

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.

(Изъ путевыхъ и личныхъ наблюденій)

Д-ра медицины В. Купидонова (Казань).

26-го сентября 1890 г., благодаря любезности многоуважаемаго профессора В. Ф. Снегирева, мнѣ удалось осмотрѣть гинекологическую клинику Московскаго университета, выстроенную на капиталъ, пожертвованный московскимъ фабрикантомъ Морозовымъ.

Клиника эта расположена за городомъ, на Дѣвичьемъ полѣ, на песчаномъ, довольно толстомъ грунтѣ, хорошо пропускающемъ воду, вслѣдствіе чего сырости въ этой мѣстности почти никогда не бываетъ. Благодаря этому, а также малочисленности постороннихъ построекъ, воздухъ здѣсь отличается сухостью и чистотой.

Длинное двухъ-этажное, съ огромными окнами, зданіе гинекологической клиники сливается съ такимъ же зданіемъ акушерской клиники, основанной также на пожертвованный капиталъ купчихи Пасхаловой. Внутреннее расположеніе выстроено по корридорной системѣ, причемъ палаты (на одну и до шести больныхъ) находятся въ обоихъ этажахъ только по одну сторону корридора, а именно на юго-востокъ. Корридоры и палаты высокіе съ обильнымъ количествомъ свѣта и воздуха.

Въ нижнемъ этажѣ, налѣво отъ входа, находятся двѣ комнаты для пріема больныхъ. Въ одной комнатѣ больныя ожидаютъ, въ другой дежурнымъ врачомъ собирается анамнезъ, рядомъ съ послѣдней еще комната для осмотра больныхъ. Она довольно обширна, въ ней помѣщаются два Шредеровскихъ кресла и длинный бѣлый столъ для мелкихъ операцій и для электризации. У стѣны, прилежащей къ корридору, находится умывальникъ съ двумя кранами отъ холодной и горячей воды. Посредствомъ соединительныхъ трубокъ

та и другая вода смѣшивается и вытекаетъ черезъ трубку съ рѣшетчатымъ окончаніемъ, подобно какъ у садовой лейки. Такимъ образомъ, открывая больше или меньше, тотъ или другой кранъ, можно получить воду желаемой температуры, даже до точки кипѣнія. Въ комнатѣ, гдѣ ожидаютъ больныя, двѣ двери: одна ведетъ въ швейцарскую, другая въ корридоръ. Черезъ послѣднюю выходятъ только тѣ больныя, которыя оставляются въ клиникѣ. Этихъ больныхъ тотчасъ же вводятъ въ сосѣдную ванную комнату, гдѣ послѣ принятія ванны одѣваютъ ихъ въ чистое казенное бѣлье и отводятъ въ одну изъ палатъ, расположенныхъ далѣе влѣво отъ смотровой комнаты. Рядомъ съ ванной комнатой — ватеръ-клозетъ для приходящихъ больныхъ. Отъ простѣнка, находящагося между ванной и смотровой комнатами, идетъ поперекъ корридора стеклянная перегородка съ дверью. Такимъ образомъ смотровая комната и палаты для больныхъ изолированы отъ пріемныхъ комнатъ и прилежащей къ нимъ части корридора. За перегородку никто не имѣетъ права входить, не надѣвъ чистаго халата.

Въ лѣвомъ концѣ зданія находится огромная угловая комната съ двѣнадцатью кроватями. Эта послѣдняя предназначена для помѣщенія приходящихъ больныхъ, которыхъ необходимо для наблюденія оставить въ клиникѣ на нѣсколько часовъ, одинъ или два дня, напримѣръ, послѣ электризаціи или маленькой операціи.

Въ нижнемъ этажѣ, по другую сторону корридора, т. е. на сѣверо-западъ, расположены ванная комната для больныхъ лежащихъ къ клиникѣ, и рядомъ съ ней ватеръ-клозеты, которые содержатся очень чисто и въ нихъ нѣтъ почти никакого запаха. Затѣмъ слѣдуетъ большая часть корридора съ окнами безъ пристроекъ. По ту же сторону корридора, за упомянутой выше стеклянной перегородкой, слѣдовательно, противъ комнатъ для ожидающихъ больныхъ, ватеръ-клозета и ванной, расположенъ въ видѣ пристроя кабинетъ для профессора, тутъ же комната для переодѣванія врачей, на случай операцій или обхода больныхъ.

По выходѣ изъ кабинета профессора влѣво, какъ разъ противъ входной двери въ зданіе, идетъ лѣстница въ верхній этажъ.

Вправо отъ этой лѣстницы и отъ швейцарской расположена комната для ожиданія больныхъ, показываемыхъ студентамъ во время лекціи; за нею громадная въ три свѣта аудиторія и помѣщеніе для верхняго платья.

Въ верхнемъ этажѣ помѣщается собственно хирургическое отдѣленіе съ двумя оперативными комнатами. Одна изъ нихъ для малыхъ операцій расположена надъ смотровой нижней комнатой, другая, специально для большихъ операцій, со вскрытіемъ брюшной полости, находится надъ большой нижней палатой, въ которой, какъ сказано выше, на время оставляются приходящія больныя.

Въ первой оперативной комнатѣ находится у стѣны Шредеровское кресло для изслѣдованія, а посрединѣ комнаты бѣлый деревянный столъ для операцій, покрытый толстой бѣлой въ три слоя гутаперчевой клеенкой. У одного конца этого стола помѣщается гальваническая машина *Gaiiff*'а для электри-

заціи фибромъ. Противъ оконъ, въ ножномъ концѣ стола, три штатива съ огромными стеклянными банками для раствора сулемы, простой горячей стерилизованной воды и для растворовъ карболовой кислоты и борной кислоты.

Въ этой комнатѣ такой же умывальникъ, какъ и въ нижней комнатѣ для осмотра. Кромѣ того еще два отдѣльныхъ крана для горячей и холодной воды, отъ которыхъ идетъ гутаперчевая кишка съ длиннымъ узкимъ металлическимъ наконечникомъ. Черезъ эту кишку можно быстро обмыть всѣ стѣны, потолка и полъ оперативной комнаты. Стѣны выкрашены бѣлой эмалевой краской. Полъ шпачатый изъ гранитныхъ плитокъ со стоками въ разныхъ мѣстахъ. Въ той же комнатѣ изразцовая печь съ 3 металлическими кубами для горячей воды, вытекающей черезъ краны, къ отверстиямъ которыхъ привязывается для проѣживанія марля со стерелизованной ватой.

Точно такое же устройство и въ оперативной комнатѣ для большихъ операций.

У ножного конца операціоннаго стола, верхняя крышка котораго сдѣлана въ видѣ слегка ниспускающагося широкаго жолоба, стоятъ два двойныхъ штатива. На одномъ стеклянки съ растворомъ сулемы и карболовой кислоты, а на другомъ, для промыванія брюшной полости, стеклянки съ теплой стерилизованной водой и солянымъ растворомъ (6 : 1000).

Въ каждой оперативной по отдѣльному стеклянному шкафу съ инструментами.

Оперативныя комнаты освѣщаются съ боку и съ потолка.

Надъ нижними палатами расположены верхнія, въ которыхъ помѣщаются больныя только послѣ большихъ операций.

Въ этомъ этажѣ корридоръ извѣстнымъ числомъ палатъ раздѣленъ перегородками съ дверями на три части; изъ каждой части отдѣльный выходъ во дворъ.

Такимъ образомъ, въ случаѣ развитія какой либо заразной болѣзни у оперированной (напримѣръ рожи), палаты съ такими больными тотчасъ же могутъ быть изолированы со всѣмъ своимъ персоналомъ.

Во второмъ этажѣ по лѣвую сторону отъ лѣстницы находится комната для дежурнаго врача и комната для микроскопическаго и химическаго изслѣдованія. Далѣе влѣво библіотека, откуда черезъ двойныя двери непосредственный входъ въ акушерское отдѣленіе. Последнее имѣетъ подобное же устройство, какъ и въ гинекологической клиникѣ. На случай присутствія тамъ септическихъ процессовъ, двойныя двери запираются наглухо и сообщеніе можетъ быть только съ улицы, съ параднаго отдѣльнаго подъѣзда или съ задняго крыльца со двора.

По словамъ д-ра *Боброва*, ассистента пр. *Снешрева*, стерилизація инструментовъ производится слѣдующимъ образомъ: даже новые инструменты сначала обмываются мыльной водой, затѣмъ въ теченіи часа кипятятся въ дистиллированной водѣ, откуда вынимаются и помѣщаются въ безводный алкоголь, потомъ обтираются и кладутся до употребленія въ шкафъ для инструментовъ. Передъ операцией, за нѣсколько часовъ необходимые инструменты кладутъ въ ванночку

съ 3% растворомъ карболовой кислоты; непосредственно передъ операцией въ ванночку вливаютъ горячую дистиллированную, стерилизованную воду до тѣхъ поръ, пока въ водѣ вытекающей черезъ край ванны не останется почти и слѣда запаха карболки. Въ этой водѣ инструменты остаются во время операціи. Для лигатуръ употребляется преимущественно шелкъ, который наматывается на стеклянные шпульки, держится нѣсколько часовъ въ растворѣ сулемы (1:1000), затѣмъ кипятится въ дистиллированной водѣ въ теченіе часа или двухъ и послѣ того кладется въ эфиръ. Изъ эфира переносится въ плоскіе стеклянные герметически закрытыя ящички, наполненные предварительно ректифицированнымъ спиртомъ.

Кетгутъ употребляется чрезвычайно рѣдко и передъ употребленіемъ за нѣсколько дней помѣщается въ ol. juniperi и держится въ немъ, пока не сдѣлается совершенно прозрачнымъ. Тогда ol. juniperi сливается и на кетгутъ наливается химически чистый стерилизованный глицеринъ. Въ этомъ глицеринѣ кетгутъ остается до самаго употребленія.

Губки, если онѣ новыя, обмываются нѣсколько разъ въ стерилизованной теплой водѣ съ мыломъ до тѣхъ поръ, пока не останется слѣда известковыхъ частицъ. Послѣ того обмываются растворомъ $\frac{1}{4}$ % natrii sulphurosi, отъ котораго уничтожаются окончательно всѣ частицы солей. Губки становятся очень мягкими нѣжными и бѣлыми. Затѣмъ ихъ кипятятъ въ дистиллированной стерилизованной водѣ и наконецъ помѣщаютъ въ 3% растворъ карболовой кислоты до употребленія.

Если губка была уже въ употребленіи, особенно въ гнойныхъ или ихорозныхъ жидкостяхъ, тогда, послѣ тщательнаго обмыванія мыльной водой, обливаются еще растворомъ марганцовокислаго кали (1:200). Губка вся чернѣетъ, какъ бы обугливается, тогда ее помѣщаютъ въ растворъ natrii sulphurosi (1:400) и держать въ немъ, пока она не побѣлѣетъ. Далѣе, прокипятить въ дистиллированной водѣ, помѣщаютъ уже въ 5% растворъ карболовой кислоты на нѣсколько дней. Во время операцій губки помѣщаются въ горячую стерилизованную воду. Въ день моего перваго посѣщенія клиники, какъ разъ была операція со вскрытіемъ брюшной полости. У больной, по изслѣдованію, была діагностирована salpingitis duplex, при чемъ въ правой сторонѣ предполагалась salpingitis et oophoritis chronica.

