

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.

(Путевыя и личныя наблюденія)

Д-ра медицины В. Купидонова (Казань).

Дрезденъ. Клиника проф. Leopold'a. Въ первый разъ посѣтилъ я эту клинику 24 декабря 1890 года (5 января 91 года) и въ тотъ же день видѣлъ слѣдующія операциі.

1) Colporrhineorrhaphia, по причинѣ незначительнаго выпаденія задней стѣнки влагалища. Освѣженіе въ видѣ треугольника, полукруглое основаніе котораго на нѣсколько линій отступаетъ отъ нижняго края половой щели. Концы разрѣза доведены до границы средней трети съ нижней большихъ губъ. Верхушка треугольника, по задней стѣнкѣ влагалища, на полтора сантиметра вверхъ отъ нижняго его края. Края освѣженія шиты обыкновеннымъ узловатымъ швомъ, посредствомъ шелка. Послѣ операциі присыпка іодоформомъ, какъ это дѣлается въ нашихъ клиникахъ.

2) Abrasio uteri для удаленія остатковъ плаценты, послѣ аборта на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Выкидышъ произошелъ 5 дней назадъ. Больная поступила въ клинику 4 января (по новому стилю) уже съ гниlostнымъ отдѣленіемъ и лихорадочнымъ состояніемъ.

Полость матки, послѣ расширенія Негар'овскими расширителями, проспринцована растворомъ карболовой кислоты ($2\frac{1}{2}\%$). Затѣмъ длинными, выгнутыми по оси таза, полипными щипцами изъ нея удалены остатки плаценты и произведено выскабливаніе преимущественно въ мѣстѣ прикрѣпленія послѣда. По выскабливаніи, полость матки промыта 3% растворомъ карболовой кислоты и затампонирована полосками іодоформной марли.

Въ данномъ случаѣ, чтобы уничтожить гниlostный запахъ, для промыванія полости былъ взятъ болѣе крѣпкій растворъ ас. carbolicі и самое про-

мываніе продолжалось довольно долго. Не смотря на это, ватка, которой вытиралась по окончаніи промыванія маточная полость, имѣла замѣтный гнилостный запахъ, пробивающійся изъ-за запаха карболовой кислоты.

Считаю здѣсь умѣстнымъ сообщить, что въ моей акушерской практикѣ съ цѣлью быстро уничтоженія гнилостнаго запаха маточныхъ выдѣленій послѣ выкидыша или родовъ съ задержаніемъ частей плодовыхъ оболочекъ, послѣда, пuerперальнаго эндометрита, послѣ родового задержанія кровяныхъ сгустковъ и гнилостнаго ихъ распада, — лучшаго дезинфицирующаго средства, какъ 10⁰/о алкогольный растворъ *aluminiumi acetici*, я не находилъ. Сколько мнѣ помнится, средство это впервые предложено *Горвицомъ*. Удаливъ предварительно изъ полости матки задержанныя части оболочекъ или кровяныхъ сгустковъ, я вытираю ее кускомъ гигроскопической ваты, наверхутой на длинный корнцангъ и омоченной въ упомянутомъ растворѣ. Вытираніе полости повторяется въ одинъ сеансъ до тѣхъ поръ, пока выведенный кусокъ ваты не даетъ ни малѣйшаго слѣда гнилостнаго запаха, а только запахъ уксусной кислоты. Послѣ того обыкновенно на шейкѣ матки оставляется глицериновый тампонъ въ теченіе сутокъ. Замѣчательно, что, послѣ такого вытиранія полости матки, черезъ 2 часа начинается пониженіе температуры, а черезъ 8—12 часовъ она становится нормальной. Болѣе одного, рѣдко двухъ разъ, въ каждомъ случаѣ мнѣ не приходилось прибѣгать къ этому средству. Растворъ *aluminiumi acetici* для больныхъ совершенно безвреденъ, а между тѣмъ, какъ *antisepticum* могущественъ. Дѣйствіе его зависитъ, повидимому, отъ образованія въ полости матки алюмин-альбумината, которымъ захватываются гнилостныя бактеріи, причемъ alcohol дѣйствуетъ на нихъ разрушающимъ образомъ. Для контроля я пробовалъ употреблять водный растворъ *alum. acet.* и дѣйствіе было значительно слабѣе. Черезъ нѣсколько часовъ появлялось снова вонючее отдѣленіе.

