

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.

(Путевыя и личныя наблюденія)

Д-ра медицины В. Купидонова (Казань).

Берлинъ. 14-го (26-го) ноября 1890 года мнѣ въ первый разъ пришлось быть у *A. Martin* и видѣть въ этотъ день три операціи.

Первая: Extirpatio recti вслѣдствіе ulcus'a на задней и правой боковой стѣнкѣ прямой кишки, причѣмъ venae haemorrhoidales также были расширены, особенно на верхней или передней периферіи задняго прохода. Язвенная поверхность имѣла протяженіе вверхъ, приблизительно, на полтора сантиметра. Какого характера язва: раковаго или сифилитическаго, до операціи опредѣлено не было.

Операція эта была замѣчательна тѣмъ, что произведена почти безъ крови.

Martin предварительно наложилъ лигатуры на переднія вѣтви, затѣмъ боковыя стволы arteriaum pudendarum и, наконецъ, на трансверзальныя вѣтви послѣднихъ.

Для перевязки переднихъ вѣтвей глубокой вколъ иглы былъ сдѣланъ на разстояніи полсантиметра слѣва отъ carne regium, а выколъ на такомъ же разстояніи справа. Лигатура такимъ образомъ затянута поперекъ промежности, какъ разъ на самой ея срединѣ. Затѣмъ, нѣсколько отступя, по сторонамъ первой лигатуры наложены еще двѣ боковыя. Для проведенія послѣднихъ, вколъ былъ сдѣланъ сверху снаружи, а выколъ внизъ и внутрь, т. е. боковыя лигатуры были наложены въ косомъ направленіи. Для наложенія этихъ трехъ лигатуръ была употреблена сильно загнутая игла средней величины. На трансверзальныя вѣтви art. puden. лигатуры были наложены длинной загнутой иглой, по бокамъ прямой кишки, въ разстояніи, приблизительно, на полтора поперечныхъ пальца отъ заднепроходнаго отверстія.

Отверстіе вкола иглы сверху отстояло отъ выкола внизу на $2\frac{1}{2}$ сант. Чтобы не захватывать, при затягиваніи лигатуры, большого пространства кожи, *Martin* обратно вколоть иглу въ отверстіе первоначальнаго выкола и вывелъ лигатуру изъ-подъ толщи кожи на разстояніи 1 сант. отъ первоначальнаго вкола. По затягиваніи лигатуръ, наружное линейное протяженіе кожи равнялось только одному сантиметру, а глубокія ткани, en masse вмѣстѣ съ артеріей transvers., были захвачены на протяженіи $2\frac{1}{2}$ сантиметровъ.

Задняя периферія прямой кишки, какъ неимѣющая большихъ артеріальныхъ вѣтвей, осталась свободной. По наложеніи лигатуръ, верхняя часть anus'a въ двухъ мѣстахъ была фиксирована *Heqar*'овскими щипцами, и послѣ того отъ середины задней или нижней периферіи отверстія прямой кишки проведенъ былъ глубокой разрѣзъ почти вплоть до копчика. Сфинктеръ ані также попалъ въ разрѣзъ и вслѣдствіе этого отверстіе прямой кишки сдѣлалось свободнымъ, и полость ея доступна для зрѣнія на достаточномъ протяженіи вверхъ.

При помощи обыкновеннаго пинцета, ножа и ножницъ удалена вся язвенная поверхность прямой кишки, и края кожной раны сшиты съ краемъ притянутой пинцетомъ нормальной слизистой оболочкой кишки.

Послѣ того *Martin* вырѣзалъ находящіяся въ передней периферіи отверстія расширенныя геморроидальныя вены, и края кожной раны также сшилъ съ переднимъ и боковыми краями притянутой слизистой оболочкой.

Наконецъ, однимъ непрерывнымъ швомъ, сначала въ глубинѣ раны, а затѣмъ другимъ непрерывнымъ швомъ снаружи, былъ сшитъ искусственно сдѣланный разрѣзъ до копчика. Лигатуры, наложенныя для перевязки сосудовъ, были послѣ того сняты, и изъ сшитой круговой раны не показалось ни капли крови. Концы лигатуръ отрѣзаны, и оперированная поверхность обмыта растворомъ сулемы (1 : 2000).

Чтобы предупредить расхождение швовъ, такъ какъ замѣтно было довольно значительное натяженіе кожи, въ четырехъ мѣстахъ вновь образованнаго отверстія еще было наложено по одному глубокому шву серебряной проволокой. Обмывъ еще разъ оперированную поверхность и ягодицы растворомъ сулемы, операція закончена приложеніемъ снаружы простого тампона изъ ваты.

Присыпку іодоформомъ *Martin* не употребляетъ. Для предупрежденія послѣдующихъ септическихъ процессовъ онъ считаетъ достаточнымъ постоянное орошеніе во время операціи растворомъ сулемы (1 : 10,000) и тщательное сшиваніе раненой поверхности.

Хотя эта операція не чисто гинекологическая, но я ее описалъ въ виду общаго интереса и возможности встрѣтиться подобному случаю у каждаго гинеколога.

