны выяўляюць вялікі нахіл да лёгачных аскладненьняў, тромбозаў, пасляопэрацыйных паралюшаў кішчок. Затлусьцелыя хворыя, і асабліва жанчыны, вельмі лёгка падпадаюць інфэкцыі. З другога боку, гіпэрстэнічны тып без паказаных вышэй дысплястычных расстройтваў констытуцыі, дае добрыя вынікі пры апэрацыйных умяшаньнях: такое ўражаньне атрымалася ў мяне, галоўным чынам ад апэраваньня салдатаў у часе імперыялістычнай вайны і сялян у мірны час. У мяне стварылася зусім пэўнае ўражаньне—значна большай выносьлівасьці і меншай сьмяротнасьці ў гіпэрстэнікаў гэтага тыпу параўнаўча з гараджанамі. Мне здаецца, што вялізарнае значэньне тут мае лепшы стан нэрвовай сыстэмы наогул і вэгэтатывнай ў паасобку.

У адносінах да астэнікаў трэба адрозьніваць два ўзросты. Астэнікі больш маладыя няўстойлівыя ў сэнсье агульных жыць-

цёвых сіл, лёгкіх, судзіннай сыстэмы; дзейнасьць эндокрынных залоз недастаткова рэгулюецца і з прычыны гэтага тут могуць быць розныя нечаканасьці, як сьмерць на апэрацыйным стале і т. д.

Зусім іншая справа астэнікі больш старога ўзросту: адмоўныя бакі гэтага тыпу, дзякуючы ўзроставым зьменам, зьмякчаюцца і на першы плян выступаюць асаблівасьці, выгодныя для хірурга.

Ці можна на падставе гэтых некалькіх заўвагаў зрабіць якія-небудзь пэўныя вывады, нават у адносінах да гэтых двух морфалёгічных тыпаў? Калі-ж уявіць сабе рознастайнасьць усіх тых умоў, якія ствараюць констытуцыянальны тып і апрача таго, узяць пад увагу такога рашаючага фактару, як зьнешнія асяроддзье, дык, зразумела, пакуль лепш адмовіцца ад спробы лічыць гэта пытаньне разьвязаным у сэнсе практычных вывадаў. Аднак, з усёй выразнасьцю трэба падкрэсьліць значэньне констытуцыянальнага моманту ў пытаньні пра сьмяротнасьць наогул і хірургічнай сьмяротнасьці ў паасобку.

#### Д. СОЦЫЯЛЬНЫЯ ФАКТАРЫ.

Калі мы недастаткова моцныя часам для змаганьня з момантамі біолёгічнага характару і калі прырода не так-та лёгка раскрывае нам свае таямніцы для пасьпяховага змаганьня з хваробамі, дык ёсьць галіна, у якой нашы спробы змаганьня са сьмяротнасьцю могуць даць значныя вынікі, і якая падлягае ў значнай ступені нашаму ўзьдзеянню: гэта галіна соцыяльных фактараў хірургічнай сьмяротнасьці.

У папярэдніх разьдзелах, у шмат якіх мясцох, я адзначыў тыя соцыяльныя моманты, якія маюць уплыў на хірургічную сьмяротнасьць. Зноў спыняцца падрабязна на тых-жа самых пытаньнях—значыла-б толькі паўтарацца, і таму я абмяжуюся толькі кароткім рэзюмэ раськіданых у розных месцах заўваг.

Сьмяротнасьць, перш за ўсё залежыць ад захворвальнасьці, а захворвальнасьць у вельмі вялікай меры залежыць ад фактараў соцыяльнага парадку. Няма патрэбы іх пералічыць: прафэсія, жыльлёвыя ўмовы, эканомічная забясьпечанасьць—усё гэта стварае глебу для тэй ці іншай захворвальнасьці і сьмяротнасьці. Мы гэта добра бачылі ў разьдзеле пра пашкоджаньні. Дастаткова паглядзець на самы звычайны праспэкт страхаваных арганізацый, для таго, каб пераканацца ў тым, які вялікі ўплыў мае профэсія на сьмяротнасьць ад пашкоджаньняў. У шмат якіх запальных процэсах—іменна ў іх цяжкасьці і сьмяротным