3) Осмотръ оперированной, у которой была сдѣлана въ сентябрѣ полная экстирпація раковой матки. Оказался рецидивъ въ глубинѣ зажившей оперированной поверхности.

Въ этихъ случаяхъ проф. *Leopold* никогда не прибѣгаетъ къ дальнѣйшему оперативному вмѣшательству, такъ какъ черезъ это ускоряется ростъ новообразованія. Поэтому сдѣлано только было прижиганіе небольшими кусочками ваты, захваченными пинцетомъ и омоченными въ цѣльной карболовой кислотѣ. Гдѣ нѣтъ такой кратерообразной поверхности, какъ въ данномъ случаѣ, а, напротивъ, новообразованіе выступаетъ, тамъ *Leopold*, по его словамъ, обыкновенно прибѣгаетъ къ прижиганію Пакеленовскимъ каутеромъ. Послѣ прижиганія вложены глицериновые тампоны.

26 декабря (7 января) была *laparotomia explorativa*. У больной констатируется злокачественная опухоль въ лѣвомъ яичникѣ и, кромѣ того, колбасовидная бугристая, нѣсколько подвижная опухоль въ области праваго паха, параллельно Пупартовой связкѣ, и отдѣльныя бугристыя опухоли въ пупочной области. Въ полости живота присутствіе водяночной жидкости.

Во время операціи положеніе больной высокотазовое, о которомъ упомя-

нуто подробно при описаніи laparotom'ий въ клиникѣ проф. *Славянскаго*. По вскрытіи живота, оказалось, что колбасовидная опухоль есть ничто иное, какъ раковое пораженіе слѣпой и ободочной кишекъ. Кромѣ того, найдено раковое перерожденіе сальника и лѣваго яичника.

По выпущеніи водяночной жидкости, брюшная рана закрыта обыкновеннымъ способомъ, который указанъ въ описаніи производства laparotom'ий въ нашихъ клиникахъ. Поверхъ шва также насыпанъ іодоформъ и положены компрессы изъ іодоформенной марли.

7 января былъ осмотръ этой больнои; оказалось полное заращеніе брюшной раны: швы были сняты. По словамъ профессора, всего чаще приходится снимать швы на 18 или 20 день послѣ операціи. Въ данномъ случаѣ сняты на 13 день.

2) *Abrasio uteri*. Больная молодая женщина, два года замужемъ, желаетъ родить. Страдаетъ endometrit'омъ haemorrhagica. Операція произведена кюреткой и довольно нѣжно. По наблюденію проф. *Leopolda*, энергичное выскабливаніе въ такихъ случаяхъ дѣлать не слѣдуетъ, такъ какъ это можетъ повести къ безплодію.

3) Также *abrasio uteri npi endometritis haemorrhagica*, но уже по исчезновеніи острыхъ воспалительныхъ явленій. Въ данномъ случаѣ раньше еще наблюдалось salpingo-oophoritis sinistra. Воспалительныя явленія исчезли отъ слѣдующей терапіи: покойное положеніе въ теченіе 8 дней, суппозиторіи изъ оіи въ vagin'у и rectum и ежедневное двухкратное спринцованіе теплой прокипяченной водой.

4) *Extirpatio miomat uteri submucosi*. Передъ операціей вытравленіе полости матки 5% растворомъ карболовой кислоты, посредствомъ небольшихъ кусочковъ ваты, захваченныхъ пинцетомъ, затѣмъ предварительные двухсторонніе разрѣзы ножницами шейки матки почти до боковыхъ сводовъ. Послѣ того полость матки расширена *Hegar*'овскими расширителями, опухоль захвачена Мюзеевскими щипцами, вытянута и удалена по частямъ полными ножницами. Операція закончена тампонаціей полости матки іодоформенной марлей, сшиваніемъ боковыхъ разрѣзовъ, затѣмъ тампонаціей іодоформенной марлей и полости влагалища.

Въ той же клиникѣ подобную операцію видѣлъ еще разъ, 18 января. Mioma labii anterioris uteri submucosum помѣщалась нѣсколько ниже и была меньше въ объемѣ.