Вторая операція: abrasio uteri et excisio partialis задней губы матки. Въ этомъ случаѣ нужно отмѣтить только ту особенность, что послѣ выскабливанія матки въ полость ея впрыскивается не tinct jodi, а liquor ferri sesquichlorati, около половины Брауновскаго шприца, и затѣмъ производится

выполаскиваніе полости слабымъ растворомъ сулемы. *Excisio partialis* опять-таки закончилась безъ іодоформа. Во влагалище былъ положенъ небольшой ватный тампонъ, немного смоченный въ растворѣ $1\frac{1}{2}$ —хлористаго желѣза.

Третья операція: *colporrhaphia anterior et posterior*, влѣдствіе *prolapsus' a uteri et vaginae*.

Colpor. anter. произведена по способу *Hegar'a*, съ вырѣзываніемъ овальнаго лоскута, а *colp. post*—по собственному методу *Martin'a*, нѣсколько видоизмѣненному, чѣмъ описанный имъ въ его книгѣ («Патологія и Терапія женскихъ болѣзней», перевод. на русскій языкъ и изданная въ 1885 году).

Для вырѣзыванія овальнаго лоскута передняя стѣнка влагалища захвачена пинцетомъ *Hegar'a* тотчасъ пониже наружнаго отверстія *uretr'ы*, двумя другими пинцетами въ боковыхъ частяхъ, а четвертымъ за переднюю губу матки. Овальннй лоскутъ слизистой оболочки отсепарованъ колбовиднымъ ножомъ, отшлифованнымъ кругомъ за остріе. Этотъ ножъ *Martin* считаетъ очень удобнымъ для отсепарованія овальныхъ лоскутовъ. Раненая поверхность сшита однимъ непрерывнымъ швомъ; одинъ конецъ лигатуры завязанъ въ верхнемъ углу раны, а затѣмъ каждая петля шва, по наложеніи, затянута помощникомъ, который въ то же время тѣмъ самымъ фиксировалъ раненую поверхность. Въ нижнемъ углу раны, конецъ лигатуры связанъ съ послѣдней незатянутой длинной петлей той же лигатуры.

Послѣ того матка и передняя стѣнка влагалища вправлены и потомъ уже произведена *colporrhaphia posterior*. Наболѣе выдающаяся часть разслабленной задней стѣнки сверху, нѣсколько влѣво отъ ея середины, и снизу, на нижней границѣ влагалища, захвачена двумя пинцетами и третьимъ пинцетомъ фиксирована боковая влагалищная стѣнка у нижняго края лѣвой малой губы. Между этими пинцетами разрѣзомъ обозначенъ трехугольный лоскутъ и отсепарованъ. Полученная рана тотчасъ же сшита непрерывнымъ швомъ. То же самое продѣлано и съ правой стороны, причемъ второй правый продольный разрѣзъ влагалищной стѣнки сдѣланъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ лѣваго. Такимъ образомъ средняя часть влагалищной стѣнки (*columna rugata*) осталась нетронутой, въ видѣ узкой полосы. Наконецъ, нижній уголъ половой щели былъ оттянуть книзу, а нижніе боковые края *vulvae* двумя другими пинцетами вытянуты въ стороны, и вырѣзанъ трехугольный лоскутъ верхушкой внизъ. Верхній разрѣзъ—основаніе трехугольника—проведенъ тотчасъ же на границѣ нижнихъ концовъ соединенныхъ, освѣженныхъ боковыхъ поверхностей, причемъ разрѣзана поперекъ оставшаяся нетронутой средняя полоска влагалищной стѣнки. Концы верхняго разрѣза продолжены до нижней границы малыхъ губъ и, захвативъ пинцетомъ середину края разрѣзанной поперекъ полоски *columnae rugatae*, *Martin* сшилъ съ этого мѣста до нижней границы малыхъ губъ освѣженную поверхность непрерывнымъ глубокимъ швомъ, а образовавшуюся щель, составляющую продолженіе *garbe perinei*,—поверхностнымъ. По наложеніи перваго узла, пинцетъ обыкновенно снимается и конецъ лигатуры, идущій отъ узла, передается ассистенту для дальнѣйшей

фиксация зашиваемой раны. После такой операции полость влагалища значительно суживается, а промежность становится почти вдвое больше против существующей. Операция окончена обмыванием половых частей раствором сулемы (1 : 2000) и наложением куса сухой гигроскопической ваты на наружную часть шитой поверхности. Ноги больной до снятия швов остаются связанными.

По словам *Martin'a*, первая дефекация производится слабительным только на четвертый день после операции. Влагалище проспринцовывают в первый раз на 14-й день, а до этого времени, после каждого мочеиспускания обмывают только наружные половые органы. Швы, особенно внутренние, совсем не снимаются, так как они накладываются постоянно кетгуттом,

Основание, почему *Martin* оставляет нетронутой полоску на задней стѣнкѣ влагалища, изложено подробно в упомянутой его книгѣ «Патология и терапия женскихъ болѣзней». *Martin* считаетъ, что богатство фиброзныхъ элементовъ въ задней средней части влагалища даетъ большую опору вновь образуемой стѣнкѣ. При описанномъ способѣ операции онъ всего менѣе получаетъ возвратъ prolapsus'a.

На слѣдующій день въ той же частной клиникѣ было нѣсколько малыхъ операций: abrasio uteri et discisio bilateralis uteri externa, вследствие endometrit'a и stenosis ostii uteri externi. У больной molimina menstrualia и безплодіе; она желаетъ родить.