Больная была приготовлена, какъ обыкновенно передъ такой операцией. Наканунѣ была опорожнена прямая кишка и въ день операціи больную обмыли въ ваннѣ. Во время хлороформированія на операціонномъ столѣ были обриты волосы на нижней части живота и на наружныхъ половыхъ органахъ. Послѣ этого покровы живота обмыли растворомъ сулемы (1:2000), затѣмъ скипидаромъ, спиртомъ и наконецъ эфиромъ и покрыли стерилизованной марлей.

Слабымъ больнымъ, какъ въ данномъ случаѣ, проф. *Снегиревъ* назначаетъ передъ операцией вино и вспрыскиваніе отъ $\frac{1}{8}$ до $\frac{1}{6}$ грана морфія подъ кожу, а самое хлороформированіе производится смѣсью хлороформа, эфира и абсолютнаго алкоголя aa. Передъ операцией всѣ присутствующіе предварительно переодѣлись въ чистые, бѣлые халаты, на голову надѣли чечучовыя фески,

а уже въ самой оперативной комнатѣ, въ продолженіе трехъ минутъ вымывали руки теплой водой съ мыломъ и щетками, лежавшими въ растворѣ сулемы (1:1000). Послѣ этого руки оператора и его помощниковъ обмыты *ol. terebinthinae*, затѣмъ спиртомъ и вытерты стерилизованной марлей.

Самая операція: марля, лежащая на животѣ, разрѣзана ножницами надъ бѣлой линіей и черезъ это окно по упомянутой линіи проведенъ ниже пупка разрѣзъ кожи живота до брюшины. Нижній уголъ раны кончался почти у самаго симфиза. Кровь вытиралась помощникомъ кусочками ваты, обернутой въ стерилизованную марлю. Кровоточивые сосуды захвачены пинцетами *Pean'a*. Съ уничтоженіемъ кровотечения ножницами разрѣзана брюшина, приподнятая въ складку двумя пинцетами. Послѣ того проф. ввелъ руки въ брюшную полость и вывелъ сначала болѣе сильно измѣненную правую Фаллопиеву трубу съ яичникомъ. Подъ верхній уголъ брюшной раны введена губка, для удержанія кишекъ. Губка придерживалась ассистентомъ. Послѣ того большой плоской иглой одна толстая шелковая лигатура проведена черезъ широкую связку подъ верхній (маточный) конецъ трубы и *ligamenti ovarii*, а другая подъ брюшинный и обѣ затянуты. Третьей лигатурой между первыми двумя перевязана промежуточная часть широкой связки.

Труба съ яичникомъ удалена надъ лигатурами, оставшіяся же трубныя культы были обшиты тонкимъ шелкомъ, такъ что не осталось ни малѣйшей кровоточивой поверхности.

Вторая лѣвая труба, какъ менѣе измѣненная, перевязана съ обохъ ея концовъ только двумя толстыми лигатурами и затѣмъ удалена. Послѣ того матка за обѣ оставшіяся трубныя маточныя культы была пришита двумя толстыми лигатурами къ обѣимъ сторонамъ нижняго угла брюшной раны. Оба конца каждой лигатуры выведены на каждой сторонѣ нижняго угла, на нѣкоторомъ разстояніи отъ краевъ брюшной раны, и затянуты. Полость брюшины была очищена отъ крови, посредствомъ небольшихъ губокъ на корнцангахъ, а затѣмъ губка, раньше вложенная для удержанія кишекъ, была замѣнена другой болѣе величина, надъ которой и наложены толстыя шелковыя лигатуры для закрытія брюшной раны. Каждая лигатура имѣла на концахъ по иглѣ. Иглы вкалывались черезъ брюшину, а выкалывались черезъ кожу на нѣкоторомъ разстояніи отъ краевъ раны. Послѣдней нижней лигатурой захвачена и матка около дна, за переднюю ея поверхность. Завязываніе лигатуръ начато сверху. Когда средняя лигатура была затянута, тогда губка, бывшая въ полости живота, была вынута и послѣ того завязаны остальные швы. Промежъ глубокихъ швовъ, для болѣе тщательнаго смыканія краевъ раны, наложены еще поверхностные.

По окончаніи операціи, поверхность живота вытерта ватой, омоченной въ растворѣ сулемы, и обсушена стерилизованной марлей. Поверхъ шва насыпанъ іодоформъ довольно толстымъ слоемъ и наложенъ сухой компрессъ изъ іодоформной марли, надъ нею толстый слой ваты, для удержанія которой сверху наложены были полосы липкаго пластыря, приклеенныя къ боковымъ частямъ живота. Перевязка закончена четырехъ-угольнымъ кускомъ стерилизованной

марли, средняя часть которой была подведена подъ поясницу, а концы стянуты одинъ надъ другимъ поверхъ ватной повязки и заколоты англійскими булавками. Больная перенесена на обыкновенную кровать и увезена на подставныхъ колесахъ въ предназначенную для нея палату, гдѣ на животъ, надъ мѣстомъ раны, былъ положенъ пузырь со льдомъ, а на ноги и по обѣимъ сторонамъ живота длинные резиновые мѣшки съ горячей водой. Постель, до перенесенія на нея оперированной, согрѣвалась металлическими грѣлками.

По осмотру удаленныхъ органовъ оказалось гнойное воспаленіе въ правой трубѣ и въ правомъ яичникѣ; въ лѣвой трубѣ то же самое, но лѣвый яичникъ находился въ начальномъ періодѣ цистознаго перерожденія.

Гинекологическая клиника открыта съ ноября прошлаго года, и въ ней произведено уже около 80-ти большихъ операций. Если случаи, мало осложненные большими сращеніями или злокачественными новообразованіями, то процентъ смертности равняется нулю. Въ осложненныхъ случаяхъ, въ которыхъ обыкновенно всегда оставляется послѣ операциі дренажъ, сюда же относятся и всѣ случаи фиброміотомій, процентъ смертности равенъ приблизительно 15%.

Въ настоящемъ академическомъ году клиника открыта съ 15-го сентября и уже сдѣлано болѣе десятка большихъ операций. Я засталъ неоправившихся еще вполнѣ послѣ этихъ операций шесть пациентокъ. Остальные, по словамъ профессора, всѣ выздоровѣли. Изъ оставшихся больныхъ у одной была сдѣлана *ovariotomia duplex*. Во время операциі оказались папиллярныя разраженія и коллоидная инфильтрація всей брюшины, при этомъ удалена третья часть сильно перерожденнаго сальника и обѣ широкія связки. Полость брюшины была промыта соленымъ стерилизованнымъ растворомъ (6:1000) и въ ней оставленъ дренажъ, выходящій въ нижнемъ углу раны. Сегодня, 26-го сентября, десятый день, и во все послѣоперационное время высшая температура тѣла была 37,8°.

У другой больной была *cystoma ovarii intraligamentosa dextra* съ приращеніемъ къ omentum и передней брюшной стѣнкѣ. Вѣсъ кисты равнялся 16 фун. Содержимое коллоидно-гнойное. Послѣ вылуценія опухоли, оставшіяся мѣшокъ въ широкой связкѣ шить этажнымъ швомъ. Случай безъ дренажа. Сегодня 19 день и больная выздоравливаетъ. Въ послѣоперационное время было осложненіе паротит'омъ съ температурою въ 38,8. Паротитъ разрѣшился безъ нагноенія.

У третьей больной была сдѣлана *фиброміотомія*. Удалена субсерозная фиброма цегі вмѣстѣ съ послѣдней и ея придатками. Вѣсъ фибромы оказался равнымъ 12-ти фунтамъ. Брюшная полость промыта соленымъ растворомъ и оставленъ дренажъ. Сегодня 8 день, и больная выздоравливаетъ безъ повышения температуры.

У четвертой больной была сдѣлана *salpingo-oophorectomia dextra*, вслѣдствіе *salpingitis et degeneratio cystosa ovarii apoplectica*. 5 сутки и тоже безъ лихорадки.

У пятой больной — *Exstirpatio uteri totalis per vaginam*, вслѣдствіе

carcinomatis colli uteri и фиброміомы (съ грецкій орѣхъ въ днѣ матки). Сквозная брюшинная рана и влагалище затампонированы іодоформной марлей. 8-ой день безъ повышенія температуры. Оперированная чувствуетъ себя хорошо.

У шестой больной — *Salpingo-oophorectomia duplex* съ разрушеніемъ приращенія матки къ Дугласовому пространству. Матка прикрѣплена къ передней брюшной стѣнкѣ посредствомъ трехъ швовъ: два шва за рога и одинъ за дво (*uteropexia s. ventrofixatio uteri*). Случай этотъ описанъ мною подробно 25-го сентября.

27-го сентября. Благодаря все той же любезности проф. *Снегирева*, я осмотрѣлъ гинекологическое отдѣленіе Васманной больницы и обратилъ особенное вниманіе на оперативную комнату, которая расположена почти рядомъ съ палатами, отдѣляясь отъ нихъ двумя небольшими промежуточными комнатами; освѣщается также, какъ и въ клиникѣ Морозова, сверху и съ одной стороны черезъ громадное, почти во всю стѣну, окно. Стѣны также выкрашены масляной краской, полъ гранитный, со стокомъ по срединѣ. У стѣны противоположной окну, особенно въ операционное время, постоянно топящійся каминъ. У боковыхъ стѣнъ деревянные шкафы для инструментовъ и необходимыхъ принадлежностей для операций. Операционный столъ, толстая клеенка на немъ, штативы съ дезинфекціонными жидкостями, умывальники, — все устроено такъ же, какъ въ гинекологической клиникѣ на Дѣвичьемъ полѣ. Здѣсь важно то, что въ оперативной комнатѣ производятся не только большія, но и всевозможныя гинекологическія операции. Передъ большой операцией, потолокъ и стѣны обтираются растворомъ сулемы, полъ же и столъ предварительно вымываются водой, а затѣмъ также растворомъ сулемы. Присутствующіе при операцияхъ прежде всегда предварительно брали ванну и переодевались во все чистое, теперь же это такъ строго не соблюдается. Только входъ въ оперативную допускается не иначе, какъ въ бѣлыхъ, дезинфицированныхъ халатахъ и на головахъ такія же фески. Тщательное мытье рукъ такое же, какъ уже мною упомянуто при описаніи гинекологической клиники.

Не смотря на то, что въ той же оперативной комнатѣ производятся и другія операции и изслѣдованія всевозможныхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ, смертность за послѣднее время послѣ большихъ операций ничтожна. Послѣоперационное состояніе больныхъ протекаетъ почти безъ осложнений, какъ заявилъ объ этомъ профессоръ *Снегиревъ*, такъ и всѣ ординаторы, завѣдующіе гинекологическимъ отдѣленіемъ названной больницы.

28-го сентября. При повторномъ посѣщеніи гинекологической клиники на Дѣвичьемъ полѣ, мнѣ удалось видѣть массажъ, производимый докторомъ *Ремизовымъ* при полномъ выпаденіи влагалища и матки. Способъ, употребляемый имъ, слѣдующій: 1) — нѣжное поколачиваніе по крестцовой области въ теченіе двухъ-трехъ минутъ наружнымъ краемъ ладони. При этомъ поколачиваніи, по словамъ д-ра *Ремизова*, больныя ясно чувствуютъ, какъ бы втягиваніе выпадающихъ изъ срамной щели внутреннихъ частей половыхъ органовъ, т. е., ихъ сокращеніе. По моему мнѣнію, подобное явленіе очень возможно и объ-

ясняется совершенно правильно. Въ аналогическихъ опытахъ, при электризаціи индуктивнымъ токомъ, и въ особенности при франклинизаціи, именно части спины, мнѣ самому приходилось убѣждаться на своихъ больныхъ, что онѣ ясно чувствуютъ сокращеніе, какъ въ выпадающихъ половыхъ частяхъ, такъ и въ сфинктерѣ ani. Такое ощущеніе всего рѣзче, при пропусканіи искръ статической машины, въ области перваго и втораго крестцовыхъ позвонковъ.