26 Декабря (8 января). Въ этотъ день операціи не было. Проф. *Leopold* сначала просмотрѣлъ листки, въ которыхъ записывается теченіе родовъ, бывшихъ наканунѣ или въ продолженіе ночи. Подобный осмотръ производится ежедневно, если только нѣтъ въ этотъ день большой операціи.

Во время этого просмотра, профессоръ спрашиваетъ куратора, ведшаго запись о подробностяхъ родовъ, и изъ отвѣтовъ его убѣждается, на сколько онъ внимательно слѣдилъ за родовымъ процессомъ. При этомъ разъясняются всѣ недоразумѣнія, которыя могли встрѣтиться наблюдающему теченіе родовъ.

Послѣ того было упражненіе въ изслѣдованіи беременныхъ. Послѣднее, впрочемъ, производится аккуратно два раза въ недѣлю. Если оперативныхъ случаевъ хватаетъ на каждый день, тогда изслѣдованіе беременныхъ назначается въ вечерніе часы.

Я вхожу, можетъ быть, въ излишнія подробности, но, по моему мнѣнію, преподаваніе въ Дрезденской клиникѣ настолько поставлено образцово, что можетъ послужить къ подражанію. Тѣмъ болѣе, что и у насъ теперь существуютъ подобные же курсы для врачей, громадная польза которыхъ понятна каждому.

Въ акушерской клиникѣ производится преимущественно наружное изслѣдованіе, причемъ строго запрещаются разспросы беременныхъ до постановки діагноза, добытаго наружнымъ изслѣдованіемъ. Этотъ методъ изслѣдованія очень полезенъ для учащихся, потому что заставляетъ ихъ обращать вниманіе на всѣ признаки, которые могутъ помочь въ постановкѣ правильнаго діагноза. Каждый изъ изслѣдующихъ пишетъ свой діагнозъ на отдѣльномъ лоскуткѣ бумаги, и всѣ эти діагнозы прочитываются профессоромъ. Если онъ находитъ разногласіе въ распознаваніи, тогда самъ тщательно изслѣдуетъ беременную и уже устанавливаетъ правильный діагнозъ.

Изслѣдующій долженъ опредѣлить: первородящая или многородящая беременная, приблизительно какой мѣсяцъ беременности, положеніе плода, по возможности, его величину, членорасположеніе и видъ положенія; жизнь или смерть плода и мѣсто нахожденія послѣда.

Чтобы опредѣлить,—первородящая или многородящая беременная, прежде всего обращается вниманіе на кожные рубцы, старыя они или молодыя. Въ первомъ случаѣ рубцы бѣлыя, во второмъ—буроватыя. Затѣмъ у первородящихъ форма живота болѣе острая и выступаетъ впередъ, между тѣмъ какъ у многородящихъ—болѣе широкая, распластанная.

Наружное изслѣдованіе состоитъ изъ слѣдующихъ 4-хъ пріемовъ:

Изслѣдующій обыкновенно садится сбоку беременной, лежащей на спинѣ, и кладетъ обѣ руки, со сложенными другъ съ другомъ концами пальцевъ, на брюшныя покровы поперекъ, надъ дномъ матки. Вдавливая наружный или локтевой край пальцевъ подъ ложечку и оба подреберья, опредѣляетъ положеніе дна надъ пупкомъ и разстояніе отъ *processus xiphoides*. При этомъ прощупывается, лежитъ ли плодъ прямо или поперекъ, находится ли въ днѣ головка или ягодицы, и по величинѣ ихъ, по высотѣ дна надъ пупкомъ опредѣляется, приблизительно, время беременности.

Второй пріемъ: со дна матки обѣ руки переводятъ на боковыя переднія поверхности живота и кладутся плашмя по длинѣ беременной матки. Подъ одной рукой прощупываются мелкія части, а подъ другой большой длинный валикъ, соответствующій спинѣ плода.

При третьемъ пріемѣ, раздвинувъ пальцы одной руки, большимъ и концомъ средняго пальца обхватываютъ надъ *simphysis* ома *pubis* предлежащую часть плода. Если эта часть прощупывается твердой и круглой, то это означаетъ головку, а возможность подвинуть ее изъ стороны въ сторону укажетъ

на высокое еще положеніе послѣдней. Болѣе мягкая и неровная часть будетъ означать предлежаніе ягодиць. Если пальцами не прощупывается предлежащая часть, тогда головку слѣдуетъ отыскивать сбоку, гдѣ ее обыкновенно и находятъ.