выніку—мы таксама бачым пераважны ўплыў соцыяльнага фактара: цяжкая анаэробная інфекцыя ёсць сумны лёс пераважна людзей земляробнай працы і т. д. Разьвіцьцё ракавых пухлін у шмат якіх выпадках мае бязумоўна сувязь з вытворчасцю; у другіх выпадках гэтая сувязь ня можа быць даведзена з матэматычнай дакладнасьцю, але клінічныя назіраньні робяць яе ў дастатковай меры верагоднай. Нашы сучасныя ўяўленьні пра ўплыў раздражэньня, як істочнага кампанэнта ў этыялёгіі ракавай хваробы, з лёгічнай няўхільнасьцю вызначаюць залежнасьць раку ад зьнешніх умоў існаваньня індывіда. Група расстройтваў жыўленьня дае таксама для гэтага шмат прыкладаў: грыжы, і асабліва іх зашчэпленасьць, многія формы непраходнасьці кішочніка, язва страўніка і шмат іншых хваробных форм. Прыглядаючыся да клінікі ўсіх пералічаных хірургічных захворваньняў, мы адзначаем, ня толькі тое, што соцыяльныя фактары абумоўліваюць самую захворвальнасьць, а і тое, што існуе бязумоўны паралелізм паміж цяжкасьцю хваробы і цяжкасьцю зьнешніх умоў, у якіх жыве хворы: сьмяротнасьць у вельмі значнай ступені непасрэдна залежыць ад гэтых умоў. Усё гэта дазваляе нам зрабіць вывад, што нашы посьпехі ў змаганьні з хірургічнай сьмяротнасьцю залежаць ня толькі ад веданьня хваробы і спосабаў яе лячэньня, але і ад момантаў чыста соцыяльнага парадку. Значэньне таго ці іншага фактара зьмяняецца ў розных групах захворваньняў.

Наступным фактарам хірургічнай сьмяротнасьці зьяўляецца „запушчанасьць“ хваробы. У адпаведным месцы я ўжо высвятліў, што гэтая запушчанасьць толькі ў невялікім проц. выпадку ёсць вынік недасканальнасьці нашых дыягностычных мэтодаў. У пераважнай большасьці яна зьяўляецца вынікам соцыяльных момантаў,—ці будзе гэта непасрэднае, ці ўскоснае іх узьдзеянне. Недастатковасьць хірургічнай дапамогі,—найбольш дарагога віду мэдычнай дапамогі—ёсць вынік слабай матэрыяльнай культуры і эканомічнай маламоцнасьці. Страх хворага перад апэрацыйным умяшаньнем ёсць ў масавым маштабе вынік малай культурнасьці. Кепская падрыхтоўка ўрачоў—ёсць выяўленьне тэй-жа самай слабай матэрыяльнай культуры. Усё гэта ўзятае разам і стварае тую „запушчанасьць“, якая наводле прыблізных падлікаў зьяўляецца прычынай сьмерці хворых у 30-40 проц. усіх хірургічных сьмярцей.

Фактары лекавога парадку—само апэрацыйнае ўмяшаньне—зьяўляецца таксама ў значнай меры адлюстраваньнем соцыяльна-

культурных умоў жыцця краіны. Складнасьць сучаснага хірургічнага лячэння вымагае вялікіх тэхнічных прыстасаванняў, добрай агульнай абстаноўкі і спрацаванага паміж сабою кваліфікаванага персоналу. Пра сучаснага хірурга, які жадае мець добрыя пасляоперацыйныя вынікі, можа літэральна сказаць „адзін у полі не ваяка“. Добра абсталяванае хірургічнае аддзяленне, якое максымальна забеспячае хворага ад інфекцыі і ўлічвае поўнасьцю яго жыццёвыя шансы, — <sup>вымагае вялікіх</sup> сродкаў. <sup>чыста соцыяльнага</sup> **ДОКУСФЕРА** пытаньне зноў упіраецца ў моманты нага парадку. У гэтым-жа разрэзе разьвязваецца і пытаньне хірургічнай спрактыкаванасьці — кваліфікацыя хірурга ўзрастае таксама на глебе матэрыяльнай культуры і ў залежнасьці ад ступені яе. Такім чынам, і пасляоперацыйная сьмяротнасьць — ёсьць у канчатковым выніку функцыя соцыяльных адносін і клясавай барацьбы ў даным адрэзку часу.

І нават констытуцыя — найважнейшы з біялёгічных фактараў сьмяротнасьці — знаходзіцца ў канчатковым выніку пад такім вялізарным уплывам зьнешняга асяродзьдзя, што і тут соцыяльны фактар выступае таксама на першы плян. Умовы харчаваньня, работы, уплывы на вэгетатыўную нэрвовую сыстэму могуць з аднаго боку „спасаваць“ самую лепшую констытуцыю і, наадварот, рацыянальна накіраваныя — гэтыя-ж самыя зьнешнія ўмовы могуць згладзіць няспрыяльныя эндогенныя фактары аж да поўнай кампэнсацыі іх.