Второй приѣмъ массажа. Больная кладется на спину и пальцемъ, смазаннымъ мазью (вазелиномъ), разглаживаются поперечно справа налѣво и обратно вправленные выпадающія части влагалища; эта манипуляція продолжается отъ трехъ до пяти минутъ. Затѣмъ въ данномъ случаѣ была выправлена репонированная матка, переведена въ *anteversio* и фиксирована введеннымъ пальцемъ во влагалище. Другой рукой черезъ наружные брюшные покровы дно матки растиралось круговыми движеніями до яснаго оплотненія и уменьшенія увеличенной матки въ объемѣ. Чтобъ произвести этотъ эффектъ, обыкновенно достаточно пяти минутъ.

Третій приѣмъ. Концами пальцевъ свободной руки кожа нижней части живота, тотчасъ за *symphis'omъ*, выдавливается по передней поверхности матки до соприкосновенія съ пальцемъ, находящимся во влагалищѣ и фиксирующимъ матку. Тогда обѣими руками матка *in toto* нѣсколько разъ приподнимается по оси таза вверхъ и впередъ.

Четвертый приѣмъ. Матка, фиксируемая въ *anteversio*, снова еще разъ въ двѣ и тѣлѣ массируется круговыми движеніями пальцевъ свободной руки въ теченіе двухъ или трехъ минутъ.

Пятый приѣмъ. Больная подкладываетъ обѣ руки подъ спину и приподнимаетъ нижнюю часть послѣдней. Ноги согнуты въ колѣняхъ и сближены между собой. Массеръ вкладываетъ свои пальцы обѣихъ рукъ на внутреннюю поверхность колѣнныхъ сочлененій и, при противодѣйствіи больной, разводитъ ихъ въ сторону. Затѣмъ больная сводитъ колѣна при противодѣйствіи массера. Приѣмъ этотъ употребляется для упражненія аддукторовъ. По наблюденію американскихъ врачей, вводившихъ передъ этимъ приѣмомъ во влагалище кусокъ мягкаго воска, на послѣднемъ, по окончаніи упражненія аддукторовъ, отпечатлѣвалось сокращеніе влагалищныхъ стѣнокъ. Пятымъ приѣмомъ массажъ заканчивается.

По словамъ проф. *Снешрева* и д-ра *Ремизова* большею частью бываетъ достаточно отъ 18 до 21 сеанса, чтобы выпаденіе и увеличеніе матки окончательно исчезло. Въ виду такихъ блестящихъ результатовъ массажа, проф. *Снешревъ* теперь уже 3-й годъ болѣе не прибѣгаетъ къ оперативному лѣченію выпаденій матки, влагалища, а также и прямой кишки.

Лѣченіе послѣдняго страданія (*prolapsus ani*), по словамъ д-ра *Ремизова*, производится повторнымъ приподниманіемъ и оттягиваніемъ къверху кожи живота вмѣстѣ съ *flexura sigmoidea* нисходящей ободочной кишки. Этотъ приѣмъ производится въ каждомъ сеансѣ, отъ 8 до 15 разъ, смотря по состоянію выпаденія. Массированіе кишки начинается также предварительнымъ двухъ-трехъ минутнымъ поколачиваніемъ крестцовой области, при чемъ

больная стоит къ массеру спиной, наклонившись впередъ и опираясь руками о какойнибудь предметъ.

Больнымъ, съ prolapsus половыхъ органовъ и прямой кишки, въ свободное отъ массажа время, раза 2 или 3 въ день, совѣтуется д-ромъ Ремизо-вымъ дѣлать въ теченіе 10—20 минутъ произвольныя втягиванія выпавшихъ органовъ, для упражненія levatoris ani и кромѣ того, разъ или 2 въ день принимать положеніе à la vache въ теченіе 5—10 минутъ. Это дѣлается съ цѣлью опрокидыванія и выправленія впередъ репонированной матки, а также для болѣе свободнаго произвольнаго вправленія выпадающей прямой кишки.

О дѣйствительно благотворномъ вліяніи массажа на ретропонированную матку я могу также подтвердить фактами изъ своей больничной и частной практики. Гдѣ нѣтъ приращеній ретровертированной или флектированной матки къ Дугласову пространству, обыкновенно достаточно отъ 10 до 15 и 18 сеансовъ, чтобы матка приняла почти нормальное положеніе и уменьшилась въ объемѣ.

Для массажа при верзіяхъ и флексіяхъ мною обыкновенно употребляются 2, 3 и 4 приемы, а затѣмъ совѣтуется ежедневное двухъ-кратное лежаніе въ положеніи à la vache, также въ теченіе 5—10 минутъ.

Съ 1884 года, когда я началъ примѣнять массажъ въ указанныхъ страданіяхъ, мнѣ уже не приходилось прибѣгать къ повторному выправленію матки зондомъ, къ внутриматочнымъ пессаріямъ или къ влагалищнымъ кольцамъ.

Что касается лѣченія массажемъ выпаденія половыхъ органовъ, я долженъ сознаться, что ни разу не прибѣгалъ къ этому способу, употребляя въ данномъ случаѣ электризацію индуктивнымъ токомъ.

Относительно вліянія послѣдняго способа лѣченія на выпаденіе, долженъ сказать, что prolapsus uteri и vaginae ни разу не поддавались излѣченію или даже замѣтному улучшенію, но prolapsus ani, особенно у дѣтей, чрезвычайно быстро исчезаетъ отъ электризаціи.

Въ припоминаемыхъ мною около 30-ти случаяхъ выпаденія ani, бывшихъ въ моей практикѣ, въ продолженіе времени отъ 1875 г. по настоящій годъ, только въ двухъ случаяхъ понадобилось 7—8 сеансовъ, а обыкновенно достаточно 2, 3-хъ и самое большое 5 сеансовъ, по 5—10 минутъ, чтобы выпаденіе прямой кишки безслѣдно исчезло. Это относительно дѣтей. У взрослыхъ же и особенно у пожилыхъ требуется большее число сеансовъ.

Послѣдній случай выпаденія ani былъ у меня на излѣченіи въ апрѣлѣ и маѣ настоящаго года. Больная, 58 лѣтъ, поступила въ Казанскую Александровскую больницу, гдѣ я состою ординаторомъ, въ началѣ апрѣля и выпи-салась изъ больницы въ началѣ іюня съ полнымъ исчезновеніемъ prolapsi ani. Выпаденіе кишки произошло послѣ кроваваго поноса, продолжавшагося въ теченіи 4 недѣль съ повторными улучшеніями и ухудшеніями. Самое выпаденіе существовало, передъ началомъ лѣченія, въ теченіе полугода. Первые

сеансы, до 9, были ежедневные, затѣмъ, съ улучшеніемъ, черезъ день сдѣлано 5 сеансовъ, а потомъ уже, до конца лѣченія, 2 раза въ недѣлю.

Методъ электризаціи, употребляемый мною, слѣдующій: проводникъ—кондукторъ для прямой кишки — вводится въ конецъ послѣдней до внутренняго сфинктера, а другимъ проводникомъ, съ большой губкой, электризуются покровы живота по тракту ободочной кишки, начиная справа отъ слѣпой кишки и оканчивая прикладываніе электрода въ мѣстѣ нахожденія flexurae sigmoideae, гдѣ электродъ оставляется на одну или двѣ минуты. Сеансъ продолжается отъ 5 — 10 минутъ. Всего яенѣ втягиваніе кишки или ея сокращеніе наблюдается, при положеніи большого проводника нѣсколько влѣво, выше flexurae, и затѣмъ надъ самой flexurâ sigmoideae.

28-го же сентября мнѣ удалось видѣть въ клиникѣ проф. *Снегирева* оперированную, имѣвшую фистулу recto-vaginalis. Въ этотъ день (8-й послѣ операциі) снимали швы и заживленіе оказалось почти полное. Дефектъ въ мѣстѣ фистулы, по словамъ профессора, былъ великъ, такъ что сшить края фистулы не представлялось никакой возможности. Тогда профессоръ, ex tempore, примѣнилъ слѣдующій способъ для уничтоженія фистулы. Онъ сдѣлалъ поперечный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ vaginae, вверхъ до верхушки Дугласова пространства или до брюшины и затѣмъ, вытянувъ матку впередъ и вверхъ на сколько возможно, произвелъ неглубокій поперечный надрѣзъ на задней стѣнкѣ влагалищной части матки и продольнымъ разрѣзомъ сверху внизъ, почти до самаго края задней губы рыльца, расщепилъ маточную стѣнку на двѣ половины. Верхній край вновь образованнаго лоскута изъ маточной стѣнки спустилъ книзу и пришилъ къ освѣженному нижнему и боковымъ краямъ влагалищно-ректальной фистулы. Форма шва получилось въ видѣ серпа выпуклостью ко входу во влагалище. Такимъ образомъ передняя стѣнка прямой кишки въ мѣстѣ дефекта образовалась изъ клѣтчатки, лежащей въ заднемъ сводѣ между прямой кишкой и маткой, и разрѣзанной шейкой. Влагалище, вслѣдствіе ниспущенія матки, разумѣется, сдѣлалась короткимъ; но, понятно, современемъ оно можетъ растянуться. Здѣсь важно то, что фистула исчезла и, несмотря на прохожденіе кала мимо клѣтчатки и мускульной поверхности матки, никакого осложненія, при заживленіи раны, не произошло. Впрочемъ, чтобъ избѣжать раздражающаго вліянія каловыхъ массъ на свѣжую раненую поверхность, у больной въ теченіе шести дней послѣ операциі поддерживался запоръ, а затѣмъ дано слабительное и смягчительный клистиръ.

По словамъ профессора *Снегирева*, въ данномъ случаѣ результатъ замѣчательный.

Послѣ осмотра упомянутой больной произведена была гальванизация по способу *Apostoli* другой больной, у которой находится фиброміома subperitoneale съ лѣвой стороны матки. Опухоль выполняетъ всю лѣвую половину таза и верхушка ея достигаетъ уровня пупка. Матка увеличена значительно и полость ея удлинена до $3\frac{1}{2}$ дюйма, причеиъ зондъ показываетъ изгибомъ, что фиброміома задается и въ полость матки, выпячивая лѣвую ея стѣнку

вправо. Опухоль раньше представлялась очень плотной и почти совѣтъм неподвижной и довольно болѣзненной.

Сегодня 8-й сеансъ. Боль въ опухоли окончательно исчезла, величина ея замѣтно меньше, а главное она стала совершенно подвижной.

Способъ электризаціи примѣняется слѣдующій: полюсъ отъ гальванической машины *Gatff*'а черезъ платиновый зондъ вводится въ полость матки, а на нижнюю часть живота кладется довольно толстый слой сырой глины, завернутый въ марли, и сверхъ этого компресса большая съ ручкой четырехугольная металлическая пластинка, соединенная съ отрицательнымъ полюсомъ. Такъ какъ въ этомъ случаѣ сила тока доводится до 250 миллиамперовъ и выше (въ данномъ случаѣ больная могла перенести силу тока до 600 МА) то, чтобы избѣжать ожога кожи, и кладется сверхъ ея компрессъ изъ глины. Продолжительность сеанса 5 минутъ. Токъ прекращается не вдругъ, — а выпускается постепенно до 0. Это, понятно, дѣлается съ цѣлью, чтобы при размыканіи тока не получилось такого сильнаго удара, который можетъ произвести потрясеніе нервной системы. Больная до сеанса была проспринцована растворомъ сулемы (1 : 1000); половыя части тщательно обмыты и кромѣ того передъ введеніемъ ложки Симоновскаго зеркала, во влагалище было влито немного іодоформнаго глицерину. Зондъ, предварительно лежавшій въ 3% растворѣ корболовой кислоты, вытертый ваткой, былъ затѣмъ омоченъ въ іодоформномъ эфирѣ и введенъ въ полость матки.

