

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.

(Изъ путевыхъ и личныхъ наблюденій)

Д-ра медицины В. Купидонова (Казань).

II.

Петербургъ. Во время моего пребыванія въ Петербургѣ, почти въ теченіе мѣсяца, я видѣлъ до 7 большихъ и 8 малыхъ гинекологическихкихъ операций и, кромѣ того, раза два электризацію міомъ матки по способу *Apostoli*.

Изъ большихъ операций двѣ—въ гинекологической клиникѣ Военно-медицинской академіи у многоуважаемаго проф. *К. Ф. Славянскаго*. Первая, 11 октября, была *Laparocystoectomy sinistra cum hysteropexia abdominalis anterior*. По удаленіи кисты, она оказалась въ широкой связкѣ развившейся изъ примордіально-почечной части Вольфова тѣла, остатки которой можно видѣть, какъ указываетъ *Waldeger* (*Berstock und Vi*) между придаткомъ яичника (половой частью Вольфова тѣла) и маткой. Проф. *Славянский* называлъ эту кисту *cysto-ovaorhagon*. Отъ *ovaovarial*ной кисты она отличается тѣмъ, что положеніе ея всегда бываетъ между яичникомъ и маткой. Ножки она не имѣла, какъ это въ большинствѣ случаевъ и бываетъ у подобныхъ кистъ, съ яичникомъ тѣсно соединяется, поэтому въ данномъ случаѣ былъ удаленъ и лѣвый яичникъ. Величина кисты равнялась приблизительно куриному яйцу, по верхней периферіи ея, тѣсно прилегая къ ней, помѣщалась часть вытянутой въ длину фаллопиевой трубы, которая была также удалена. Такимъ образомъ одна лигатура была положена на маточный конецъ лѣвой трубы и *ligamentum ovarii*, вторая около фимбриальнаго конца и третья на основаніе широкой связки. Яичникъ на опухоли представляется въ видѣ небольшого придатка.

Матка, сильно перегнутая назадъ, выправлена и захвачена двумя нижними лигатурами брюшной раны за переднюю ея поверхность, нѣсколько отступя книзу отъ верхней границы маточнаго дна.

Вторая операція, 14 октября, *Hysteropexia abdominalis anterior s. ventrofixatio uteri. Retroflexio uteri* существовала у больной въ течение нѣсколькихъ лѣтъ и не поддавалась никакому лѣченію.

Матка была пришита къ брюшинной поверхности передней брюшной стѣнки такъ же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Операціи интересны были для меня въ томъ отношеніи, что обѣ произведены при *высокотазовомъ положеніи* оперируемой.

Къ обыкновенному операціонному столу прикрѣпляется, посредствомъ зажимовъ, деревянная рамка, длиною около двухъ аршинъ и шириною въ $\frac{3}{4}$ аршина. На этой рамкѣ укрѣплена горизонтальная доска, состоящая изъ трехъ частей. Одна часть, для головы и плечъ, длиною въ три четверти, прикрѣпляется къ рамкѣ неподвижно, другая большая часть, въ $1\frac{1}{4}$ ар. длины, для туловища и бедеръ, соединена съ первою посредствомъ шарнировъ и третья для голени, около $\frac{3}{4}$ ар. длины, также шарнирами соединяется со второй доской.

Посредствомъ подставокъ, упирающихся въ рамку, доска для туловища можетъ быть поднята, приблизительно, на высоту $\frac{3}{4}$ подъ угломъ 45° и болѣе.

Такимъ образомъ голова и плечи оперируемой покоятся на горизонтальной части стола, туловища и бедра на приподнятой, голени на висящей внизъ третьей части.

Высоко-тазовое положеніе по тому, что я видѣлъ, имѣетъ большое преимущество, сравнительно съ горизонтальнымъ. Оно очень удобно для присутствующихъ зрителей и для самого оператора.

Для первыхъ прекрасно видно производство операціи, особенно съ головного конца стола. Удобство очень важное въ клиникахъ въ демонстративномъ отношеніи. Для оператора при такомъ положеніи, вслѣдствіе опусканія кишекъ внизъ на грудобрюшную преграду, всѣ части тазовой полости отлично видны, и, слѣдовательно, можетъ быть усмотрѣно всякое измѣненіе въ тазовыхъ органахъ.