Если при живомъ плодѣ прощупывается предлежащая головка или ягодицы утолщенными, съ вѣжными контурами, болѣе мягкими, чѣмъ обыкновенно, тогда слѣдуетъ предположить, что въ нижнемъ отрѣзкѣ матки прикрѣпленъ послѣдъ.

Если предлежащая часть находится уже въ срединѣ или въ выходѣ таза, тогда употребляется четвертый приемъ.

Изслѣдующій становится съ боку кровати и въ промежутокъ между подушками, медленно и вѣжно вдавливаютъ концы пальцевъ обѣихъ рукъ, мягко къ маткѣ, надъ паховыми областями, по бокамъ предлежащей части, въ глубину таза. При глубоко стоящей головкѣ, ясно ощупывается твердая круглая часть, выполняющая весь тазъ; при этомъ у нѣкоторыхъ роженицъ можно прощупать подбородокъ правой рукой, при первомъ черепномъ положеніи и лѣвой рукой, — при второмъ.

Если при этомъ замѣчается, что предлежащая часть постепенно спускается, промежность все болѣе и болѣе выпячивается, сердцебіеніе нормально, потуги правильны, въ такомъ случаѣ къ внутреннему изслѣдованію и не прибѣгаютъ.

Въ родильную врачи могутъ входить не иначе, какъ только безъ скрутокъ въ чистыхъ халатахъ. Во время родовъ должна соблюдаться во всемъ крайняя чистота. Наружные половые органы роженицы, окружающія ихъ мягкія части и всѣ складки вымываются теплой водой съ мыломъ и щеткой, а затѣмъ обмываются растворомъ сулемы (1 : 4000) или растворомъ карболовой кислоты ($2^{1/2}\%$). Большое вниманіе обращается во все время родовъ на чистое содержаніе задняго прохода, тоже самое и передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ или акушерской операціей, чтобы не занести каловыя массы во внутренніе половые органы. По наблюденію профессора, тѣ послѣродовые лихорадочные случаи, причина которыхъ непонятна, могутъ быть объяснены несоблюденіемъ упомянутой предосторожности.

Беременная, поступающая въ клинику, обязательно обмывается въ ваннѣ и одѣвается во все чистое стерилизованное бѣлье.

Если роды мертвымъ, разложившимся плодомъ, или если у родящей или у родильницы септической процессъ, врачъ, принимающій при подобныхъ родахъ или наблюдающій родильницу съ сепсисомъ, ни въ какомъ случаѣ не допускается безъ принятія ванны и передѣванія во все чистое бѣлье и платье, ни къ приему другихъ родовъ, ни къ присутствію при большихъ гинекологическихъ операціяхъ.

Для лихорадочныхъ родильницъ въ одномъ углу зданія расположены совершенно отдѣльныя палаты, изъ которыхъ, впрочемъ, входить въ общій корридоръ.

Акушерки къ внутреннему изслѣдованію роженицъ или родильницъ почти

совѣтъмъ не допускаются, но за то къ наружному тщательно пріучаются. Въ родильномъ отдѣленіи вывѣшены золотыя правила стихами, которыя каждая акушерка должна знать наизусть.

Въ правилахъ предложены слѣдующіе совѣты:

1) Наружно изслѣдуй часто, но внутренно очень рѣдко.

2) Часто выслушивай сердцебіеніе плода.

3) Никогда не сверли пальцемъ въ маточномъ зѣвѣ и безъ основанія не разрывай плодовой пузырь.

4) Если умѣешь изслѣдовать наружно, черезъ это бережешь роженицу. Снаружи можно вполнѣ опредѣлить положеніе головки, спинки, ножекъ и даже мѣсто прикрѣпленія послѣда.

5) Твои руки и ногти всегда должны быть чисты и безъ малѣйшаго запаха.

6) Если тебѣ что неясно, сейчасъ же посылай за врачомъ, иначе грозитъ опасность и матери и плоду. Сама ничего не предпринимай. Плохо, кто считаетъ себя болѣе знающимъ, чѣмъ есть на самомъ дѣлѣ.