Послѣ сеанса и выведенія зонда, чтобы смыть продукты электролиза снова спринцованіе растворомъ сулемы и наконецъ введеніе глицериново-іодоформнаго тампона.

По замѣчанію проф. *Снеирева*, способъ *Apostoli* при фиброміомахъ приноситъ большую пользу. Во 1-хъ, кровотеченіе останавливается, во 2-хъ опухоль уменьшается замѣтно. Если не происходитъ полнаго исчезновенія новообразованія, все-таки случаи, считающіеся до электролиза неоперативными, послѣ извѣстнаго числа сеансовъ, смотря, разумѣется, по величинѣ опухоли, становятся легко удалимыми, посредствомъ операціи.

Способъ *Apostoli*, какъ видно изъ статьи *Массена*¹⁾, ординатора гинекологической клиники проф. *Славянскаго*, впервые въ Россіи сталъ примѣняться въ 1889 г. въ Москвѣ²⁾, а затѣмъ въ томъ же году и въ клиникѣ проф. *Славянскаго*.

У насъ въ Казани, въ клиникѣ проф. *Феноменова*, только что начали примѣнять электролизъ по способу *Apostoli* въ концѣ прошлаго академическаго года.

Волная, надъ которой производились первые опыты, В., сколько мнѣ помнится, 45 лѣтъ отъ роду, по закрытіи клиники, въ іюнѣ настоящаго года была переведена въ женское отдѣленіе Каз. Александр. больницы. По

¹⁾ Журналъ Акушерства и женск. бол. Январь 90 г. № 1.

²⁾ По сообщенію проф. *Снеирева* и доктора *Губарева* на Берлинскомъ конгрессѣ 1890 года, электризація въ Москвѣ производится по способу *Apostoli* уже 4-й годъ.

изслѣдованію мною констатирована фиброіома *interstitialis* передней стѣнки и матки.

Вся матка представляла большую плотную опухоль, верхняя граница которой прощупывалась выше пупка. Изслѣдование зондомъ указало длину полости матки, равную 15 сантиметрамъ. По словамъ больной, до начала лѣченія электричествомъ, длина полости равнялась до 18 сантиметровъ. При введеніи зондъ шель сначала вправо и влѣво, а потомъ влѣво и впередъ.

Раньше, до примѣненія электризаціи по способу *Apostoli*, у больной за послѣднее время кровотеченіе почти не перемежалось и она вслѣдствіе этого сдѣлалась анемичной, чувствовала крайнюю слабость и разстройство всей нервной системы.

Послѣ первыхъ сеансовъ электролиза, кровотеченіе и чувство напряженія и тяжести въ тазовой полости замѣтно меньше, а затѣмъ и регулы появились ровно черезъ мѣсяць.

Подробнаго анамнеза я здѣсь не привожу, потому что пишу на память. Впрочемъ вся суть заключается въ томъ, что электролизъ, по способу *Apostoli*, дѣйствительно принесъ пользу. Во-первыхъ *metrorrhagia* прекратилась, а во-вторыхъ, и самая опухоль уменьшилась, о чемъ можно сказать по уменьшенію, какъ полости (съ 18 на 15 сант.), такъ и ощущенія напряженія и тяжести въ животѣ.

Силу тока больная могла выносить до 250 МА.

За неимѣніемъ въ больницѣ сильной машины *Caiff'a* и гальванометра, точно опредѣляющаго силу тока на МА, электризація больной была приостановлена. Мѣсяць прошелъ безъ кровотеченія, но затѣмъ въ августѣ явились очень сильныя крови. Имѣя подъ рукой только машину съ постояннымъ токомъ *Hirschmann'a* въ 30 элем. и, вмѣсто платинового, серебряный зондъ, я рѣшился примѣнить гальванизацию имѣющимся на лицо аппаратомъ. Причемъ анодъ былъ соединенъ съ маточнымъ зондомъ, а катодъ съ обыкновеннымъ, въ 3 дюм. въ діаметрѣ, электродомъ, съ довольно большой губкой, намоченной въ соляномъ растворѣ. Этотъ электродъ былъ положенъ сверху живота надъ опухолью. Гальванизация начиналась съ 18 элементовъ и постепенно доводилась до 30, причемъ ощущеніе боли и жженія, по словамъ больной, почти было такое же, какъ при примѣненіи аппарата изъ клиники. Въ виду ощущенія меньшей силы тока, сеансъ былъ продолженъ мною вмѣсто 5 10 минутъ. Серебряный зондъ, соотвѣтственно длинѣ полости матки, вынутъ почернѣвшимъ (вслѣдствіе образованія сѣрнистаго серебра). Результатъ электризаціи оказался блестящій. Кровотеченіе тотчасъ остановилось.

Послѣ того электризація была мною продолжаема черезъ каждые два дня. Кровотеченіе болѣе не повторялось и слѣдующіе регулы явились во-время (черезъ три недѣли на четвертую).

Съ открытіемъ клиники, въ половинѣ сентября, больная снова перешла туда, причемъ длина полости матки равнялась уже 13 сантиметрамъ и больная чувствовала себя хорошо.

Послѣдующее измѣреніе силы тока аппарата *Hirschmann'a*, посредствомъ

гальванометра *Gaiiff'a*, показало, что сила эта при 30 элементах равнялась приблизительно от 160 до 180 МА, причемъ $1\frac{1}{2}$ дѣленія гальванометра въ аппаратъ *Hirschmann'a*, приблизительно, равняется одному МА гальванометра *Gaiiff'a*.

Заряженіе батарей въ аппаратъ *Hirschmann'a* съ 1879 года я произвожу посредствомъ раствора двусѣрнистой ртути. Въ указанномъ году я производилъ опыты въ лабораторіи проф. физиологіи *Ковалевскаго* надъ постоянствомъ силы тока, при заряженіи батареи растворомъ сѣрной кислоты, азотной, затѣмъ растворомъ двухромокислаго калия и сѣрной кислоты и растворомъ двусѣрнистой ртути. Опыты производились съ тангенсъ-буссолемъ и при этомъ оказалось, что всего сильнѣе токъ отъ заряженія батареи растворомъ двухромокислаго калия съ сѣрной кислотой, но за то при постоянной работѣ машины уже черезъ четверть часа стрѣлка тангенсъ-буссоля отклонялась къ нулю, вслѣдствіе наступающей парализаціи. Тоже при заряженіи растворомъ сѣрной кислоты и азотной, при которыхъ и сила тока была очень незначительна. При заряженіи же растворомъ двусѣрнистой ртути, хотя сила тока меньше, чѣмъ отъ раствора двухромокислаго калия съ сѣрной кислотой, но за то въ теченіи получаса стрѣлка тангенсъ-буссоля оставалась на томъ дѣленіи, до котораго она достигла въ началѣ работы аппарата.

Наблюденіе надъ В. доказываетъ, что, въ случаѣ необходимости, для остановки кровотеченія при фибридахъ можно пользоваться и слабымъ, сравнительно съ машиною *Gaiiff'a*, аппаратомъ *Hirschmann'a* или *Spamer'a*. Въ данномъ случаѣ важенъ только выборъ полюса, которымъ надобно дѣйствовать на слизистую оболочку матки. Если вложить оба полюса отъ машины съ постояннымъ токомъ въ вылитый на блюдечко бѣлокъ сырого яйца и замкнуть токъ, тогда оказывается, что на положительномъ полюсѣ, и тѣмъ быстрѣе, чѣмъ сильнѣе токъ, образуется плотный бѣлковый сгустокъ. Если электродъ мѣдный, то сгустокъ окрашивается въ зеленоватый цвѣтъ, а самый электродъ покрывается зеленымъ налетомъ, т. е. окисляется.

Замѣчательно при этомъ, что образовавшійся сгустокъ съ трудомъ отдѣляется отъ электрода.

Если къ этому электроду приложить синюю лакмусовую бумагу, она немедленно краснѣетъ.

Совершенно обратное получается на отрицательномъ полюсѣ. На немъ также образуется сгустокъ, но онъ бѣлѣе, рыхлѣе, съ мелкими газовыми пузырьками и очень легко отстаетъ отъ вынимаемаго электрода, какъ бы скатывается съ него. Самый электродъ не измѣненъ и, если приложить красную лакмусовую бумагу, то она немедленно окрашивается синимъ цвѣтомъ, что ясно доказываетъ щелочную реакцію сгустка, образовавшагося у отрицательнаго полюса.

Во время замыканія важно замѣтить то, что равше всего сгустокъ образуется у отрицательнаго полюса, что указываетъ на болѣе энергичное дѣйствіе этого полюса на бѣлковое вещество, а слѣдовательно и на ткани тѣла.

Если вколоть оба мѣдные проводника или электрода въ сырое мясо, по-

лучается та же картина, что и при опытах на яичпомѣ бѣлкѣ. Положительный электродъ едва можно выдрать изъ ткани, обыкновенно онъ влечетъ за собою часть измѣненной мышечной ткани, которая вокругъ электродовъ принимаетъ зеленоватое или скорѣе синеватое окрашиваніе.

Отрицательный электродъ вынимается, напротивъ, очень легко и видоизмѣненная мышечная ткань представляется въ видѣ безформенной краснобагровой студенистой массы. Нѣсколько разъ производилъ я эти опыты и всегда съ однимъ и тѣмъ же результатомъ.

Если проводникъ-анодъ будетъ изъ другого металла, напримѣръ, стальная, цинковая, серебряная, золотая или платиновая игла, тогда вокругъ стального электрода получается сгустокъ коричневаго цвѣта, на цинковомъ — сѣраго, на серебряномъ — чернаго, въ окружности золотого — едва замѣтное темноватое окрашиваніе ткани. Вокругъ платиноваго — кольцо изъ бѣловатой пѣнистой жидкости и неизмѣнный цвѣтъ мяса. Концы иглъ, за исключеніемъ платиновой, окрашиваются такимъ же цвѣтомъ, какъ и образующіеся вокругъ нихъ сгустки. При этомъ поверхность стальной иглы изъѣдена, у цинковой — также шероховата, у серебряной и золотой — полировка исчезаетъ; у платиновой никакого измѣненія.

И такъ, только при платиновомъ положительномъ электродѣ выдѣляется во время электролиза такая же пѣнистая жидкость, какъ и у отрицательнаго электрода. Водородъ, не вліяя на металлъ, свободно выдѣляется въ видѣ газовыхъ пузырьковъ на отрицательномъ полюсѣ, также и кислородъ, не дѣйствуя на платину, выдѣляется въ видѣ мельчайшихъ газовыхъ пузырьковъ на положительномъ. При всякомъ другомъ металлѣ отсутствіе пѣны у анода означаетъ только окисленіе металла на счетъ выдѣляющагося кислорода, но по характеру сгустка электролитическій процессъ одинаковъ.

Опыты эти и объясняютъ, почему положительный полюсъ останавливаетъ кровотеченіе изъ матки. Подъ его вліяніемъ происходитъ разрушеніе расширенныхъ и поврежденныхъ сосудовъ слизистой оболочки матки и образованіе плотнаго сгустка, который тампонируетъ всю ея полость.