Выхожденіе кишекъ изъ брюшной раны, особенно при наркозахъ, при такомъ положеніи почти невозможно и самое ихъ удерживаніе большой губкой или компрессами изъ стерилизованной марли значительно облегчается. Оперируемыхъ, въ смыслѣ свободнаго дыханія, это положеніе, повидимому, нисколько не стѣсняетъ.

Высоко-тазовое положеніе при лапаротоміяхъ, предложенное *Trendelenburg*'омъ, за послѣднее время особенно практикуется проф. *Leopold*'омъ въ Дрезденѣ, какъ это видно изъ его сообщенія въ *Centralblatt für Gynäkologie* 1890 г. № 42. *Über Beckenhochlagerung bei Laparotomien.*

Быстроты въ производствѣ операціи проф. *Славянской* особенно не преслѣдуетъ и числомъ присутствующихъ мало стѣсняется. Понятно, для при-

сутствующих поставлено въ обязательство не приходить на операцию въ тѣхъ платьяхъ, въ которыхъ они бывають при вскрытіяхъ въ патолого-анатомическихъ кабинетахъ или у заразныхъ больныхъ. Строго соблюдается, чтобы въ оперативную комнату входили въ чистыхъ халатахъ и съ тщательно вымытыми руками.

Асептика инструментовъ, губокъ, шелка или кетгута преслѣдуется очень строго. Инструменты и губки, тщательно обмытые, стерилизуются въ металлическомъ шкафу, посредствомъ нагрѣтаго до $120-130^{\circ}$ Р. воздуха и остаются въ этомъ аппаратѣ до начала операци. Передъ самой операцией инструменты и губки прямо кладутся въ горячую стерилизованную воду.

Шедкъ, дезинфицированный въ іодоформѣ, получается уже готовый отъ *Мартенса*. Кетгутъ кладутъ сначала въ сулему (1 : 1000) на 2—3 часа, затѣмъ въ ol. juniperi eligno на сутки и наконецъ сохраняють въ абсолютномъ алкогольѣ. Губки обмываются сначала въ водѣ, потомъ въ растворѣ сулемы и послѣ того уже стерилизуются въ упомянутомъ выше аппаратѣ, въ стеклянныхъ банкахъ, предварительно обмытыхъ щетками съ мыломъ и растворомъ сулемы.

Процентъ смертности при большихъ операцияхъ въ настоящее время значительно уменьшился, благодаря введенію строгой асептики, а также и устройству отдѣльной для лапаротоміи оперативной комнаты, которая построена къ главному корпусу, на подобіе павильона у фотографовъ. Подобная оперативная очень удобна по освѣщенію. Свѣтъ получается сверху и съ боковъ.

Изъ малыхъ операций въ клиникѣ проф. *Славянскаго* мнѣ удалось видѣть 3 раза amputationem colli uteri, въ одномъ случаѣ при хроническомъ воспаленіи матки, въ двухъ—при cervicitis chronica cum erosionibus съ двухстороннимъ боковымъ разрывомъ влагалищной части матки. Во всѣхъ трехъ случаяхъ ампутація была сдѣлана по способу *Simon'a*, т. е. посредствомъ конической эксцизии, а боковые разрывы освѣжены и шиты по способу *Emmet'a*.

Затѣмъ одинъ разъ видѣлъ perioneoplastic'y во способу *Lawson-Tait'a*, по случаю дефекта perineі. Операциа эта удобна въ смыслѣ быстроты и сбереженія тканей. Состоитъ она въ искусственномъ расщепленіи влагалищной стѣнки отъ прямой кишки, посредствомъ поперечнаго и двухъ вертикальныхъ боковыхъ разрѣзовъ, въ видѣ буквы H, послѣ чего верхній и нижній лоскуты расправляются и полученные боковые края раны соединяются поперечнымъ швомъ.