7) Не торопись выводить послѣдъ, послѣдшность поставится тебѣ въ вину.

8) Не забывай никогда слѣдить за промежностью; при разрывѣ позаботься, чтобъ скорѣе была зашита.

9) Во время родовъ соблюдай крайнюю чистоту, тогда и родильница, и дитя заснутъ спокойно и врачу дашь покой.

10) Самая высокая задача для тебя, чтобъ каждая родильница была здорова. Если она больна, скажу тебѣ прямо и строго: твои руки не были чисты, во всемъ ты одна виновата, постарайся въ слѣдующій разъ быть исправной.

Чтобы покончить съ акушерскимъ отдѣломъ, упомяну здѣсь, что 7 (19) января настоящаго года былъ обзоръ родильницъ, у которыхъ была лихорадка послѣ родовъ.

У одной лихорадка явилась на пятый день послѣ родовъ, повидимому, вслѣдствіе задержки плодовыхъ оболочекъ. T° свыше 40° , но пульсъ не выше 120 ударовъ въ минуту. Тотчасъ же былъ положенъ ледъ на животъ, потому что больная жаловалась на сильную боль въ маткѣ. Внутрь назначенъ *оріумъ*. Черезъ два дня t° стала понижаться и пульсъ дошелъ до 90. Снаружи вмѣсто льда назначены согрѣвающие компрессы. Во время жара (обыкновенно къ вечеру) пульсъ еще доходитъ до 110. Еще черезъ 2 дня t° болѣе понизилась и сегодня, 10-й день, t° вечеромъ достигаетъ только до $38,7^{\circ}$.

Вообще, по словамъ проф. *Leopold'a*, если послѣ родовъ температура висока, но пульсъ не выше 120 ударовъ въ минуту, тогда можно съ первыхъ же дней сдѣлать благоприятный prognosis и не слѣдуетъ предпринимать какое либо внутреннее лѣченіе. Можно ограничиться, какъ въ данномъ случаѣ, льдомъ снаружи, покоемъ и опіемъ въ свѣчкахъ. По уменьшеніи острой боли, согрѣвающие компрессы. Если высокая t° съ каждымъ днемъ понижается, это доказываетъ, что задержанныя части оболочекъ и гниlostныя отдѣленія съ каждымъ днемъ самопроизвольно хорошо выдѣляются и нечего опасаться глубокаго зараженія крови. Если же черезъ два дня послѣ заболѣванія замѣчается дальнѣйшее повышеніе высокой t° и, особенно, если пульсъ свыше

120 ударовъ въ минуту, тогда непременно нужно обмыть всю полость матки 3 или 2^{1/2}‰ растворомъ карболовой кислоты и, по возможности, удалить всѣ остатки задержанныхъ плодовыхъ оболочекъ. Если не удастся сдѣлать это простымъ тщательнымъ вытираніемъ слизистой оболочки, тогда прибѣгнуть къ выскабливанію полости. Прогнозъ тогда ставится сомнительный, и непременно слѣдуетъ предупредить объ этомъ родныхъ, чтобы летальный исходъ не былъ для нихъ неожиданностью.

Вторая больная родильница имѣла послѣродовую пневмонію. Это страданіе въ данномъ случаѣ не имѣло никакого соотношенія съ половой сферой, такъ какъ ни въ маткѣ, ни въ окружающихъ ея частяхъ, никакихъ измѣненій не замѣчалось.

Третья лихорадочная больная поступила въ клинику утромъ, послѣ аборта, бывшаго на третьемъ мѣсяцѣ беременности. Изъ половыхъ частей наблюдалось гнилостное выдѣленіе.

По осмотрѣ оказалось, что плодное яйцо со своими оболочками не вполне вышло и подверглось даже гнилостному разложенію. Матка была раскрыта и яйцо оставалось въ зѣвѣ. Немедленно было все удалено и полость матки тщательно промыта, очищена и затампонирована іодоформной марлей. Такъ какъ стѣнки матки очень разрыхлены, назначенъ еще *ergotin* подъ кожу. При обходѣ вечеромъ t° уже упала до нормы.