Выскобливъ полость матки, *Martin* сдѣлалъ ножницами боковые разрѣзы шейки почти до сводовъ и, отодвинувъ верхнюю губу отъ нижней, положилъ на поверхность разрѣза тонкую полоску изъ гигроскопической ваты, смоченную въ liquor ferrisquischlorati, и тѣмъ операция закончена. Изъ разрѣзанныхъ поверхностей кровотечение было ничтожное.

Вторая операция: abrasio et excisio partialis anterior et posterior colli uteri et colporrhaphia posterior. Поводомъ къ этимъ операциямъ было endometritis catarrhalis chronica, cervicitis follicularis и prolapsus vaginae posterior. После abrasi'i и excisi'i, colporrhaphia posterior сдѣлана тѣмъ же способомъ, который описанъ выше.

Третья операция — perineoauthesis, вследствие начала выпаденія задней стѣнки влагалища. Въ данномъ случаѣ сдѣлано то же самое, что составляло третій приемъ (т. е., освѣженіе и шиваніе третьяго треугольника), при описанной мною colporrhaphia posterior, бывшей 14-го (26-го) ноября.

16-го (28-го) ноября. Видѣлъ шесть большихъ операций, изъ нихъ двѣ ovariotom'i у проф. *Olshausen'a*. Одну, вследствие tumor ovarii sinistri, другую, вследствие cystoma colloid. multiplex ovarii sinistri.

При первой операциі, после разрѣза брюшины вытекло значительное количество асцитической жидкости и опухоль оказалась сросшейся на верхней периферіи, въ двухъ мѣстахъ, съ сальникомъ, а на задней — съ петлей тонкихъ кишекъ. После перевязки сальника и его отдѣленія отъ опухоли, кишечная петля была отсепарована пальцами и съ помощью ножа ближе къ поверхности опухоли. Кровотокающія мѣста кишки обшиты тонкой лигатурой,

а потомъ уже приступлено къ удаленію опухоли. Перевязки наложены въ трехъ мѣстахъ: на *art. spermatic. en masse* у фимбріального конца лѣвой Фаллопиевой трубы, на основаніе лѣвой широкой связки и двойная лигатура на маточный конецъ трубъ съ *ligamentum ovarii* и на боковую часть широкой связки. Послѣ того полость тазовой брюшины была очищена губками, и брюшная рана зашита шелкомъ. Лигатуры же въ полости брюшины были изъ кетгута. Операция продолжалась полчаса.

Вынутая опухоль имѣла бугристое строеніе величиною въ два кулака, ткань ея довольно ломкая. Точный характеръ опухоли въ этотъ моментъ опредѣленъ не былъ.

Вторая овариотомія продолжалась не болѣе 12 минутъ. Кистома была очень велика, ножка же ея довольно узкая. По вышущеніи (разрѣзомъ) содержимаго кистомы и по разрывѣ рукой множественныхъ внутривполостныхъ кистъ, мѣшокъ былъ вытасченъ изъ брюшной раны. Ножка перевязана двойной лигатурой на двѣ части. Ниже этой лигатуры для прочности проведена еще одна, которая сначала была затянута съ одной стороны, а затѣмъ концы ея отъ узла переведены на другую сторону и завязаны, захвативъ *en masse* всю ножку. Не смотря на то, что въ полость таза попало довольно значительное количество коллоидной массы изъ опорожненной кистомы, промыванія полости брюшины не было сдѣлано. Полость быстро очищена только губками, и затѣмъ брюшная рана шита глубокими и поверхностными швами. *Olshausen* не совѣтуетъ продолжительно очищать полость брюшины; онъ считаетъ это много опаснѣе для больной, чѣмъ оставленіе въ брюшной полости частичекъ опухоли или ея содержимаго.

Лигатуры въ полости брюшины онъ почти всегда употребляетъ изъ кетгута, а снаружи изъ шелка.

Операция дѣлается на довольно высокомъ столѣ; положеніе оперируемой горизонтальное; ноги ея покрываются сухой, довольно толстой простыней, а поверхъ послѣдней толстой резиновой пластиной и привязываются къ столу ремнемъ. Грудь тоже покрывается простыней и резиновой пластиной. Все это дѣлается съ тою цѣлью, чтобы не замочить больную и не подвергать охлажденію большую поверхность ея тѣла.

При наложеніи швовъ на брюшную рану, на поверхность кишекъ вводится большая губка, которая вынимается въ то время, когда нужно затягивать средніе швы. По наложеніи ихъ, оперированная обмывается кипяченой водой; на шитую поверхность кладется небольшой компрессъ стерилизованной марли, вата и весь животъ забинтовывается. Для бинтованія оперированную помѣщаютъ на двухъ деревянныхъ подставкахъ: подъ ягодицы и подъ среднюю часть спины. Столъ, на которомъ производятся операціи, весь металлическій, покрытый толстой, довольно твердой бѣлой каучуковой пластиной.

Инструменты стерилизуются въ сухомъ горячемъ воздухѣ до 120 и 130° С. въ теченіе двухъ часовъ. Стерилизующій аппаратъ помѣщается тутъ же въ оперативной комнатѣ. Передъ употребленіемъ инструменты прямо изъ аппарата быстро переносятся въ ванну съ 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты.