Далѣе, видѣлъ colproperineographiam (при prolapsus uteri et vaginae) по способу *Simon'a* и *Hegar'a*, т. е., съ вырѣзываніемъ изъ задней стѣнки влагалища треугольнаго лоскута, вершина котораго лежитъ недалеко отъ шейки матки, а основаніе—въ видѣ полукруга—по нижнему краю половой щели. Такимъ образомъ, кромѣ стягиванія всей тканевой массы тазоваго дна по направленію къ срединной линіи, удлиняется и perineum; черезъ это значительно суживается влагалищная полость и наружное ея отверстіе, и увеличивается точка опоры для тазовыхъ органовъ.

При внутри-влагалищныхъ операціяхъ проф. *Славянскій* преимущественно употребляетъ для швовъ кетгутъ. При упомянутой обработкѣ послѣдняго (способъ *Küster'a* ¹⁾), нечего опасаться быстрого его всасыванія, а, слѣдовательно, и расхожденія сшитой поверхности. Между тѣмъ швы изъ кетгута можно и совсѣмъ не снимать, что бываетъ особенно затруднительно при получающейся суженной полости влагалища.

Въ одномъ случаѣ была сдѣлана *Episioclesis*. У больной была громадная фистула *vesico-vaginalis*, рубцевые края этой фистулы остры и очень напряжены, стянуть ихъ нѣтъ никакой возможности. Остатокъ мочеиспускательнаго канала у внутренняго конца зарощенъ. Тогда профессоръ сняла проткнулъ троакаромъ внутреннее отверстіе и оставилъ въ просвѣтѣ канала дренажную трубку на нѣсколько дней. Когда края вновь продѣланнаго отверстия хорошо зарубцевались, черезъ 21 день, сдѣлано было закрытіе половой щели. Круговое освѣженіе было въ области малыхъ губъ и на нижней стѣнкѣ *uretr'y*. Швы наложены кетгутромъ и для крѣпости еще нѣсколько швовъ серебряной проволокой. Въ *uretr'y* вставленъ катетеръ *a demeure*.

Всѣ большія операціи, видѣнныя мною окончились благопріятнымъ исходомъ.

Примѣненіе электричества къ лѣченію фиброміомъ матки по методу *Apostoli* было уже мною указано при описаніи московской клиники.

Д-ръ *Массенъ*, написавшій подъ руководствомъ *К. Ф. Славянскаго* диссертацию подъ заглавіемъ: «Способъ *Apostoli*. Краткій очеркъ его исторіи, теоріи и практики и личная клиническая провѣрка», приходитъ къ очень скромнымъ результатамъ. По его мнѣнію, при лѣченіи постояннымъ токомъ фиброміомъ матки получается, главнымъ образомъ, устраненіе симптомо-комплекса, всего или отчасти. Размыты новообразованія остаются во время лѣченія по способу *Apostoli* въ одномъ положеніи или лишь нѣсколько уменьшаются.

Въ клиникѣ интересны еще опыты д-ра *Заболотскаго*, подъ руководствомъ же проф. *Славянскаго*, надъ лѣченіемъ *hydro- et ruosalpingit'ovъ* методическимъ расширеніемъ полости матки ламинаріями. Въ мое пребываніе я видѣлъ трехъ больныхъ, у которыхъ расширеніе матки дало блистательные результаты.

Фаллопиевы трубы, прощупывающіяся въ видѣ довольно болѣзненныхъ продолговатыхъ опухолей по бокамъ матки, съ одной или съ обѣихъ сторонъ, съ упругими стѣнками — при *hydro-* и утолщенными, неподатливыми при *ruosalpingit'axъ*, послѣ расширенія маточной полости, вдругъ опорожняются, и опухоль совершенно исчезаетъ, и всякое болѣзненное ощущеніе у больныхъ проходитъ.

У нѣкоторыхъ это расширеніе усиливаетъ воспалительныя явленія, особенно послѣ повторныхъ расширеній, но при покойномъ положеніи, ледъ на животъ или согрѣвающие компрессы и ошіяные препараты скоро уничтожаютъ

¹⁾ Verh. d. Deutsch. gesel. f. Chirurg. 1884, 13.