Если меня спросятъ, почему я не примѣнялъ при электризаціи глиняный электродъ на кожу, на это я отвѣчу, что при гальванизациіи вообще я никогда не замѣчалъ ожоги ни отъ положительнаго, ни отрицательнаго полюсовъ, если только металлическіе электроды обложены мокрымъ проводникомъ. Результатъ одинъ и тотъ же, будетъ ли обтянуть электродъ полотномъ, замшей или губкой. Очень можетъ быть, здѣсь имѣетъ значеніе и то, что сила тока 160—180 МА отъ обыкновенно употребляемыхъ переносныхъ машинокъ съ постояннымъ токомъ не настолько велика, чтобы производить ожогу.

При небольшихъ электродахъ больныя жалуются на довольно сильное жженіе кожи, но тогда только слѣдуетъ брать болѣе широкій проводникъ съ большой губкой, и чувство жженія значительно ослабѣваетъ. Большая поверхность кожного электрода выгодна еще въ томъ отношеніи, что вызываетъ большую энергію въ дѣйствиіи металлическаго зонда, который находится въ маткѣ, такъ какъ, чѣмъ тоньше электродъ, тѣмъ больше въ немъ напря-

женіе тока. Я нарочно прибавляю здѣсь слово металлическій съ цѣлью показать, что только при данномъ условіи происходитъ электролитическій процессъ. Если и второй электродъ обтянуть влажной замшей или губкой, тогда электролиза въ тканяхъ почти не происходитъ. Кислородъ, образующійся у положительнаго полюса, будетъ вліять главнымъ образомъ на самый металл, окисляя его. Мѣшаетъ ли вода, пропитывающая оболочку электродовъ, разрушающему вліянію тока на ткани тѣла тѣмъ, что она первая по пути тока подвергается разложенію, или тѣмъ, что она вмѣстѣ съ оболочкой, какъ болѣе дурной проводникъ, представляя извѣстное сопротивленіе току, замедляетъ процессъ электролиза. Но только обложенный проводникъ, кромѣ незначительнаго раздраженія, не производитъ другого измѣненія въ тканяхъ организма. Говоря иначе, вода и оболочка на электродахъ мѣшаютъ образованію альбумината въ прилежащихъ органическихъ тканяхъ и, слѣдовательно, не даютъ того струпа, который такъ необходимъ для уничтоженія кровотеченія изъ слизистой оболочки полости матки. Признаки раздраженія въ кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ, соприкасающихся съ влажными обложенными электродами, все-таки доказываютъ, что электролитическое вліяніе постоянного тока не вполне отсутствуетъ.

Значеніе влажныхъ электродовъ очень важно, особенно при примѣненіи индуктивнаго тока.

Соленая вода, пропитывающая оболочку электрода, смачивая ткани, какъ напримѣръ кожу, которая въ сухомъ состояніи — очень дурной проводникъ электричества, превращаетъ его въ хорошій и тѣмъ даетъ возможность дѣйствовать току на глуболежащія ткани, а именно мускулы, нервы и сосуды.

Примѣненіе индуктивнаго тока, посредствомъ мокрыхъ обложенныхъ электродовъ для уничтоженія фиброміомъ матки, начато мною еще въ 1876 году.

Въ моей практикѣ было до 19 случаевъ фиброміомъ матки, гдѣ я употреблялъ индуктивный токъ и особенно въ 6 изъ нихъ результатъ лѣченія блѣднѣе или менѣе блестящій.

1 случай. Фиброміома uteri multiplex interstitialis et subperitonealis. Больной Ст., когда я началъ лѣчить ее въ 1876 году, было отъ роду 44 года. Нерожавшая, менструировать начала съ 16 лѣтъ; регулы всегда были правильны, черезъ 4 недѣли по 5 дней. 3 года какъ овдовѣла. Первое кровотеченіе явилось 15-го мая 1874 г., продолжалось десять дней и послѣ того метроррагія являлась черезъ каждыя двѣ недѣли. 15-го марта 75 г. она въ первый разъ обратилась за совѣтомъ къ акушеру, который нашель у нея фиброміомы матки. Четыре мѣсяца съ промежутками больная принимала *secale cornutum* въ большихъ дозахъ, — кровотеченія продолжались съ указанными промежутками. Въ маѣ того же года умеръ любимый братъ больной и, послѣ нервнаго потрясенія, опухоль быстро начала увеличиваться. Кровотеченіе сдѣлалось почти безостановочно. Врачъ, лѣчившій больную, дѣлалъ подкожныя инъекціи *ergotin'a*, которыя сначала немного останавливали крови, но затѣмъ перестали помогать. Осенью 76 года кровотеченіе такъ усилилось, что больная слегла окончательно въ постель. При первомъ моемъ посѣщеніи, я нашель

больную въ слѣдующемъ состояніи: крайняя анемія, при попыткахъ подняться на постели—головокруженіе, почти до обморока, страшная слабость. Нервная раздражительность, плохой сонъ и аппетитъ. Запоры. Кровотеченіе непрерывное четыре мѣсяца.

По изслѣдованію: множественныя фибромы матки. На передней поверхности болѣе влѣво большая фиброма; меньшія опухоли расположены болѣе въ днѣ и вправо сзади,—въ тѣлѣ матки. Дно матки почти доходитъ до scrobiculum; діаметръ ея, начиная отъ симфиза, до верхней границы, 20 сантим. и столько же, прикладывая ножки циркуля къ самымъ выдающимся противоположнымъ боковымъ частямъ опухоли.

Основываясь на свойствѣ индуктивнаго тока проникать въ глубину черезъ увлажненные проводники и сокращать на пути своемъ глубоколежащія мускулы, а слѣдовательно, и сосуды, я предложилъ для остановки кровотеченія электричество.

Методъ электризаціи былъ слѣдующій: одинъ проводникъ съ губкой отъ положительнаго полюса индуктивнаго аппарата прикладывался къ поясничной области, а другой, отрицательный, на животъ ко дну матки и боковымъ ея частямъ. Сеансъ—четверть часа. Токъ постепенно усиливающейся, и проводникъ на животѣ довольно сильно надавливался надъ опухолью.

Наблюденія надъ роженицами показываютъ, что во время родовыхъ потугъ онѣ всего сильнѣе ощущаютъ боль въ поясничной части спиннаго хребта и затѣмъ въ днѣ, и тѣлѣ матки. Кромѣ того растираніе дна матки при ослабленныхъ потугахъ усиливаетъ и вызываетъ послѣднія. Наконецъ опыты *Schlesinger*'а на животныхъ, видѣнные мною въ Вѣнѣ въ 1875 г., ясно показали, что сокращенія матки сильно возбуждаются, какъ при электризаціи кожи живота, такъ и спиннаго хребта, особенно въ поясничной области.

На основаніи этихъ наблюденій, я съ 75 г. примѣнялъ нѣсколько разъ вышеупомянутый методъ электризаціи при атоніяхъ матки и послѣ родовыхъ кровотеченій и каждый почти разъ съ положительномъ результатомъ. Чтобы увеличить число точекъ для проникновенія тока въ увеличенную матку, я надъ дномъ матки клалъ пластинку съ губкою, величиною въ ладонь, такъ что она обхватывала всю поверхность дна, а на поясничную область пластинку съ губкой такой величины, чтобы она покрывала всю средину поясничной области и верхнюю часть крестцовой.

Эмпирическимъ путемъ пришлось убѣдиться, что всего лучше сокращеніе матки и остановка послѣродового кровотеченія наступаетъ послѣ четверти-часовой продолжительности сеанса и постоянного увеличенія, въ теченіе этого времени, силы тока, сообразуясь съ чувствительностью больной. Если взять токъ такой силы, которая въ началѣ хорошо ощущается больной, и не усиливать его въ теченіе четверти часа, то обыкновенно матка сокращается плохо, и кровотеченіе не останавливается, а, напротивъ, усиливается.

Практика же показала, что при накожной электризаціи, по упомянутому выше способу, что чѣмъ сильнѣе давленіе проводникомъ, лежащимъ на животѣ,

тѣмъ болѣе происходитъ сокращеніе мускуловъ матки; чѣмъ же поверхностнѣе давленіе, тѣмъ энергичнѣе сокращаются мускулы брюшныхъ стѣнокъ.

Послѣ перваго же сеанса у Ст. кровотеченіе остановилось на два часа, затѣмъ началось снова, но уже въ меньшемъ количествѣ. Въ ту же ночь больная уснула хорошо. На слѣдующій день снова электризація, и уже замѣтное уменьшеніе кровотеченія. Послѣ 7-го сеанса кровотеченіе остановилось окончательно и болѣе не повторялось и до настоящаго времени.

Слѣдующіе сеансы производились сначала черезъ день (сеансовъ 6), а послѣ замѣтнаго улучшенія общаго состоянія, 2 раза въ недѣлю. Больная совершенно поправилась, явился хорошій аппетитъ, сонъ, правильное испражненіе и исчезновеніе анеміи. Величина опухоли оставалась неизмѣнной въ теченіе трехъ мѣсяцевъ. Измѣреніе циркулемъ производилось разъ въ недѣлю. Черезъ три мѣсяца вдругъ діаметръ длины и поперечный опухоли уменьшился на одинъ сантиметръ и послѣ того опухоль пошла на постепенное уменьшеніе. Черезъ два года электризаціи, съ свободными промежутками въ теченіе двухъ лѣтнихъ мѣсяцевъ, — всѣ фибромы исчезли и матка достигла почти нормальной величины. Пациентка жива до сихъ поръ и въ теченіе 12 лѣтъ, считая съ конца лѣченія, пользуется полнымъ здоровьемъ.

2 случай. А. О. 34 лѣтъ, два года какъ овдовѣла, занятія домашнія, живетъ постоянно въ Казани, больна 14 лѣтъ. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 29-го сентября 1878 года. Родила 2 раза. Послѣ вторыхъ родовъ болѣла 6 недѣль и съ тѣхъ поръ чувствуетъ постоянную ноющую боль въ поясницѣ и внизу живота. Ритмъ кровей правильный, черезъ 3 недѣли, по 7 дней, но количество кровей не постоянное, то очень мало, то чрезвычайное обильное. Больная жалуется еще на частый позывъ къ мочеиспусканію.

По изслѣдованію, матка увеличена въ объемѣ. Стѣнки матки плотны, на передней поверхности кругловатая, въ куриное яйцо, плотная опухоль, которая давитъ на мочевой пузырь. Рыльце матки направлено назадъ. Опухоль на передней поверхности начинается на уровнѣ внутренняго устья. Позади опухоли болѣе вправо и къ средней полости таза другая опухоль, кругловатая, плотная. По первому впечатлѣнію кажется *anteflexio* и *fibromioma poster.*, а между тѣмъ зондированіе показываетъ, что кзади — матка, а спереди фиброміома. Полость матки длиной 9 сантиметровъ.

По изслѣдованію тазомѣромъ, объемъ матки спереди назадъ въ діаметрѣ равняется 8 сантиметрамъ, поперекъ $7\frac{3}{4}$ сант. Длина всей матки отъ наружнаго ея отверстія до дна = 11 сант. Продольный діаметръ опухоли (отъ тѣла матки до верхушки опухоли) $5\frac{3}{4}$ сант. Самое основаніе опухоли $6\frac{3}{4}$ сант. Уже возможность тщательнаго измѣренія опухоли доказываетъ полную подвижность матки.