Губки во время операціи находятся въ стерилизованной теплой водѣ, до употребленія же лежатъ семь, восемь дней въ растворѣ сулемы (1 : 1000).

Кетгутъ и шелкъ стерилизуется такъ же, какъ указано мною при описаніи московской клиники.

Больная наканунѣ операціи всегда беретъ ванну. Утромъ въ день операціи ничего не ѣстъ. Передъ наркозомъ получаетъ 10—15 капель тінс. оріи или морфій подь кожу. Наркозъ всегда хлороформный. Передъ операціей живогъ намазываютъ съ карболовымъ растворомъ, сбываютъ волосы и дезинфецируютъ алкогелемъ и сублиматомъ (1 : 1000).

Операторъ и его ассистенты переодѣваются въ чистое бѣлье и бѣлые халаты съ резиновыми передниками. Присутствующие при операціи надѣваютъ чистые бѣлые короткіе пиджаки и впускаются только въ то время, когда профессоръ приступаетъ къ разрѣзу живота.

Штативовъ съ различными дезинфекціонными растворами передъ операціоннымъ столомъ не имѣется.

Такъ какъ операціи проф. *Olshausen* дѣлаетъ съ семи часовъ утра, та первая операція была при электрическомъ освѣщеніи, а вторая уже при дневномъ свѣтѣ. Освѣщеніе оперативной только боковое, чрезъ большія окна.

Относительно вопроса о смертности при лапаротоміяхъ, мнѣ указали прочесть подробности въ отчетѣ *Olshausen* а: „Die Laparot. der Universität-Frauenklinik in Berlin während der 3 Jahre 1 Mai 1887—1890“, помѣщенный въ *Zeitschrift für Geburt. und Gynaecol.* 1890 B. XX 1 Heft. S. 219—235.

Въ этомъ отчетѣ находимъ, что всѣхъ большихъ операціи съ 1-го мая 1887 по 30 апрѣля 1890 г. сдѣлано:

Ovariотom'ий и parovariотom'ий	296
Salpingотom'ий	23
Castrat'ий	22
Miotom'ий	45
Ventروفixat'ий	6
Laparokelyphoectom'ий	13
Fibromotom'ий	7
Extirpat'ий renis	3
Lipomot. in capsula renum	2
Laparotom'ий, по случаю sarcom. mesent. et periton.	3
» вслѣдствіи Echinococca multipl. perit.	2
» по случаю tumor'a in lig. lat.	4
Excision. ovarіальн. остатковъ	2
Неполн. extirp. и пробн. incisionum	28
Extirp. uteri totalis	1
Laparotom'ий, по случаю abscessus pelvis	1
» » » инород. тѣлъ въ брюш. полос.	1

Всего . . . 459 опер.

Процентъ смертности при овариотоміяхъ достигаетъ до 10,1%.

Изъ 31 случая смерти падаетъ на

Cystoma glandul.	3,3%
» papill.	18%
» dermoid.	14%
Fibrom. et sarcom.	50%
Carcinom.	47%

Изъ этого же отчета узнаемъ, что *Olshausen* считаетъ опаснымъ дренировать полость брюшины со стороны влагалища и во время операции старается по возможности очень короткое время оставлять ее открытой. Въ случаѣ обширныхъ сращеній, операция самое большее продолжается отъ $\frac{3}{4}$ до 1 часу. Преслѣдуя быстроту въ производствѣ операций, онъ съ тѣхъ поръ чрезвычайно рѣдко наблюдалъ и случаи шока.

Послѣдовательное лѣчение—выжидательное. Первые дни послѣ операции пища состоитъ только изъ яицъ, и въ эти дни часто даютъ снотворныя средства. Опорожненія кишекъ раньше пятого дня не вызываютъ, хотя лично *Olshausen* считаетъ это правило не вполне справедливымъ. Нерѣдко наступленіе ileus послѣ оваріотоміи требуетъ усиленія перистальтики, чтобы уменьшить возможность склеиванія кишечныхъ петель съ раненой поверхностью, остающейся послѣ операции. Я уже описывалъ, что пр. *Снегиревъ* именно изъ-за этой же причины назначаетъ слабительное на другой же день послѣ операции.

Во всякомъ случаѣ *Olshausen* считаетъ необходимымъ заботиться о своевременномъ отхожденіи газовъ. Первые два дня обращаетъ особенное вниманіе на недостатокъ питанія и удаленія наркоза и, если черезъ три дня нѣтъ отхожденія газовъ, кишечникъ оперированной опорожняется.

Дѣйствительно-ли примѣненіе антисептики во время операций способствуетъ сращенію кишекъ съ оставленными культями или брюшинными раненіями—это еще вопросъ. Будущее теперешняго примѣненія при операцияхъ одной стерилизованной воды покажетъ, насколько справедливо сдѣланное предположеніе.

Пароваріальныя кисты всегда быстро вылущаются и никогда почти не оставляется дренажъ для ея уничтоженія. Кровотеченія бояться нечего. Ложе опухло или оставляется или обводится кетгутомъ.