обостренія. Больныя поправляются и могутъ выносить дальнѣйшія расширенія.

Число такихъ больныхъ еще незначительно, но результаты ободряющіе, которые доказываютъ, что при hydro- и pyosalpingit'ахъ прежде, чѣмъ приступить къ laparosalpingotomi'и, нужно попробовать лѣченіе расширеніями полости матки.

Не смотря на довольно сильное механическое раздраженіе, вызываемое ламинаріями при ихъ разбуханіи, это раздраженіе неопасно, если только расширеніе производится вполне асептично. Съ этой цѣлью докторъ *Заболотскій* стерилизуетъ ламинаріи въ аппаратѣ съ нагрѣтымъ воздухомъ, доводя t° до 120° С. Правда нѣкоторыя палочки отъ такой t° нѣсколько обугливаются, но это не вліяетъ на ихъ способность къ разбуханію.

Передъ введеніемъ палочки полость матки тщательно промывается 3% растворомъ креолина черезъ зондъ *Fritsch'a*, а затѣмъ, по введеніи ламинарія, полость влагалища тампонируется ватой, смоченной въ іодоформенномъ глицеринѣ. Ламинарія оставляется до сутокъ и нѣсколько дольше, смотря по выносливости и реакціи больной на раздраженіе. Д-ръ *Заболотскій* замѣтилъ, что свыше 40 часовъ оставлять ламинарію нельзя, потому что является вонючее отдѣленіе изъ влагалища.

Мои наблюденія при расширеніи полости матки ламинаріями или губками, но только съ иными цѣлями (для діагноза, для лучшаго сокращенія плохо инволютированной матки, для уничтоженія суженія внутренняго или наружнаго устья, перегибовъ матки и сопутствующаго безплодія и т. д.) вполне согласуются съ указанными наблюденіями.

Если послѣ однократнаго введенія ламинарій раздражительныхъ явленій нѣтъ, тогда д-ръ *Заболотскій*, проспирцовавъ полость матки креолиновымъ растворомъ, немедленно вводитъ болѣе толстую ламинарію или двѣ сразу. Опорожненіе трубъ является иногда послѣ двухъ или трехъ-кратнаго расширенія. Въ особенныя подробности я здѣсь не вхожу, потому что эти опыты послужатъ предметомъ диссертациі д-ра *Заболотскаго* и, слѣдовательно, будутъ выяснены имъ самимъ впоследствии.

Кромѣ госпитальной клиникъ профессора *Славянскаго*, я посѣщалъ еще клинической институтъ великой княгини Елены Павловны и видѣлъ тамъ у уважаемаго проф. Дмитрія Оскаровича *Отта* до 5-ти большихъ гинекологическихкихъ операцій и до 3-хъ малыхъ и одинъ разъ электризацію міомъ матки по способу *Apostoli*.

Изъ большихъ—видѣлъ одну Laparokelyphoectomi'ю, одну ovariotomi'ю partialis, Laparomiotomi'ю и 2 extirpati'i uteri totalesper vaginam.

Laparokelyphoectomia произведена по случаю вѣматочной беременности въ лѣвой трубѣ и въ толщѣ широкой связки. Плодовый мѣшокъ былъ завороченъ кзади и срощенъ съ дномъ матки и сальникомъ. Эта операція была произведена также при высоко-тазовомъ положеніи оперируемой и въ этомъ случаѣ всего яснѣе выразилась выгода такого положенія. Всѣ измѣненія въ тазовой полости были видны до мельчайшихъ подробностей.

Плодовый мѣшокъ оказался разорваннымъ спереди. Судя по свѣжести кровяныхъ сгустковъ, находившихся главнымъ образомъ въ *excavatione vesico uterina*, разрывъ, вѣроятно, произошелъ не задолго до операціи. Вся масса сгустковъ была удалена руками, затѣмъ; перевязавъ сальникъ и лѣвую трубу у фимбріальнаго и маточнаго конца, а также положивъ нѣсколько лигатуръ въ основаніи лѣвой широкой связки, весь плодовой мѣшокъ съ остатками содержимаго былъ удаленъ. Послѣ того вся полость малаго таза, особенно въ мѣстѣ нахождения кровяныхъ сгустковъ, была очищена, вставленъ дренажъ, укрѣпленный въ нижнемъ углу брюшной раны, и послѣдняя зашита.