Вось якой зьяўляецца магутная роля соцыяльнага моманту ў пытаньні сьмяротнасьці наогул і хірургічнай сьмяротнасьці ў паасобку.

Вялікае значэньне гэтага соцыяльнага фактару яшчэ ў тым, што паколькі ён зьяўляецца вынікам вытворчых адносін, а апошнія — зьмяняюцца, пастолькі ён, у значна большай ступені, чым фактар біялёгічны, падлягае нашаму ўздзеянню. Адсюль у якасьці бясспрэчнага лёгічнага вываду вынікае, што доктар, які імкнецца да найбольшай эфэктыўнасьці ў сваёй рабоце, не павінен замыкацца выключна ў вузкіх межах сваёй спэцыяльнасьці. Таксама гэта датычыцца і хірурга: між тым, трэба прызнаць, што іменна хірургія, як вельмі спэцыялізаваная галіна мэдыцыны, стаяла ад жыцця даволі часта далей, чым усякая іншая з мэдычных дысцыплін.

### III ЗАКЛЮЧЭНЬНЕ

ДОКУСФЕРА

На падставе ўсяго выказанага вышэй, я раблю наступныя вывады:}

У агульнай сьмяротнасьці насельніцтва хірургічная сьмяротнасьць займае параўнаўча невялікае месца. Выявіць гэтую адносную долю, якая прыпадае на сьмяротнасьць ад хірургічных захворваньняў, цяжка, але, як відаць, яна роўна прыблізна 10-15 проц. агульнай. Прымаючы сярэдняю сьмяротнасьць за апошнія гады ў СССР роўнай 2,3 проц. атрымліваем агульную хірургічную сьмяротнасьць 0,23-0,24 проц. (г. зн. на 100 чалавек насельніцтва).

Паказальнікам „хірургічай сьмяротнасьці“, г. зн. процантам сьмяротнасьці самых хірургічных хворых, трэба, відаць, лічыць, 1 на 100, г. зн. на 100 хірургічных хворых, якія зварачваюцца да ўрача, памірае 1 чалавек.

Агульная сьмяротнасьць насельніцтва зьмяншаецца. Цяжка сказаць, ці зьмяншаецца ў такой самай ступені і сьмяротнасьць хірургічная, аднак, нясумненна, што агульнае зьмяншэньне сьмяротнасьці стварае спрыяльны фон і для зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці.

Зьмяншэньне сьмяротнасьці ў больніцах наогул сьведчыць аб тым, што ня толькі зьмяншаецца захворвальнасьць, але і паляпшаецца лекавая эфэктыўнасьць, выходзячы з гэтага можна дапусьчаць, што іх хірургічная лекавая эфэктыўнасьць павялічваецца.

Для больш дакладнага выяўленьня хірургічнай сьмяротнасьці прыходзіцца карыстацца процантамі сьмяротнасьці хірургічных хворых у хірургічных аддзяленьнях. Дзякуючы рознастайным умовам гэтых аддзяленьняў (матэрыял, опэравальнасьць і т. д.) мы атрымаем і розныя лічбы процантаў сьмяротнасьці. У сярэднім гэты процант цяпер роўны—5.

Калі вывучаць процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях за апошнія 50 год, дык мы нібы не констатуем зьмяншэньня гэтага процанту. Аднак, гэты „застой“ зьяўляецца ўяўным. Калі-б мы цяпер рабілі толькі тыя апэрацыі і толькі ў такіх разьмерах, як гэта было 30-40-50 год таму назад, дык мы констатавалі-б, зразумела, значнае зьмяншэньне процанту сьмяротнасьці; пры нашай-жа сучаснай актыўнасьці затрыманьне процанту сьмяротнасьці на тэй-жа самай лічбе, азначае **вялізарны крок** уперад.

ДОКУСФЕРА

Амаль тое самае трэба паўтарыць адносна пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Ня глядзячы на тое, што цяжка вызначыць сярэднюю лічбу пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці, трэба прыняць яе для „вялікай“ хірургіі—у 5 проц. Як відаць, наогул мы можам гаварыць пра зьмяншэньне пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці параўнаўча з канцом мінулага стагодзьдзя, ня глядзячы на наш вялізарны апэрацыйны размах. Гэта зьмяншэньне ў пераважнай меры адносіцца да траўм; значна менш зьмянілася становішча з пухлінамі.

Калі наогул можна гаварыць пра зьмяншэньне процанту пасля апэрацыйнай сьмяротнасьці за апошнія 25 год у два разы—дык у паасобных групах захворваньняў і апэрацый гэтае зьмяншэньне больш значнае, даходзячы да 10 разоў.