Далѣе видимъ изъ отчета, что въ случаяхъ злокачественнаго страданія у женщины, находящейся въ климактерическомъ періодѣ или близкомъ къ тому, совѣтуется удалять и другой яичникъ, хотя и неизмѣненный. У молодыхъ же женщинъ, въ случаяхъ увеличенія яичниковъ вслѣдствіе расширенія фолликуловъ, *Olshausen* разрѣзаетъ эти фолликулы, разрѣзъ сшиваетъ кетгутомъ и затѣмъ яичники снова опускаетъ на свое мѣсто. Во всѣхъ случаяхъ пациентки остались совершенно здоровыми.

Въ практическомъ отношеніи очень важно замѣчаніе, что въ случаяхъ, гдѣ пациентка не могла оставить тяжелую работу, операция—вентрофиксация матки—оказалась бесполезной. Затѣмъ, если послѣ этой операции наступаетъ

беременность, *Olshausen* не совѣтуетъ прекращать ее, потому что, вслѣдствіе наступающаго измѣненія кровообращенія, сращенія легко растягиваются и совсѣмъ уничтожаются. Въ одномъ случаѣ (операция была за 1^{1/2} года до беременности) послѣ родовъ матка отлично сократилась въ *antevers'ini*, и результатъ былъ самый благопріятный.

Лѣченіе міомъ кастраціей онъ признаетъ очень полезнымъ, но только пока опухоль не перешла величину пяти—шестимѣсячной беременности. Въ дальнѣйшемъ періодѣ роста опухоли считаетъ всего рациональнѣе прямо приступить къ міотоміи.

Міотомія дала у него 22,2% смертности. Большая опасность міотоміи относительно овариотоміи, по *Olshausen*'у, зависитъ, во-первыхъ, отъ вскрытія при операциі полости цервикальнаго канала и могущей наступить инфекціи; во-вторыхъ, имѣетъ не малое вліяніе на смертный исходъ и крайняя анемія, существующая у такого рода больныхъ, т. к. къ предшествующей анеміи прибавляется огромная потеря крови во время операциі. Усиленная же анемія, какъ замѣчено, благопріятствуетъ въ высокой степени всасыванію инфекціонныхъ зародышей.

Чтобы уменьшить возможность инфекціи со стороны полости шейки, послѣ ампутаціи опухоли, онъ совѣтуетъ тотчасъ же сшивать слизистую оболочку шейки въ культѣ кетгутомъ и, при шиваніи, почаще смачивать ее растворомъ сублимата. Кромѣ того стѣнку культи въ глубинѣ совѣтуетъ сшивать этажнымъ швомъ и верхніе брюшные края тщательно соединять въ перемежку шелкомъ и кетгутомъ, чтобы вполнѣ покрыть культю брюшиной.

Мы уже видѣли, какъ въ такомъ случаѣ поступаетъ пр. *Ommъ* для предотвращенія той же опасности.

Въ случаяхъ утонченія стѣнокъ мочеваго пузыря *Olshausen* совѣтуетъ отдѣлять ножомъ тонкій слой маточной стѣнки и пришивать его къ пузырю.

Того же числа (т. е. 16—28 ноября) у д-ра *Martin*'а было четыре большихъ операциі, — 1-я предполагалась *laparomiotomia*, но окончилась *extirpationis uteri totalis per laparotomiam*, 2-я *enucleatio fibromioma uteri subperitonealis et oophorectomia dextra*, 3-я *ovariotomia unilateralis*, 4-я предполагалась *laparokelyphoectomia*, а закончилась удаленіемъ кистовидноперерожденнаго праваго яичника, разрушеніемъ плотныхъ приращеній въ *Dугласовомъ* пространствѣ, крѣпко фиксирующихъ дно матки, и *hysteropexi*'ей.

Послѣ вскрытія живота, причемъ *Martin* совсѣмъ не употребляетъ *Пеановскихъ* пинцетовъ для остановки кровотеченій, а кровь снимается только губками, измѣненная матка была вытащена черезъ рану съ большимъ трудомъ. Она оказалась крупнобугристой, вслѣдствіе множественныхъ фибромъ, какъ субперитонеальныхъ, такъ и интерстиціальныхъ.

Величина органа равнялась, приблизительно, величинѣ новорожденнаго ребенка. Лигатуры наложены съ обѣихъ сторонъ, за *фимбріальнымъ* концомъ, на *arterias spermaticas* и на самыя трубы; по двѣ же лигатуры на каждую *ligamentum rotundum* и затѣмъ лигатуры на основаніе широкихъ связокъ. Маточные придатки послѣ того были разрѣзаны между и надъ лигатурами

почти до боковыхъ сторонъ маточной шейки. При дальнѣйшемъ вытягиваніи матки для паложенія на ея шейку эластическаго жома, оказалось, что фиброзныя опухоли распространяются до рыльца матки, и мочевоу пузырь приращенъ къ нижней передней маточной поверхности.