Случай этотъ замѣчательнъ тѣмъ, что наканунѣ операціи для діагноза было сдѣлано осторожное однократное выскабливаніе полости матки, и удаленная частичка слизистой оболочки рассмотрѣна подъ микроскопомъ. Въ препаратахъ ясное присутствіе большихъ, кругловатыхъ, веретенообразныхъ клѣтокъ—децидуальныхъ, на основаніи чего твердо установлено распознаваніе внѣматочной беременности. У больной слишкомъ два мѣсяца не было регулъ, и она жаловалась на присутствіе въ лѣвомъ паху болѣзненной опухоли.

Слѣдующая операція—*Ovariectomy partialis* сдѣлана (30 октября 1890 г.) по случаю кисты лѣваго яичника съ обширными приращеніями. Распознаваніе этого страданія было очень затруднительно. Первоначальный діагнозъ былъ за нагноившуюся заматочную кровяную опухоль, но пробные проколы шприцами *Праваца* указали на содержимое кисты.

По вскрытіи живота найдены обширныя сращенія кисты съ Дугласовымъ пространствомъ, поэтому, выпустивъ изъ нея разрѣзомъ жидкость, смѣшанную въ глубинѣ съ гноемъ, кистой мѣшокъ шить въ брюшную рану. Черезъ оставшееся отверстіе мѣшка проведенъ длинный корнцангъ, которымъ и былъ прорванъ нижній конецъ мѣшка и задній сводъ влагалища, при одновременномъ противудавленіи помощника со стороны вагины. Этимъ же корнцангомъ захвачена дренажная трубка, верхній конецъ которой выведенъ изъ наружнаго отверстія кисты. Оба конца дренажной трубки связаны между собою снаружи.

Третья большая операція *laparomyotomy* сдѣлана 6-го ноября при фиброміомѣ *uteri*. Величина опухоли вмѣстѣ съ маткой больше, чѣмъ въ два кулака взрослому человѣку. По выведеніи опухоли изъ брюшной раны, наложены лигатуры на основаніе широкихъ связокъ, начиная за фимбріальнымъ концомъ трубъ и съ обѣихъ сторонъ около послѣдняго со стороны матки.

По двѣ лигатуры сверху и снизу наложено и на круглыя маточныя связки. Трубы и *ligam. rotund.* перерѣзаны между лигатурами, а верхняя часть широкой связки надъ лигатурами, затѣмъ приподнята опухоль кверху, и на шейку матки наложена эластическая трубка. Дальнѣйшее производство операціи представляетъ уже видоизмѣненіе, принадлежащее проф. Отту, способа, описаннаго въ учебникахъ.

Опасность, съ которой сопряжена *miotomia*, заключается въ открытіи полости матки. По изслѣдованіямъ *Winter'a*, ассистента проф. *Olshausen'a*, въ здоровой маточной полости микроорганизмовъ не существуетъ, но въ по-

лости шейки въ половинѣ случаевъ находится. Поэтому, чтобы предохранить брюшину отъ попаданія микроорганизмовъ, могущихъ вызвать инфекцію, проф. *Оттъ* произвелъ предварительно, передъ вскрытіемъ полости живота, абразію полости всей матки и, кромѣ того, прижиганіе полости шейки тонкимъ термокаутеромъ Пакелена.