30-го октября того же года, послѣ 8-ми сеансовъ, больная чувствуетъ себя очень хорошо. Боль въ поясницѣ и животѣ почти исчезла. По измѣренію оказалось: передне-задній діаметръ матки — $6\frac{1}{2}$ сант., поперечный — $7\frac{1}{2}$ сант. Длина матки — 11 сант. Продольный діаметръ опухоли — $5\frac{1}{2}$, основаніе — $6\frac{1}{2}$ сантиметровъ.

Очень сожалѣю, что не могу указать, на сколько могъ бы уменьшиться объемъ матки и опухоли подъ вліяніемъ продолжительной электризаціи, такъ какъ больная съ уничтоженіемъ болей въ поясницѣ и внизу живота и послѣ установки правильныхъ регуль, чувствуя себя совершенно здоровой, прекратила лѣченіе.

Всего было сдѣлано 15 сеансовъ. Больная была приходящая, могла электризоваться только разъ въ недѣлю и, не смотря на это, результатъ накожной фарадизаціи ясный.

3 случай. Н. П. 36 лѣтъ отъ роду, замужняя, живетъ постоянно въ Самарѣ, занятіе домашнее. Послѣ замужества лѣтъ 10 тому назадъ, первые три мѣсяца не имѣла кровей, затѣмъ явились обильныя и большими сгустками крови. Больная думаетъ, что это былъ выкидышъ. Съ тѣхъ поръ постоянно ощущеніе боли внизу живота и сильная нервность. Крови, хотя являются во время, черезъ 3 недѣли на 4-й, по 6 дней, но за послѣднее время съ каждымъ разомъ все обильнѣе.

По изслѣдованію, сдѣланному 28-го апрѣля 1880 г., въ маткѣ найдены были множественныя subperitoneal'ныя фиброиды на днѣ ея и межучочные въ толщѣ тѣла матки. Вся матка величиной въ кулакъ взрослога человѣка. Матка подвижна. Шейка ея усѣяна въ чечевичное зерно опухшими folliculis (ovula Nabothii), по вскрытіи которыхъ выдѣлилась густая слизь, а изъ нѣкоторыхъ узелковъ слизи съ гноемъ. Зондъ доходить свободно только до внутренняго устья. Электризаціи индуктивнымъ токомъ, по указанному выше способу, началась въ тотъ же день.

Сдѣлано всего въ Казани 15 сеансовъ. Ежедневно по одному сеансу 7 разъ, а съ уменьшеніемъ боли черезъ день — 4 раза и затѣмъ послѣ регуль, бывшихъ на этотъ разъ очень умѣренными, черезъ 2 дня—4 же раза. Больная уѣхала домой съ намѣреніемъ продолжать по указанію электризацію.

Въ 1882 году 21-го іюня я встрѣтилъ больную въ Ставрополѣ на курыномъ заведеніи. По разпросамъ оказалось, что больная лѣчилась электризаціей всего полгода, и съ тѣхъ поръ регулы совершенно правильны и боль въ животѣ окончательно исчезла.

По контрольному осмотру, матка въ объемѣ въ половину меньше противъ прежняго. Зондъ, хотя съ трудомъ, можно провести до дна матки. Величина полости почти нормальна, выдѣленія крови послѣ зондированія не наблюдается.

4 случай. А. М., 40 лѣтъ отъ роду, замужняя. Постоянное мѣсто жительства въ Вольскѣ. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ въ Казани февраля 9-го 1884 г. Больная жалуется на боль во время регуль. Послѣднія постоянно были правильны, но теперь 13-й день продолжаются съ сильными болями. Больная многородящая; роды были всѣ благополучны. Послѣдніе роды 17 лѣтъ назадъ, послѣ нихъ болѣла съ мѣсяцъ.

По осмотру, множественныя интерстиціальныя фиброиды въ маткѣ; послѣдняя значительно увеличена въ объемѣ; дно матки прощупывается выше пупка, при давленіи болѣзненно. Матка мало подвижна. Въ области широкихъ связ-

зокъ, особенно справа, разлитая опухоль, которая и фиксируетъ матку. Опухоли эти неособенно плотны, но болѣзненны, главнымъ образомъ справа, при глубокомъ бимануальномъ давленіи.

Электрическое лѣченіе, по указанному выше способу, начато съ слѣдующаго дня послѣ осмотра. Въ Казани больной сдѣлано только десять сеансовъ, а затѣмъ, купивъ себѣ машинку, она уѣхала, намѣреваясь по указанію продолжать лѣченіе дома.

1890 г. іюня 12, во время пребыванія моего въ Вольскѣ, по распросамъ, у больной регулы прекратились уже полтора года. Электривалась, послѣ отъѣзда изъ Казани, аккуратно мѣсяцевъ пять, а затѣмъ только тогда, когда крови были сильныя. Каждый разъ, послѣ электризаціи въ 1 или 2 сеанса, кровотеченіе останавливалось.

По осмотру, дно матки только на 2 поперечныхъ пальца выше symphysis'a. Фиброиды прощупываются значительно меньше. Оба боковые свода свободны и матка подвижна.

5 случай. 51 года, замужняя, занятіе домашнее. Постоянно живетъ въ селѣ Горкахъ, Казанской губерніи. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 20-го января 1885 г. По анамнезу оказывается, что въ 84 году лечилась у меня и мною былъ удаленъ полипъ съ шейки матки. Послѣ этаго въ продолженіе года больная чувствовала себя хорошо, но только регулы не прекращаются, несмотря на преклонный уже возрастъ и на довольно раннее начало менструацій. Первые регулы появились на 14 году. Дѣтей было четверо; роды всѣ благополучны. Послѣдняя беременность была 27 лѣтъ назадъ.

Ко мнѣ обратилась снова по случаю сильнаго кровотеченія, которое продолжалось мѣсяца два.

По осмотру оказалось—въ толщѣ стѣнокъ матки, а именно въ днѣ, продолговатая опухоль, фиброміома uteri. Дно матки при прощупываніи доходитъ до уровня пупка. Въ виду обильнаго кровотеченія, была сдѣлана тампонація влагалища и внутрь дано *secale cornutum*. На слѣдующій день, 21-го января, кровотеченіе нѣсколько меньше; тогда произведена была фарадизація матки. Такъ какъ въ данномъ случаѣ болѣзненности въ маткѣ не было, поэтому приложеніе одного электрода—широкаго было на нижнюю часть живота, а другой электродъ, оливчатый,—къ шейкѣ матки. Сеансъ 15 минутъ, токъ усиливающейся—стабильный.

Послѣ перваго же сеанса прекратилось и то кровотеченіе, которое еще оставалось послѣ тампонаціи. 11-го февраля, послѣ 9 сеанса, дно матки уже ниже пупка на 3 поперечныхъ пальца. Кровотеченія больше нѣтъ, и больная чувствуетъ, что у нея въ животѣ значительно свободнѣе. По осмотру, матка въ объемѣ дѣйствительно значительно меньше и самая опухоль на ощупь кажется плоске. Послѣ такого результата больная уѣхала домой и затѣмъ я потерялъ ее изъ виду.

6 случай. Е. В., 48 лѣтъ, незамужняя, занятіе домашнее, живетъ постоянно въ Казани. Больна съ 1881 года. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 20-го сентября 1886 года.

Менструація началась съ 13 лѣтъ и первый годъ неправильно. Крови являлись черезъ 2 недѣли и иногда продолжались по двѣ недѣли очень обильно. Съ теченіемъ времени регулы стали болѣе правильны, черезъ 3¹/₂ недѣли по три дня.

Съ 1881 года снова учащеніе кровотеченія. Крови теперь являются почти черезъ три дня, каждый разъ очень обильны и продолжаютъ иногда по цѣлому мѣсяцу.

Подобныя продолжительныя кровотеченія въ 86 году являются уже третій разъ. При этомъ больная жалуется на сильную боль въ тазу, особенно съ правой стороны. Жалуется на запоры, иногда поносъ. Аппетитъ плохъ, — послѣ пищи становится тяжело подъ ложечкой. Съ 81 же кашель. Въ началѣ этого года (81) была сильная боль въ правомъ боку, такъ что нельзя было ни кашлять, ни дѣлать глубокихъ дыханій. Колотья и одышка очень тогда покоили больную.

По выслушиванію, до сихъ поръ замѣчаются слѣды прежде бывшаго плеврита, а именно у основанія праваго легкаго слышится шумъ тренія, хрипы и жесткое дыханіе.

По осмотру, матка запрокинута назадъ и крѣпко фиксирована, повидимому, приращеніями къ передней поверхности прямой кишки. Матка лежитъ болѣе вправо и имѣетъ въ тѣлѣ, особенно спереди съ лѣвой стороны, бугроватую опухоль, при прощупываніи нѣсколько болѣзненную. Объемъ матки съ опухолью въ кулакъ взрослога человѣка. Больная — дѣвушка. Отверстіе въ дѣвственной плевѣ, хотя съ трудомъ, но пропускаетъ палецъ. Внутрь назначено было порошки изъ sulph. aurat. antim. съ морфіемъ и мясной порошокъ съ молокомъ, а снаружи электризація индуктивнымъ токомъ по методу, уже не разъ здѣсь упомянутому. Послѣ 7-го сеанса (ежедневно по одному) кровотеченіе остановилось. Лѣченіе продолжалось 7 мѣсяцевъ; послѣ 12 сеанса электризація производилась 2 раза въ недѣлю. Во все время лѣченія крови появлялись правильно — 4 раза, а затѣмъ окончательно остановились. По осмотру въ концѣ лѣченія матка была вдвое меньше первоначальнаго объема.

Въ настоящемъ году (90 г.), въ мартѣ мѣсяцѣ, т. е. почти черезъ 3 года послѣ лѣченія электричествомъ, больная сдвинула съ мѣста тяжелый сундукъ, вслѣдствіе чего при сильной боли въ животѣ явилось обильное кровотеченіе въ тотъ же день. На третій день, послѣ описаннаго случая, больная послала за мной. Снова сдѣлана была ей накожная фарадизація надъ маткой. Послѣ 5 сеанса (ежедневно по одному разу) кровотеченіе остановилось, постепенно уменьшаясь послѣ каждаго сеанса. Сдѣлано было еще 10 сеансовъ, и лѣченіе закончено въ началѣ мая. До моего отъѣзда изъ Казани за границу, т. е. до конца сентября, кровотеченія больше не было. Величина матки найдена была такой же, какъ и въ концѣ лѣченія три года тому назадъ.

Остальные случаи, числомъ 13, мною не описаны, потому что лѣченіе во всѣхъ случаяхъ оставалось не оконченнымъ. Нужно замѣтить, что до сихъ поръ въ провинціальной публикѣ существуетъ недовѣріе къ лѣченію электричествомъ, и это убѣжденіе отчасти поддерживается многими врачами.

Одинъ случай изъ неописанныхъ интересенъ въ томъ отношеніи, что отъ электризаціи кровотеченіе не останавливалось, а, напротивъ, усиливалось и вызывало сильныя схватывающія боли. У больной Ю. В. по изслѣдованію можно было діагносцировать большую интерстиціальную фиброму на передней стѣнкѣ матки. Величина всей матки приблизительно была въ два кулака. Матка фиксирована неподвижно, вслѣдствіе большой опухоли въ лѣвой широкой связкѣ. Послѣ, приблизительно, 20 сеансовъ начала вырѣзываться въ наружное отверстіе матки опухоль, фиброзный внутриматочный полипъ, чѣмъ и объясняется, не смотря на фарадизацію, усиленное кровотеченіе и схватывающія боли. Полипъ былъ удаленъ проф. Феноменовымъ. Кровотеченіе послѣ того, хотя и рѣже, но продолжалось, что зависѣло, разумѣется, отъ присутствія *interstitial'*ной фибромы. Въ настоящее время въ данномъ случаѣ примѣняется гальванизація, по способу *Apostoli*, результатъ которой мнѣ еще не извѣстенъ.