Пузырь съ помощью ножа былъ осторожно отсепарованъ и наполненъ водоу изъ кружки черезъ катетеръ. Убѣдившись въ цѣлости стѣнокъ пузыря и не выпуская изъ него водоу, *Martin* проткнулъ передній сводъ влагалища длиннымъ корнцангомъ, при одновременномъ противодавленіи двумя пальцами со стороны влагалища. Удаливъ корнцангъ, ввелъ черезъ брюшную рану Мюзеевскіе щипцы въ продѣланное въ сводѣ отверстие, захватилъ ими проведенный теперь корнцангъ со стороны влагалища и ввелъ его въ полость брюшины. Послѣ того опорожнилъ мочевоу пузырь и, отводя его введеннымъ корнцангомъ кпереди, изъ вновь образованнаго отверстия анчалъ накладывать матрацныя швы на сводъ влагалища кругомъ маточной шейки. Одновременно съ этимъ, разумѣется, наложилъ лигатуры на *arteriam uterinam* съ обѣихъ сторонъ. По наложеніи каждаго матрацнаго шва, влагалище отдѣлялось ножницами отъ маточной шейки. Въ то время, когда накладывалъ швы сзади матки, корнцангъ былъ удаленъ.

Матка вынута цѣликомъ. Въ сквозное отверстие снова введенъ корнцангъ, которымъ изъ влагалища выведена была дренажная трубка въ полость малаго таза, гдѣ она удерживалась посредствомъ поперечнаго отрѣзка, укрѣпленнаго накрестъ. Концы лигатуръ отрѣзаны коротко. Послѣ того полость малаго таза очищена губками и брюшная рана закрыта глубокими и поверхностными швами. Покровы живота обмыты стерилизованной водоу; на шовъ наложена узкая пластинка стерилизованной марли; весь животъ кругомъ обложенъ толстымъ слоємъ ваты и забинтованъ марлей.

Martin оперируетъ сидя. Больная лежитъ на низкомъ металлическомъ столѣ, ножки котораго укрѣплены въ металлической же ваннѣ, куда и стекаютъ во время операціи всѣ жидкости. Крестецъ оперируемой помѣщается на краю стола, а ноги, слегка касаясь колѣнъ оператора, спускаются внизъ.

По окончаніи операціи, подъ поясничной областью оперируемой откидывается укрѣпленная на шарнирахъ часть крышки стола, и больная черезъ открытое пространство въ столѣ забинтовывается самимъ операторомъ. Это устройство стола удобно въ томъ отношеніи, что больную не приходится безпокоить во время перевязки. Операція закончилась безъ примѣненія влагалищныхъ тампоновъ, только наружный конецъ дренажной трубки былъ перегнуть на протяженіи и вложенъ въ полость влагалища.

У насъ, на примѣръ, въ Московскоу клиникѣ, дренажъ, оставленный въ полости брюшины послѣ лапаротоміи, произведенной при вѣматочной беременности былъ обложенъ кругомъ въ полости влагалища іодоформенной марлей и кромѣ того открытый его конецъ обмотанъ на-глухо стерилизованной ватой.

Послѣ вскрытія полости живота, во время второй операціи, въ выведенной изъ брюшной раны маткѣ оказался субперитоніальный фиброидъ, совершенно круглой формы, величиною съ куриное яйцо. Опухоль эта находилась въ двѣ

матки, болѣе влѣво и кзади. Тонкій слой маточной ткани надъ фибридомъ былъ разрѣзанъ и опухоль, захваченная Мюзеевскими щипцами, легко вылучена изъ своего ложа.

Мѣсто наибольшаго кровотеченія въ образовавшейся ямкѣ тотчасъ же было обшито непрерывнымъ швомъ, которымъ непосредственно былъ захваченъ нижній уголь (лоскута) разрѣза. Съ этого мѣста края маточной раны тѣмъ же непрерывнымъ швомъ были сшиты до верхняго угла поверхностными швами, а оттуда той же лигатурой былъ наложенъ рѣдкій, но глубокой шовъ, захватившій всю среднюю часть поверхностнаго лоскута. Такимъ образомъ тонкій слой маточной ткани, лежавшій раньше надъ фибридомъ, оказался теперь пришитымъ вплотную ко дну ямки, образовавшейся послѣ вылученія опухоли. Швы наложены кетгутомъ.

Послѣ этого изслѣдовано было состояніе, яичниковъ и одинъ изъ нихъ, правый, оказался кистовидно-перерожденнымъ. Онъ былъ выведенъ, и черезъ средину его ножки проведена лигатура, которая сначала завязана съ одной стороны яичника, а затѣмъ концы лигатуры проведены на другую его сторону и крѣпко затянуты. Въ нѣкоторомъ разстояніи надъ лигатурой яичникъ былъ отдѣленъ ножницами. Быстро очистивъ губками полость таза, брюшная рана закрыта швами.

Нужно замѣтить, что передъ стягиваніемъ швовъ брюшной раны, *Martin* производитъ обѣими руками давленіе на брюшные покровы по сторонамъ раны и затѣмъ руки сближаетъ у самой раны, т. е. такой манипуляціей онъ выдавливаетъ воздухъ изъ полости живота, послѣ чего края раны удерживаются помощникомъ сомкнутыми, а швы затягиваются самимъ операторомъ.

Третья операція: удаленіе кисты праваго яичника величиною съ лимонъ продолжалась менѣе пяти минутъ.

Во время производства четвертой лапаротоміи, вмѣсто предполагавшейся вѣматочной беременности, найдено было цистозное перерожденіе праваго яичника и довольно плотное приращеніе дна матки къ передней стѣнкѣ прямой кишки и ко дну Дугласова пространства. Матка ретрофлексирована. Послѣ перевязки ножки яичникъ удаленъ. Заматочныя сращенія разрушены рукой, матка выправлена. При проведеніи лигатуры въ нижнемъ углу брюшной раны, захвачена въ шовъ передняя поверхность маточнаго дна и такимъ образомъ пришита ко внутренней поверхности передней брюшной стѣнки. Послѣ того наложены и остальные швы на брюшную рану.