Послѣ наложенія эластическаго жгута на шейку матки, послѣдняя вмѣстѣ съ опухолью была вырѣзана клинообразно надъ жгутомъ, причеиъ передній и задній разрѣзы *perimetrii* сдѣланъ, приблизительно, на разстояніи 4 сантиметровъ вверху отъ жгута. Слизистая оболочка шейки въ глубинѣ культи вырѣзана въ видѣ воронки или конуса съ частью маточной ткани и каналъ шейки сверху внизъ снова прижженъ термокаутеромъ. Послѣ того подъ жгутомъ *en masse* наложена толстая лигатура на культи, которая, по снятіи жгута, выше этой лигатуры была перевязана на 4 части. Первые двѣ лигатуры проведены справа налѣво черезъ всю толщу передней и задней стѣнки маточной культи и затянута, а другія двѣ—спереди назадъ черезъ толщу боковыхъ стѣнокъ, оставшихся вмѣ первыхъ двухъ лигатуръ. Послѣ того обѣ поверхности клиновидной раны культи и края разрѣзанной брюшины тщательно сшиты спереди назадъ тонкими швами и лигатура, наложенная *en masse*, снята.

Такимъ образомъ, еслибы часть слизистой оболочки шейки осталась неразрушенной, выдѣленія ея могутъ имѣть свободный доступъ во влагалище. Тогда какъ при обыкновенномъ общепринятомъ способѣ, безъ снятия лигатуры *en masse*, каналъ шейки остается перетянутымъ и въ верхнемъ его отдѣлѣ присутствіе секрета и микроорганизмовъ могутъ обусловить инфекцію *peritonei*.

Extirpationem uteri totalem per vaginam при ракъ шейки, проф. *Омттъ* начинаетъ обыкновенно выскабливаніемъ всей пораженной поверхности; черезъ это и кровотеченіе и меньше операція чище. Отдѣленія шейки матки отъ влагалищныхъ сводовъ такое же (способъ *Schröder'a*), какое уже описано мною при *Rydygier'*овской операціи, бывшей въ московской клиникѣ.

Далѣе, для перевязки *en masse* трубъ и круглыхъ связокъ, матка спущена (по способу *Otshausen'a*) за шейку сначала вправо и внизъ, для отдѣленія ея съ лѣвой стороны, а затѣмъ, при висячемъ положеніи матки изъ половой щели, перевязаны и отдѣлены придатки съ правой стороны. Операція произведена при постоянномъ орошеніи растворомъ сулемы (1 : 7000). По удаленіи матки и очищеніи сквознаго отверстія ватными тампонами, послѣднее и полость влагалища затампонированы іодоформенной марлей.

Послѣ экстирпаціи матки, швы обыкновенно снимаются черезъ двѣ недѣли. Изъ малыхъ операцій у проф. *Омтты* я видѣлъ *colpovraphiam posteriorem*, по способу *Simon'a* и *Hegar'a*, нѣсколько разъ выскабливаніе полости матки и одинъ разъ *perineovraphiam*. При *colpovraphi'i posteriori* освѣженная поверхность была сшита сначала этажнымъ, затѣмъ глубокими и поверхностными швами.

Проф. *Омттъ* всѣ швы предпочитаетъ накладывать шелкомъ. Въ случаѣ

значительнаго суженія полости вагины, чтобы не разорвать впоследствии во время снятія швовъ склеенныя поверхности, профессоръ завязываетъ влагалищныя швы надъ платиновой проволокой, свободная часть которой сверху сгибается въ видѣ петли. Оба конца этой проволоки, выведенные изъ половой щели наружу, закручиваются въ колечко, чтобы предохранить кожу отъ наколовъ. Когда нужно снимать швы, расправленные концы проволоки натягиваются, чтобы приблизиться къ швамъ и соединяются съ ручкой гальвано-каустическаго аппарата. Раскаленная платиновая проволока моментально пережигаетъ шелковыя петли, которыя послѣ того легко вынимаются за концы лигатуръ, оставленныхъ отъ каждаго узла.

Оперированная при этомъ получаетъ только линейный ожогъ на стѣнкѣ влагалища и не ощущаетъ почти никакой боли; почему снятіе швовъ — операція зачастую очень кропотливая и болѣзненная — производится, съ помощью этого приспособленія, безъ всякаго насилія.

Послѣ другой малой операціи — абразіи *uteri*, какъ проф. *Славянский*, такъ и проф. *Оттъ*, каждый разъ впрыскиваютъ посредствомъ Брауновскаго шприца тинктуру іода, считая ее за хорошее кровоостанавливающее и дезинфицирующее средство.