Относительно спринцеванія полости послѣ родовъ, проф. *Leopold* высказался, что безъ понудительной причины никогда не слѣдуетъ прибѣгать къ внутриматочнымъ выполаскиваніямъ. Даже послѣ операций, какъ напр., наложенія щипцовъ, поворота на ножку, если только соблюдена при этомъ строгая асептика, то нѣтъ особой необходимости для послѣдующаго выполаскиванія, хотя всетаки, по его мнѣнію, для спокойствія совѣсти лучше сдѣлать это ¹⁾.

8 (20) января былъ разборъ случая родовъ при лежащемъ послѣдѣ, бывшихъ накануне. По мнѣнію проф. *Leopold*'а, если зѣвъ мало раскрытъ, тогда слѣдуетъ плаценту прорвать и ввести руку въ полость матки, спустить ножку и, когда она затампонируетъ отверстие, предоставить дальнѣйшее разрѣшеніе самой маткѣ, помогая во время потуги легкимъ влеченіемъ за спущенную ножку, направляя ее кпереди.

Заботиться о скоромъ выведеніи плода нѣтъ необходимости, потому что онъ почти всегда уже мертвый. Ножка же всегда отлично тампонируетъ матку и останавливаетъ дальнѣйшее кровотеченіе. Если *placenta praevia lateralis*, тогда доступную часть плодоваго пузыря слѣдуетъ прорвать и предоставить роды самой маткѣ. По истеченіи воды, обыкновенно головка, быстро спускается въ отверстіе матки, хорошо тампонируетъ это отверстіе, придавливая отлученную поверхность плаценты къ маточной стѣнкѣ. Только при долго-

¹⁾ Для спринцеванія матки *Leopold* всегда употребляетъ 2^{1/2}‰ растворъ карболовой кислоты.

временно-продолжающемся кровотеченіи, послѣ разрыва, слѣдуетъ прибѣгать къ повороту на ножки. Послѣ поворота,—выполаскиваніе матки.

12 (24) января вечеромъ. Было наложеніе щипцовъ, вслѣдствіе затянувшихся родовъ. Положеніе плода—первое черепное. Ребенокъ живой. Боли начались съ 9 (21) января. Матка накануне, въ 8 часовъ вечера, была открыта въ величину пяти марковой серебряной монеты. Сегодня въ 7 утра, раскрыта вполнѣ; головка въ срединѣ таза. Послѣ полудня потугъ нѣтъ. Приготовленіе къ операциі было слѣдующее: обмываніе наружныхъ половыхъ частей теплой, прокипяченной водой съ мыломъ, затѣмъ обмываніе теплымъ растворомъ сулемы 1 : 4000; тѣмъ же растворомъ спринцованіе влагалища. (Для полости же матки уже упомянуто, какой употребляется растворъ) Руки оператора, ассистента проф. *Leopold'a*, вымыты, по обыкновенію, въ теченіе 9 минутъ. Щипцы, лежавшіе въ тепломъ растворѣ 2¹/₂% карболовой кислоты, намазаны вазелиномъ, находящимся въ банкѣ, погруженной въ 3% растворъ карболой кислоты, налитой въ тазикъ.

Ребенокъ выведенъ въ глубокообморочномъ состояніи и, не смотря на продолжительное усиліе привести его къ жизни, послѣ нѣсколькихъ неполныхъ вдыханій—умеръ. По удаленіи послѣда, оказалось значительное кровотеченіе, а между тѣмъ матка на ошупь сократилась хорошо. По осмотрѣ найдено два значительныхъ боковыхъ разрыва въ шейкѣ матки, причемъ часть передняго лоскутка представляла раздавленную, омертвѣлую массу. Эта часть была удалена ножницами. Полость матки и влагалища проспринцована 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты, мѣста разрыва и отрѣза присыпаны іодоформомъ, шейка матки и влагалище затампонированы іодоформной марлей. Кровотеченіе остановилось. Послѣ того наружныя части обмыты растворомъ сулемы (1 : 4000), обсушены компрессами стерилизованной марли. Родильница перенесена въ приготовленную постель.

Кромѣ какъ при слабости потугъ и суженіи таза, проф. *Leopold* накладываетъ щипцы и въ томъ случаѣ, если роженица первородящая и воды сошли уже два дня.