Во время производства этой операціи больная была не вполне захлороформирована, а потому большая часть тонкихъ кишекъ вышла надъ покровами живота. Кишки были вправлены уже послѣ *uterofixati*'и, а во время оной они были покрыты полотенцемъ, намоченнымъ въ горячей водѣ и удерживаемы помощникомъ. Передъ вправленіемъ кишки были осмотрѣны и представляли, судя по распространенію гипереміи, первый періодъ остраго воспаленія брюшины. Швы наложены надъ большой губкой, введенной на поверхность кишекъ; передъ завязываніемъ среднихъ швовъ,—губка вынута изъ

брюшной полости. Обмываніе, наложеніе повязки сдѣлано также, какъ описано выше.

По словамъ ассистентовъ *Martin'a*, въ настоящемъ году уже было болѣе 150 лапаротомій, считая и послѣднія; умерло вскорѣ послѣ операціи 13 человѣкъ, т. е. процентъ смертности около 8,5%.

На слѣдующій день (17-го (29-го) ноября) произведена, вслѣдствіе рака шейки матки, *extirpatio uteri totalis per vaginam*. Операція эта сдѣлана нѣсколько иначе, чѣмъ я видѣлъ въ Москвѣ и Петербургѣ.

Захвативъ шейку *Hegar'*овскими щипцами, матку вытянули впередъ и вверхъ къ лонному сращенію. Вслѣдствіе чего задній сводъ влагалища довольно сильно напрягся.

Въ мѣстѣ прикрѣпленія влагалищнаго свода къ маткѣ сдѣланъ поперечный разрѣзъ до самой брюшины, которая сначала была вскрыта настолько, чтобъ конецъ пальца свободно входилъ въ отверстіе. Тогда *Martin*, выпятивъ пальцемъ со стороны брюшины влагалищную стѣнку, вколочъ черезъ всю ея толщю небольшую, сильно искривленную иглу и вывелъ ее со стороны брюшины, черезъ влагалищную же стѣнку, на одинъ сантиметръ отъ вкола. Лигатура была крѣпко связана. Рядомъ съ этимъ швомъ, на нижній край влагалищной раны вправо наложенъ былъ еще шовъ, надъ которымъ брюшина вскрыта дальше. Послѣ третьяго матрацнаго шва, разрѣзъ влагалищной стѣнки и брюшины доведенъ до мѣста вѣдренія въ матку правой *arteriae uterinae*. Прощупавъ біеніе послѣдней *Martin* вколочъ надъ нею со стороны влагалища загнутую длинную иглу и вывелъ ее черезъ влагалищную рану, — затѣмъ ту же иглу выколочъ со стороны брюшины ниже артеріи и крѣпко перевязалъ послѣднюю этой лигатурой. Стѣнка влагалища разрѣзана дальше ближе къ поверхности матки. Выше еще была наложена лигатура, которою онъ захватилъ и боковую часть широкой связки. То же самое продѣлано и съ лѣвой стороны. При такомъ послѣдовательномъ наложеніи матрацныхъ швовъ на нижній край влагалищной раны, при чемъ одновременно перевязывались сосуды и пришивалась къ влагалищной стѣнкѣ брюшина, отдѣленіе влагалища отъ шейки матки сдѣлано было почти безъ всякой потери крови.

Послѣ этого *Hegar'*овскіе пинцеты переведены были на переднюю губу, шейка и матка оттянута внизъ, къзади, къ промежности. Когда передній влагалищный сводъ достаточно напрягся, въ немъ былъ сдѣланъ поперечный разрѣзъ ближе къ поверхности матки. Влагалище было отсепаровано отъ передней стѣнки матки пальцемъ и ручкой ножа вверхъ, до складки брюшины, послѣ вскрытія которой наложено четыре матрацныхъ или обкалывающихъ шва и на переднюю стѣнку влагалища.

По отдѣленіи маточной шейки кругомъ отъ влагалищнаго свода, *Martin*, убѣдившись въ отсутствіи кровотеченія, коротко обрѣзалъ концы лигатуръ и черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ влагалища ввелъ палецъ въ Дугласово пространство, съ цѣлью обследовать подвижность и величину матки.