Peritoneovraphia (при полномъ разрывѣ промежности) сдѣлана по обыкновенному *Simon-Hegar*'овскому способу, т. е. освѣженіе въ видѣ бабочки и шиваніе раненой поверхности сначала со стороны влагалища; дальнѣйшее же шиваніе со стороны прямой кишки и соединеніе боковымъ окровавленными поверхностями произведено по способу проф. *Отта*. Чтобы изолировать швы отъ вреднаго вліянія содержимаго прямой кишки, онъ наложилъ ихъ не со стороны полости гесті, а нѣсколько отступя кверху отъ нижняго края окровавленныхъ поверхностей. Этотъ рядъ швовъ, захвативъ ткани въ видѣ неглубокой узкой полоски, составилъ первый этажъ и крѣпко сомкнулъ края освѣженія со стороны кишки. Надъ нимъ также наложенъ второй рядъ швовъ, которымъ сближены боковыя окровавленныя поверхности и, наконецъ, въ данномъ случаѣ, поверхностнымъ третьимъ рядомъ швовъ образована новая промежность.

Шовъ узловатый, въ глубинѣ изъ тонкаго, а поверхностный изъ болѣе толстаго шелка.

По словамъ профессора, онъ потому предпочитаетъ тонкій шелкъ кетгуту, что послѣдній легко всасывается и вслѣдствіе этого непродолжительно удерживаетъ соединенныя поверхности. Между тѣмъ хорошо стерилизованный шелкъ не производитъ никакого раздраженія и безъ всякаго вреда можетъ навсегда остаться въ глубинѣ ткани. Благодаря этажнымъ швамъ, поверхностный можно снимать уже черезъ три, четыре дня, а черезъ это удаляется возможность къ развитію нагноенія по шву.

Съ цѣлью предохранить оперированную отъ частаго раздвиганія половыхъ частей для опорожненія мочевого пузыря и чтобы избѣжать смѣщенія органовъ отъ наполненія послѣдняго, вставленъ былъ катетеръ *a demeure*. Послѣ того больная со связанными ногами перенесена въ постель.

Оперированныя, послѣ видѣнныхъ мною большихъ операций, всё поправились.

Что касается до способа стерилизаціи инструмента и шелка, то онъ такой же какъ и въ московской клиникѣ. Во время операціи инструменты лежать въ 2¹/₂% растворѣ карболовой кислоты. Кетгутъ и губки совѣмъ почти не употребляются, а вмѣсто послѣднихъ, для удержанія кишекъ при вскрытіи брюшной полости пользуются выжатыми компрессами изъ стерилизованной марли, которые лежатъ наготовѣ въ тепломъ растворѣ сулемы (1:7000). Въ такомъ же растворѣ смачивается гигроскопическая вата; изъ нея заранѣе приготавливаются отжатые продолговатые комочки, которыми снимается кровь съ ранъ и вычищается полость брюшины.

Оперативная комната для всѣхъ гинекологическихъ операций одна, но только передъ лапаротоміями она обмывается и воздухъ ея, въ теченіе одного или двухъ часовъ, находится подъ карболовымъ спрее. Зрителей на операцію допускается довольно много. Не смотря на это, результаты операций очень благоприятны. Точныхъ цифръ я указать не могу, потому что еще не подведены итоги; но, по словамъ профессора, при оваріотоміи процентъ смертности не болѣе 3—4%, при laparokelyphoectom'ii (при нѣтъ была сдѣлана въ седьмой разъ) ни одного смертнаго случая, при міотоміи, проф. думаетъ, что % смертности будетъ не менѣе 30, при extirpatio uteri totalis онъ еще не потерялъ ни одной больной, вслѣдствіе самой операціи.

Заканчивая свои замѣтки о видѣнныхъ мною гинекологическихъ клиникахъ въ Петербургѣ, пользуюсь случаемъ выразить мою глубокую признательность многоуважаемымъ профессорамъ *Крониду Федоровичу Славянскому* и *Дмитрію Оскаровичу Отту* за ихъ крайне любезную готовность ознакомить меня со своею клиническою дѣятельностью. Не могу не выразить моей благодарности и многоуважаемому *Антону Яковлевичу Крассовскому*, директору Надеждинскаго родовспомогательнаго заведенія, за его любезное позволеніе осмотрѣть это заведеніе и присутствовать на нѣкоторыхъ операціяхъ.