Бясспрэчны факт зьмяншэньня хірургічнай і пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці ставіць перад намі задачу—высьветліць шляхі, якімі хірургія дамаглася гэтага зьмяншэньня, для таго, каб арганізаваным спосабам дамагацца і надалей зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці. Выходзячы з гэтага, нам неабходна перайсьці да вывучэньня „фактараў хірургічнай і пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці“, каб супроць „кожнага з іх адшукаць способы змаганьня“.

З гэтых фактараў у сучасны момант найбольшую ролю адыгрываюць фактары соцыяльнага парадку. Змаганьне з імі павінна даць значнае зьмяншэньне сьмяротнасьці ў галіне пашкоджаньняў і запаленьняў, якія складаюць да 60 проц. усіх хірургічных захворваньняў.

Асабліва ўзмоцнена цяпер неабходна змагацца супроць „запушчанасьці“ хваробы, што зьяўляецца сапраўднай прычынай сьмерці ў вельмі вялікай колькасьці выпадкаў.

Выконваючы гэтую задачу, мобілізуючы грамадскую ўвагу на гэтым соцыяльным фактары, хірургія з разных „раздарожжаў“ і сьцежак выйдзе на шырокі шлях выкананьня свайго соцыяльнага прызначэньня.

# З Ь М Е С Т

ДОКУСФЕРА

Прадмова . . . . .	3
Уводзіны . . . . .	I, II, III

## I. Статыка і дынаміка хірургічнай сьмяротнасці

1. Ступень удзелу хірургічнай сьмяротнасці ў агульнай сьмяротнасці насельніцтва . . . . .	9
2. Хірургічная сьмяротнасць . . . . .	13
3. Сьмяротнасць у хірургічных аддзяленнях . . . . .	14
4. Пасьляоперацыйная сьмяротнасць . . . . .	18
5. Рух хірургічнай сьмяротнасці . . . . .	21

## II. Фактары хірургічнай сьмяротнасці

A. Характар захворвання і яго лёкалізацыя, як фактар хірургічнай сьмяротнасці . . . . .	32
1. Аномалі разьвіцця (прыроджаныя хваробы) . . . . .	—
2. Пашкоджаныя . . . . .	34
Пашкоджаныя чэрапу . . . . .	37
" хрыбетніка . . . . .	41
" органаў жывата . . . . .	42
" грудзей . . . . .	46
" канцавін . . . . .	49
Вытненьні і параненьні . . . . .	50
Зломы . . . . .	51
Зьвіхі . . . . .	52
Апёкі і адмарожваньні . . . . .	—
Заклучэньне . . . . .	53
3. Запаленьні . . . . .	61
Агульная частка . . . . .	—
Запаленьні сэрозных абалонак вялікіх поласьціяў (пэрытоніт і пляўрыт) . . . . .	63
Запаленьні (абсцэсы) унутраных органаў . . . . .	69
а) апэндыцыт . . . . .	70
б) запаленьні жоўцевых шляхоў . . . . .	74
Гнойныя захворваньні касцей і мяккіх частак . . . . .	76
Піэмія і септыцэмія . . . . .	80
Хірургічны тубэркулёз . . . . .	—
Заклучэньне . . . . .	82

4. Пухліны . . . . .	83
Злаякасныя пухліны . . . . .	—
Пухліны мазгоў . . . . .	88
Вывады . . . . .	94
5. Расстройствы жыўлення і змяшчэнні . . . . .	97
Грыжы . . . . .	—
Язва страўніка . . . . .	103
Хваробы селязёнка . . . . .	—
Заклучэнне . . . . .	111
Б. Уплыў на сьмяротнасць „запушчанаьці“ захвор- ваньня . . . . .	113
В. Уплыў операцыйнага ўмяшаньня на хірургічную сьмяротнасць . . . . .	115
Аналіз прычыны пасляоперацыйнай сьмяротнасці . . . . .	116
Г. Біялёгічныя фактары хірургічнай сьмяротнасці . . . . .	144
Уплыў полу . . . . .	—
Уплыў узросту . . . . .	151
Значэньне констытуцыі . . . . .	158
Д. Соцыяльныя фактары хірургічнай сьмяротнасці . . . . .	160
Заклучэньне . . . . .	163



ДОКУСФЕРА

Друк. Кіраўніцтва Спраў  
СНК і ЭКАСА БССР  
Заказ № 820—2000 экз.  
10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> арк. Д<sub>5</sub>  
Галоўлітбел № 2968

Беларуская  
літаратура



В000000026009 15

ДОКУСФЕРА