Очень возможно, что примѣненіе электричества при кровотеченіяхъ по методу *Apostoli* окажется и лучше, чѣмъ накожная фарадизація индуктивнымъ токомъ, все-таки я не могу не рекомендовать товарищамъ испытанный мною методъ.

Не всякому врачу, особенно въ глуши, возможно обзавестись дорогой машиной *Gaiff'*а съ необходимыми приборами, которые употребляются при способѣ *Apostoli*; междѣ тѣмъ индуктивный аппаратъ найдется у каждаго изъ врачей.

Если нужно очень много времени, чтобы добиться значительнаго уменьшенія маточныхъ фибромъ, за то кровотеченіе индуктивному току уступаетъ сравнительно очень быстро. Такой результатъ между тѣмъ чрезвычайно важенъ, такъ какъ обильныя кровотечения и составляютъ главный и опасный признакъ при фибромахъ матки, особенно *interstitial'*ныхъ.

Кромѣ того при фибромахъ *uteri* больныя очень часто жалуются на сильную болѣзненность въ послѣдней и не всегда соглашаются на примѣненіе внутриматочнаго лѣченія, каковое необходимо по способу *Apostoli*. Наконецъ дѣвственницамъ большею частію только и возможно наружное примѣненіе электричества, т. е. употребленіе индуктивнаго тока.

Долженъ еще упомянуть, что при электризаціи матки черезъ кожу, необходимо употреблять первичный токъ (экстра-токъ), такъ какъ послѣдній дѣйствуетъ сильнѣе на чувствительность и сократимость органовъ, расположенныхъ подъ кожей. Вторичный же токъ сильнѣе дѣйствуетъ на чувствительность кожи. Этотъ фактъ замѣченъ уже *Дюшеномъ* и описанъ въ *L'électrisation localisée* въ 1855 г.

29-го сентября при мнѣ была вторая большая операція, а по счету, съ открытія клиники въ настоящемъ году, 7-я *ovariotomia*. Небольшая киста помѣщалась съ лѣвой стороны. Начало операціи производилось такъ же, какъ описанное мною 26-го сентября. По введеніи большой губки въ верхній уголъ раны для удержанія кишекъ, профессоръ изслѣдовалъ рукою полость таза и нашелъ въ области лѣвой широкой связки кисту, величиною съ апель-

синъ, при чемъ яичникъ находился на периферіи кисты и былъ также кистовидно перерожденъ. Лигатура наложена сначала у основанія фаллопиевой трубы, т. е. проведена черезъ широкую связку подъ верхній маточный конецъ трубы и *ligamentum ovarii*, а другая — подъ брюшинный конецъ трубы, по другую сторону кисты, и третья въ основаніи широкой связки. Киста съ яичникомъ и частью трубы удалена была разрѣзомъ ножницами, поверхъ наложенныхъ лигатуръ. Оставшіяся трубныя культы были обшиты непрерывнымъ швомъ тонкой шелковой лигатурой, съ цѣлю уничтоженія всякой кровоточащей поверхности. Смотря по длинѣ обрѣзанной культы, профессоръ *Снегиревъ* дѣлаетъ отъ двухъ до четырехъ швовъ надъ раненой поверхностью, т. е. зашиваетъ ее черезъ край и затѣмъ концы тонкой лигатуры подводитъ подъ наложенную раньше на всю культю толстую лигатуру и наконецъ уже затягиваетъ концы надъ серединой сшитой культы. Такимъ образомъ свободная часть культы притягивается или фиксируется надъ тонкой лигатурой. Черезъ это уменьшается возможность соскальзыванія большой лигатуры съ культы и соблюдается крайняя чистота въ полости брюшины.

Исслѣдованіе праваго яичника показало, что отъ него идутъ нѣсколько перемычекъ или сращеній къ Дугласову пространству; сращенія эти были разрушены. Послѣ того на брюшную рану наложены швы. Затянувши два-три шва у верхняго угла раны, вынута была изъ брюшной полости фиксирующая кишки губка, которая оказалась почти сухая и только мѣстами запачкана кровью.

Брюшная рана была приподнята кверху за проведенныя черезъ ее края лигатуры, изъ которыхъ каждая, начиная сверху, была стянута и завязана. Этимъ приемомъ уничтожается возможность захватыванія ниже лежащихъ стѣнокъ кишекъ или салъника. Послѣ того между большими лигатурами наложены были еще мелкія швы. Животъ обмытъ растворомъ сулемы, обсушенъ гигроскопической стерилизованной ватой; на шитую поверхность насыпанъ іодоформъ и прикрытъ компрессъ изъ іодоформенной марли, а сверхъ нея наложенъ слой ваты, которая была прикрѣплена широкими поперечными полосками липкаго пластыря, и кругомъ живота, какъ описано раньше, наложенъ былъ кусокъ кисеи.

Дальнѣйшій уходъ за оперированной больной такой же, какъ указано выше. Такъ какъ больная не пришла еще въ себя послѣ хлороформированія, поэтому при ней оставленъ былъ одинъ изъ ординаторовъ, кураторъ и сидѣлка, которые не оставляютъ больную до тѣхъ поръ, пока она не очнется. Въ тѣхъ случаяхъ, когда пульсъ плохъ или дыханіе измѣнено, по словамъ ординатора, больную будятъ тотчасъ же послѣ операціи. При наклонности ко рвотѣ даютъ глотать ледъ. Если самочувствіе хорошо, температура нормальна, тогда больной даютъ небольшое количество бульона уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи.

Черезъ двое сутокъ назначаютъ слабительныя соли, чтобы очистить кишечникъ, а также и съ цѣлю убѣдиться, что въ расположеніи кишекъ нѣтъ измѣненія. До осьмага дня послабленіе поддерживается ежедневно и пища

до четвертаго дня дается жидкая (бульонъ и молоко), а затѣмъ діета прекращается и больная получаетъ все, чего пожелаетъ, но только въ ограниченномъ количествѣ.

Швы съ брюшной раны обыкновенно снимаются на 8-й день послѣ операціи.

30-го сентября произведено было удаленіе матки по способу Freund'a, видоизмѣненному Ridiger'омъ. Именно матка была сначала вырѣзана на половину per vaginam, а затѣмъ удалена совсѣмъ per laparotomiam.

По произведенному раньше операціи изслѣдованію, матка въ днѣ представлялась увеличенною въ объемѣ, бугристой, малоподвижной, особенно слѣва, гдѣ въ сводѣ прощупывалась также бугристая, довольно плотная опухоль, прилежащая къ тѣлу матки и неподвижная.

Полость матки расширена, увеличена въ длину, послѣ зондирования сильно кровоточить.

Больная послѣднее время имѣетъ частыя кровотечения, вслѣдствіе чего — общее малокровіе и землистый цвѣтъ лица. Пациенткѣ за сорокъ лѣтъ.

Діагнозъ былъ предположительный за сарцином'у дна и тѣла матки, съ метастазомъ въ лѣвой половинѣ тазовой полости.

Ходъ операціи: приготовивъ большую вышеописаннымъ образомъ, влагалище раскрыто Симоновскими зеркалами, матка за шейку захвачена Гегаровскими щипцами и спущена насколько возможна изъ половой щели. Полость матки проспринцована растворомъ сулемы и затампонирована узкими полосками іодоформной марли. Это сдѣлано съ цѣлью, чтобы предохранить брюшную полость отъ маточныхъ выдѣленій, могущихъ попасть во время предполагавшагося удаленія утергі черезъ брюшную рану.

Затампонировавъ матку и опредѣливъ мужскимъ катетеромъ нижнюю границу мочевого пузыря, профессоръ сдѣлалъ круговой разрѣзъ слизистой оболочки на влагалищной части и затѣмъ съ помощью пальца и ножа отсепаровалъ вверхъ отъ матки спереди и сзади слизистую оболочку влагалищнаго свода, до перехода брюшины, а съ боковъ до мѣста вхожденія въ матку arteriarum uterinarum. Послѣ того сдѣланъ разрѣзъ брюшины спереди матки и на верхній край сквозной раны, въ мѣстахъ болѣе кровоточивыхъ, наложено два матрацныхъ шва. Пальцемъ, введеннымъ въ рану, спереди матки, прощупана arteria uterina той и другой стороны и на обѣ наложены толстыя лигатуры, стянутыя очень крѣпко.

Далѣе сдѣланъ разрѣзъ брюшины въ заднемъ сводѣ и на нижній или задній край сквозной раны наложено три матрацныхъ шва. Послѣ того ближе къ маткѣ перерѣзаны ножницами обѣ перевязанныя маточныя артеріи. Перерѣзка артерій ближе маточной ткани и дальше отъ наложенныхъ лигатуръ дѣлается съ цѣлью оставить большую культю, съ которой не могла бы соскочить наложенная на артерію лигатура.

Матка вытянута дальше изъ половой щели и на боковыя части широкихъ связокъ наложены лигатуры до нижняго края ligamenti ovarii. Широкія связки отрѣзаны за лигатурами опять-таки ближе къ маточной ткани. По-

пытка вынуть матку черезъ влагалище оказалась невозможной, тогда тотчасъ же сдѣлана была лапаротомія. По изслѣдованію черезъ брюшную рану, оказалась киста въ лѣвомъ яичникѣ, величиною въ лимонъ. Она была фиксирована приращеніями къ задней и боковой поверхности тѣла матки. Кромѣ того въ днѣ матки найдено три плотныхъ субперитоніальныхъ бугра, каждый величиною, приблизительно, въ волоцкій орѣхъ. Правыйяичникъ не измѣненъ.

Одна шелковая толстая лигатура была наложена на маточный конецъ правой трубы, *ligamenti ovarii* и *rotundi*, другая на брюшной конецъ лѣвой фаллопиевой трубы и *arteriam spermaticam*, затѣмъ еще лигатура — на основаніе лѣвой широкой связки. Чтобы удалить матку *in toto* вмѣстѣ съ кистой изъ брюшной полости, сдѣланъ былъ разрѣзъ ножницами надъ лигатурами, справа ближе къ дну матки, а слѣва къ кистѣ яичника. Тазовая полость была очищена губками на корнцангахъ, концы лигатуръ захвачены Пеановскимъ пинцетомъ и выведены въ сквозную влагалищную рану, куда вслѣдъ затѣмъ, со стороны брюшной раны, проведенъ также въ пинцетѣ кусокъ іодоформенной марли, перехваченной во влагалищѣ двумя пальцами. Такимъ образомъ сквозная влагалищно-брюшинная рана и самое влагалище были затампонированы. Операция закончена шитіемъ брюшной раны и наложеніемъ повязки.

На вырѣзанной маткѣ, по изслѣдованію, бугры оказались фибромами. На слизистой оболочкѣ матки, около отверстія трубъ, папиллямотозныя разращенія. Какого свойства эти разращенія, безъ микроскопическаго изслѣдованія опредѣлить было нельзя.

Киста яичника серозная и дольчатая по задней периферіи.

2-го октября. Опять операция: *salpingo-oophorectomia duplex*, вслѣдствіе хроническаго воспаленія обѣихъ трубъ, кисты праваго яичника и кистознаго перерожденія лѣваго.