Заведеніе устроено на сто кроватей, изъ нихъ 12 гинекологическихъ больныхъ, а остальные для роженіицъ.

Въ нижнемъ этажѣ этого зданія помѣщается институтъ для акушерскихъ ученицъ на 60 человекъ.

Расположеніе палатъ по корридорной системѣ: все зданіе имѣетъ форму покоя. Въ одной боковой сторонѣ, въ среднемъ этажѣ, — палаты гинекологическихъ больныхъ, тутъ же и оперативная комната для всѣхъ гинекологическихъ операций; а въ верхнемъ этажѣ той же части зданія расположены родильныя комнаты. Въ другой боковой части зданія — палаты для заболѣвшихъ родильницъ, съ отдѣльнымъ входомъ во дворъ. Эти палаты могутъ быть вполне изолированы въ случаѣ надобности.

Въ лицевой сторонѣ зданія расположены остальные палаты, затѣмъ комнаты для чтенія акушеркамъ лекцій, комнаты врачей и приемныя.

Въ теченіе года бываетъ до 4,000 родовъ. За послѣднее время смертность послѣ родовъ бываетъ въ 4 до 5 случ. на всѣ четыре тысячи родовъ.

Интересно сообщеніе помощника директора—д-ра *Тарновскаго*, какимъ путемъ они достигли такой низкой цифры смертности. По мнѣнію д-ра *Тарновскаго*, какъ и всѣхъ другихъ акушеровъ, крайне чистое содержаніе роженицъ и родильницъ имѣетъ самое важное значеніе въ профилактическомъ отношеніи. Чистое же содержаніе всего болѣе зависитъ отъ тѣхъ лицъ, которыя ухаживаютъ за родильницами. Различныя предписанія и мѣры строгости ни къ чему не приводили, пока не установился слѣдующій порядокъ. Для каждой родильницы назначается, кромѣ акушерки, до трехъ ученицъ, которыя по очереди должны дежурить около нея и слѣдить за всѣмъ. Если родильница заболѣваетъ, эти ученицы вмѣстѣ съ больной помѣщаются въ назначенныя для заболѣвшихъ родильницъ отдѣльныя палаты, изолируются отъ остальныхъ, и такимъ образомъ, пока больная не поправится или не умретъ, не имѣютъ возможности сообщенія съ другими. Такая изоляція оказалась дѣйствительной мѣрой. Страшась подпасть такому остракизму, акушерскія ученицы строго слѣдятъ за чистотой и даже врачамъ, посѣщающимъ родильное заведеніе, не позволяютъ коснуться къ порученной имъ родильницѣ, пока они тщательно не обмоютъ рукъ и не надѣнутъ чистаго халата.

Изъ дезинфицирующихъ средствъ преимущественно употребляется карболовая кислота (2°/о, 3°/о, 5°/о растворы) и сулема (1 : 1000, на 2000 и до 7000).

Въ мое неоднократное посѣщеніе этого заведенія мнѣ удалось видѣть изъ акушерскихъ операций: наложеніе щипцовъ, трепанацию черепа и краниоклазію. Описывать я ихъ не буду, онѣ хорошо извѣстны всѣмъ акушерамъ. Скажу только, что передъ операцией производится тщательное обмываніе наружныхъ половыхъ частей мыломъ и растворомъ сулемы; инструменты всѣ стерилизуются кипяченіемъ и во время операціи находятся въ 2°/о растворѣ карболовой кислоты.

Изъ гинекологическихъ операций видѣлъ только выскабливаніе раково-перерожденной матки съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ термокаутеромъ Пакелена. Полное удаленіе матки было невозможно, по случаю перехода новообразованія на сосѣднія части.

При перевязкахъ въ ходу іодоформъ и іодоформенная марля.

(Продолженіе слѣдуетъ).

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