Снова переводя *Hegar'*овскіе щипцы съ передней губы шейки на заднюю,

операторъ началъ оттягивать шейку впередъ, вверхъ и вправо, стараясь вывести въ отверстіе заднюю стѣнку и дно матки. Чтобы облегчить это выведение изъ Дугласова пространства, по задней стѣнкѣ влагалища введенъ боковой подъемникъ или рычагъ, которымъ помощникъ придавливалъ задній край влагалищной раны. Сначала задняя стѣнка, а потомъ и дно матки захвачены пинцетами и выведены наружу изъ половой щели. Фаллопиева труба съ лѣвой стороны вышла изъ отверстія вмѣстѣ съ яичникомъ, поэтому лигатура была наложена за фимбриальнымъ концомъ на arteriam spermaticam, и тремя лигатурами было обшито основаніе широкой связки. По отдѣленіи матки лѣва вмѣстѣ съ придатками, въ образовавшееся отверстіе тотчасъ же введена была въ полость таза губка на длинномъ корнцангѣ. Матка осталась висящей изъ половой щели на правой трубѣ и на части широкой связки. Сначала была перевязана труба у маточнаго конца одной лигатурой, а другими двумя перевязана ligamentum ovarii съ круглой маточной связкой и оставшаяся боковая часть правой широкой связки. Наконецъ разрѣзомъ, вплотную лежащимъ къ боковой поверхности матки, послѣдняя была отдѣлена и съ правой стороны. Такъ какъ въ оставшейся правой трубной культѣ перерѣзанные сосуды оказались очень широкими, *Martin'* еще разъ наложилъ en masse лигатуру на эти сосуды и кромѣ того пришилъ ихъ къ краю влагалищной раны. Черезъ это сквозное отверстіе замѣтно сгузилось. Тогда осторожно, вращательными движеніями былъ удаленъ изъ полости таза корнцангъ съ губкой. Отверстіе тотчасъ же сомкнулось.

Убѣдившись, что кровотеченія изъ влагалищной раны нѣтъ, операторъ коротко обрѣзалъ концы лигатуръ и удалилъ боковые подъемники. Введенный катетеръ въ мочевою пузырь указалъ на отсутствіе пораненій послѣдняго. Половые части обмыты растворомъ сулемы (1 : 2000).

Впродолженіи всей операціи производилось орошеніе тонкой струей растворомъ сулемы (1 : 10000).

Во влагалищѣ не оставлено ни дренажной трубки, ни тампона, только снаружи положенъ на половыя части кусокъ гигроскопической сухой ваты. По словамъ *Martin'a* въ данномъ случаѣ получаютъ хорошіе результаты и безъ дренажа, и безъ тампона.

21-го ноября (3-го декабря), было назначено четыре лапаротоміи, но, къ сожалѣнію, ни одному изъ врачей, посѣщавшихъ поликлинику *Martin'a* не удалось присутствовать на этихъ операціяхъ. По неизвѣстной причинѣ онъ сдѣлалъ ихъ раньше назначеннаго часа, и намъ уже были только продемонстрированы удаленныя больныя части, а именно: tumor ovarii dextri; характеръ этой опухоли еще не былъ опредѣленъ; затѣмъ два раковоперерожденныхъ яичника, далѣе цистозное перерожденіе обоихъ яичниковъ— удалены только яичники—и наконецъ, два увеличенные яичника съ частью трубъ, утолщенныхъ и сильно гиперемированныхъ (salpingo-oophorectomia duplex). На другой день была операція colporrhaphia anterior et posterior и произведена также, какъ описано выше. Разница состояла только въ томъ, что въ данномъ случаѣ матка и губы рыльца были значительно увеличены,

поэтому, раньше *colporrhaphi'i*, сдѣлана еще коническая *excisi'a* обѣихъ губъ. Кромѣ того незначительная разница была еще въ сшиваніи боковыхъ трехъ-угольныхъ ранъ задней влагалищной стѣнки. Именно, сшиваніе этихъ ранъ, начиная съ верхняго угла, доведено только до бокового, а образовавшіяся маленькія щели у нижняго угла оставлены не зашитыми и служили какъ бы опознательными точками, отъ которыхъ былъ проведенъ поперечный разрѣзъ по направленію къ нижнему концу малыхъ губъ. Послѣ того сдѣланъ соединительный поперечный разрѣзъ средняго мостика, который, какъ мы видѣли, оставляется *Martin'*омъ между двумя боковыми освѣженіями.

Въ виду значительной рыхлости тканей у оперируемой, въ этотъ разъ нижній трехугольникъ (основаніемъ вверхъ, а верхушкой внизъ) былъ вырѣзанъ значительно больше, чѣмъ въ первомъ подробно описанномъ мною случаѣ.

Когда окончено было наложеніе глубокихъ швовъ отъ середины мостика до нижней границы малыхъ губъ, образовавшаяся щель, по протяженію *garuae reginae*, была довольно глубока и широка; поэтому она сшита двумя непрерывными швами, однимъ глубокимъ, сверху внизъ, а другимъ поверхностнымъ, снизу вверхъ.

По случаю приближенія праздниковъ Рождества и Новаго года и по недостатку матеріала для операций, частная клиника *Martin'a* была закрыта до 7 января.

Относительно оперированныхъ, которыхъ я видѣлъ, могу только сказать, что, по сообщеніямъ ассистентовъ *Martin'a* послѣоперационное состояніе ихъ было вполне удовлетворительно.

Вообще я долженъ предупредить своихъ коллегъ, которые вздумаютъ, подобно мнѣ, посѣтить Берлинскія гинекологическія клиники, что въ нихъ вообще скупы на подробныя сообщенія, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ, которыя я посѣщаль.

Не смотря на это, всетаки, благодаря позволенію присутствовать на операціяхъ, мнѣ удалось близко познакомиться съ методомъ ихъ производства, за что я не могу не выразить моей искренней благодарности проф. *Olshausen'u* и докт. *Martin'u*.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Редакторы. А. Я. Крассовскій.
Н. Ф. Славянскій.