По вскрытіи живота, правая фаллопиева труба и киста праваго яичника, величиною также съ лимонъ, были удалены, послѣ наложенія лигатуръ въ трехъ мѣстахъ: у маточнаго конца трубы и *ligamenti ovarii*, у брюшиннаго конца трубы и на основаніе правой широкой связки. Лѣвая же труба и яичникъ удалены, послѣ наложенія двойной лигатуры черезъ средину лѣвой широкой связки; одной лигатурой перевязана труба у маточнаго конца, другой у брюшиннаго или бахромчатаго.

Операция сдѣлана очень быстро. Съ момента разрѣза покрова живота до наложенія послѣдняго шва прошло 18 минутъ.

Вообще лапаротомія профессоромъ *Снегиревымъ* дѣлается не долѣе двадцати минутъ; при осложненіяхъ же, по его словамъ, въ видѣ обширныхъ срощеній или приращеній сальника, кишекъ и т. п., полость брюшины чрезвычайно рѣдко оставалась открытою болѣе получаса.

3-го октября была произведена *ovariotomia*, по случаю кистознаго перерожденія праваго яичника и пароваріальной кисты, величиною въ апельсинъ, и дермоидной (съ волосами и косточками) гнойной кисты лѣваго яичника ве-

личною въ кулакъ. Послѣдняя киста была приращена ко дну Дугласова пространства и къ передней поверхности прямой кишки.

Сращенія разрушены рукой почти безъ всякаго кровоточенія.

Въ виду бывшихъ сращеній оставленъ дренажъ, фиксированный въ нижнемъ углу брюшной раны.

Дренажъ профессоромъ *Снегиревымъ* оставляется во всѣхъ случаяхъ, гдѣ можно опасаться послѣдовательныхъ кровоизліяній. Напримѣръ, какъ въ данномъ случаѣ, послѣ бывшихъ обширныхъ приращеній обыкновенныхъ кистъ, во всѣхъ случаяхъ удаленія части или всего перерожденнаго салъника, коллоидной инфекціи всей брюшины, послѣ удаленія кистъ съ разложившимся гнойнымъ содержимымъ, внѣматочной беременности, по удаленіи фибромъ и злокачественныхъ опухолей.

4-го октября — ovariectomy, вслѣдствіе предполагавшейся кисты лѣваго яичника. По вскрытіи живота оказалась haematocele retro-uterina, образовавшаяся послѣ разрыва лѣвой трубы, вслѣдствіе бывшей внѣматочной беременности.

Верхнюю стѣнку кровяной опухоли составлялъ приросшій салъникъ. Во время изслѣдованія рукой брюшной полости, опухоль разорвалась. Выведено было очень много кровяныхъ сгустковъ съ небольшимъ запахомъ.

Труба удалена послѣ перевязки въ корнѣ и у бахромчатаго конца, кромѣ того наложены лигатуры въ трехъ мѣстахъ у основанія широкой связки.

Чтобы отграничить полость кровяной опухоли, часть лѣвой широкой связки сшита съ мѣстомъ прикрѣпленія салъника съ правой стороны. Послѣ того черезъ задній сводъ влагалища, посредствомъ толстаго троакара, въ образовавшуюся полость проведенъ сквозной дренажъ, одинъ конецъ котораго выходитъ изъ нижняго конца брюшной раны, а другой изъ влагалища.

6-го октября было двѣ большихъ операціи:

1) Ovariectomy duplex у 23-хъ-лѣтней дѣвочки. Предполагалось удалить только многокамерную кисту праваго яичника, которая была діагностирована до операціи, но во время оной и лѣвый яичникъ найденъ кистовидно-перерожденнымъ, а потому и былъ также удаленъ. Киста праваго яичника, верхняя граница которой прищупывалась на два пальца выше пупка, проколота троакаромъ и, по выпущеніи большаго количества соломенно-желтой прозрачной жидкости, была выведена наружу черезъ брюшную рану Нелятоновскими щипцами. Ножка, шириною въ три пальца, перевязана съ двухъ сторонъ проведенной черезъ ея средину двойной лигатурой. Затѣмъ раненная поверхность культи обшита непрерывнымъ швомъ. Операція продолжалась всего 12 минутъ и была почти безкровна.

2) Ovariectomy у 37-ми-лѣтней пациентки. Киста огромныхъ размѣровъ и кромѣ того въ полости живота констатируется присутствіе водяночной жидкости. Больная дышетъ съ трудомъ, пульсъ частъ и слабъ.

Въ виду такого состоянія больной, рѣшено сдѣлать операцію почти безъ хлороформа, но съ впрыскиваніемъ въ окружность предполагаемаго разрѣза 1-го грана кокаина.

Хлороформировать рѣшено, по мѣрѣ опорожненія кисты, улучшенія дыханія и пульса больной.

Минуть черезъ семь послѣ впрыскиванія кокаина, животъ вскрытъ, выпущено порядочное количество водяночной соломенно-желтой, смѣшанной съ коллоидными массами жидкости. Затѣмъ сдѣланъ разрѣзъ кисты, изъ полости которой вытекло огромное количество бѣлковой, синевато-бѣлой, прозрачной жидкости. На задней нижней поверхности вытащенной наружу опороженной кисты оказались меньшія кисты съ коллоиднымъ содержимымъ. Нѣкоторыя изъ нихъ были разорваны и вслѣдствіе этого брюшина и сальникъ инфильтрированы коллоидными массами. Сальникъ кромѣ того приращенъ къ кистѣ.

По отдѣленіи приросшаго сальника, ножка кисты была перевязана въ поперечномъ направленіи тремя лигатурами; раненая поверхность культи обшита непрерывнымъ швомъ (тонкимъ шелкомъ) и затѣмъ вся брюшная полость тщательно промыта теплымъ (въ 32° R.) солянымъ растворомъ (6:1000). Операция окончена дренажемъ въ полость брюшины.

7-го октября я уѣхалъ въ Петербургъ.

И такъ, въ теченіе двухъ недѣль, въ Москвѣ я видѣлъ 8 большихъ гинекологическихъ операций, — всѣ съ благопріятнымъ исходомъ. Ни одна изъ оперированныхъ при мнѣ почти ни разу не имѣла повышенія температуры.

Свѣдѣнія о послѣднихъ оперированныхъ я получилъ уже въ Петербургѣ отъ доктора *Боброва*. Оказывается, что всѣ онѣ выздоравливаютъ, а та больная, которой была сдѣлана 30-го сентября операция *Ridiger'a*, выздоровѣла и уже выписалась.

Благодаря любезности доктора *Боброва*, я получилъ слѣдующія данныя относительно большихъ операций, произведенныхъ въ новой клиникѣ со времени ея открытія.

1) *Ovariotomy*, вслѣдствіе кистомъ яичниковъ, было сдѣлано 34. Одностороннихъ 17 и двустороннихъ тоже 17.

Приращенія къ кишкамъ и сальнику были въ 11 случаяхъ. Въ трехъ случаяхъ были кисты съ разложившимся гнойнымъ содержимымъ. Дренажированіе брюшной полости во всѣхъ этихъ 14 случаяхъ.

Изъ 34 оперированныхъ выздоровѣло 32, умерло 2; т. е. процентъ смертности равенъ 5,8%.

2) *Ovariotomy*, по случаю кистомъ яичника съ коллоидной инфекціей всей брюшины, было 8. Всѣ операции съ отнятіемъ сальника и во всѣхъ 8 случаяхъ былъ примѣненъ дренажъ.

Послѣ операций выздоровѣло 6, умерло 2, слѣдовательно, процентъ смертности — 25%.

3) *Laparocystotomy*, по причинѣ интралигаментозныхъ кистъ, — 4, всѣ съ дренажемъ. Оперированныя всѣ выздоровѣли.

4) *Salpingo-oophorectomy* было 11, одностороннихъ 3, двустороннихъ 8. Дренажъ примѣненъ въ 8 случаяхъ. Всѣ оперированныя выздоровѣли.

5) *Laparotom'ii* — 1, по случаю интралигаментозной злокачественной опухоли. Также былъ примѣненъ дренажъ. Оперированная умерла.

6) *Laparomiotom'ii* было 14. Выздоровѣло 12, умерло 2. Всѣ операциі съ дренажемъ. Процентъ смертности при міотоміи, слѣдовательно, равенъ 14, 3°/о.

7) *Laparokelyphoectom'ii* — 6. Изъ нихъ одинъ случай смертности, т. е. процентъ смертности = 16,5°/о. Во всѣхъ случаяхъ лапаротоміи при вѣматочной беременности примѣненъ дренажъ.

Кромѣ того одинъ разъ была произведена *операція Ridiger'a* (видоизмѣненная *Freund'a*), вслѣдствіе фибромиомы и канцера матки, о которой я уже выше упоминалъ. Оперированная выздоровѣла.

Затѣмъ было въ *двухъ случаяхъ удаление почки per laparotomiam* (вслѣдствіе *pyonephrosis et hydronephrosis*). Обѣ оперированныя выздоровѣли.

Такимъ образомъ въ новой гинекологической московской клиникѣ, со дня открытія, въ теченіе десяти мѣсяцевъ было произведено чревосѣченій въ 81 *случаѣ*. Изъ оперированныхъ 8 умерло или процентъ смертности = 9,8°/о.

Кромѣ лапаротомій, въ теченіе указанного времени, сдѣлано еще 8 *экстирпацій матки, по причинѣ раковаго ея пораженія*. Умерла только одна больная, или процентъ смертности — 12,5°/о.

Если прослѣдить по рубрикамъ процентъ смертности, то окажется наивысшій при удаленіи кистъ съ коллоиднымъ содержимымъ и коллоидной инфильтраціей всей брюшины (25°/о), затѣмъ при міотоміяхъ (14°/о); наименьшій же °/о смертности при сальпингоофоректоміи, при удаленіи интралигаментозныхъ кистъ и при удаленіи почки (0°/о).

Изъ малыхъ операций, видѣнныхъ мною въ тотъ же двухнедѣльный промежутокъ времени, крайне заинтересовало меня выскабливаніе матки съ послѣдующимъ введеніемъ пара въ ея полость какъ для остановки крови, такъ и съ цѣлью дезинфекціи.

Операция эта производится такъ: въ полость матки, послѣ выскабливанія, вводится окончатый, полый внутри, Лялемановскій зондъ, а въ него открытый съ обѣихъ сторонъ металлическій катетеръ, одинъ конецъ котораго соединяется короткой резиновой трубкой съ обыкновеннымъ паровымъ пульверизаторомъ.

Продолжительность введенія пара самая большая минута съ четвертью. Въ данномъ случаѣ красноватая въ началѣ жидкость, вытекающая изъ наружнаго конца Лялемановскаго зонда, уже черезъ 75 секундъ получила цвѣтъ и запахъ, характерный для бульона. Зондъ немедленно былъ вынутъ, и влагище затампонировано іодоформенной марлей. Больная безъ наркоза осталась спокойна и не чувствовала почти никакой боли.

Тамъ же я видѣлъ примѣненіе стекляннаго аппарата для постоянного орошенія. Подробное его описаніе можно найти въ книгѣ профессора *Снеирева*: «Маточныя кровотеченія». Кромѣ орошенія аппаратъ этотъ въ то же время высасываетъ содержимое изъ полости матки и тѣмъ способствуетъ бы-

строму удаленію остающихся частицъ плодныхъ оболочекъ и гнилостныхъ отдѣленій въ послѣродовомъ гангренозномъ эндометритѣ.

Въ заключеніе считаю долгомъ выразить глубокую благодарность многоуважаемому профессору *В. Ф. Снегиреву* за данную мнѣ возможность въ короткое время видѣть столько большихъ операцій и близко ознакомиться почти со всѣмъ внутреннимъ строемъ его клиники.

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