При эклямписі, пока маточное устье узко, по мнѣнію проф. *Leopold'a*, никогда не слѣдуетъ прибѣгать къ операциі, а должно назначить покой, наркотическія средства и выжидать самопроизвольнаго родоразрѣшенія, потому что въ подобныхъ случаяхъ ускореніе родовъ обыкновенно не приводитъ къ благоприятному результату.

Относительно частоты наложенія щипцовъ имѣются слѣдующія данныя, которыя здѣсь и привожу изъ сочиненія *Leopold'a*: «Die Beschränkung der inneren und die grossmögliche Verwerthung der äusseren Untersuchung in der Geburtshülfe. 1890».

Такъ, наложеніе щипцовъ въ 1886, 87, 88, 89 годахъ было:
въ 52, 27, 27, 31 случаяхъ.

Сумма всевозможныхъ операций: 207, 189, 201, 205.

Предлежаній послѣда: 5, 18, 7, 11.

Эклямписій: 10, 10, 6, 9.

Всѣхъ разрѣшившихся женщинъ въ акушерской клиникѣ проф. <i>Leopolda</i> 'а			
въ 1886 г. было 1387,	процентъ смертности	=	1 ⁰ / ₀ ,
» 1887 » » 1388,	» »	также	= 1 ⁰ / ₀ ,
» 1888 » » 1369,	» »	=	1,09 ⁰ / ₀
» 1889 » » 1276,	» »	=	1,02 ⁰ / ₀

Въ Дрезденѣ я пробылъ цѣлый мѣсяцъ и въ теченіе этого времени видѣлъ изъ большихъ гинекологическихъ операций, кромѣ упомянутой выше *Laparotomiae explorativae* еще слѣдующія: *Laparocystotomiam*, 3 раза *Extirpationem uteri totalem per vaginam*, затѣмъ *Laparotomiam*, по случаю *rupturae* матки и *laparokelyphoectomiam*.

Laparocystotomia была сдѣлана по случаю *parovarial'*ной кисты съ лѣвой стороны.

Положеніе оперируемой также высокотазовое. Передъ удаленіемъ кисты между ея нижней периферіей и яичникомъ подведена двойная лигатура, которой, съ одной стороны, перевязанъ маточный конецъ трубы, а съ другой, *arteria spermatica*, за фимбриальнымъ концомъ той же трубы. Такимъ образомъ, удалена киста съ частью маточной трубы, а яичникъ, какъ неизмѣненный, оставленъ на мѣстѣ. Такъ какъ культи нѣсколько кровоточила, поэтому она захвачена Пеановскимъ пинцетомъ, а за нимъ еще разъ перевязана новой лигатурой. Кромѣ того, поверхность культи прижжена Пакеленовскимъ каутеромъ. Сшиваніе брюшной раны и наложеніе повязки уже указано выше.

Операция полного удаленія матки черезъ влагалище всѣ три раза произведена была по одному методу, который нѣсколько разнится отъ методовъ, описанныхъ мною въ нашихъ и берлинскихъ клиникахъ.

Постараюсь подробно описать именно ту операцию, замѣчательную по встрѣтившемуся осложненію, безкровности и быстротѣ производства, которая была сдѣлана 15 (27) января, по случаю раковаго перерожденія тѣла матки.

Влагалище сначала обмыто 2¹/₂⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты и затѣмъ введенъ тампонъ въ прямую кишку. Послѣдній приемъ имѣетъ важное значеніе. Несоблюденіе этой предосторожности очень часто ведетъ къ тому, что во-время операциі, несмотря на предварительное опорожненіе кишки клпстиромъ, происходитъ выдѣленіе каловыхъ массъ. Очищеніе послѣднихъ часто не во время прерываетъ операцию и удлиняетъ ея продолжительность.

Далѣе, по введеніи тампона въ *rectum*, произведена катетеризація для опорожненія мочеваго пузыря. Съ помощью Симоновскаго зеркала передняя губа матки захвачена Мюезевскими щипцами, матка прозондирована, вытерта ваткой съ 5⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты и полость затампонирована іодоформной марлей. Цѣль этой предосторожности указана мною раньше.

Удаливъ зеркало и вытянувъ фиксированную матку катетромъ, определена нижняя граница мочеваго пузыря и тотчасъ же ниже ея сдѣланъ круговой разрѣзъ на влагалищной части матки. Отсепаровавъ кругомъ влагалищный сводъ отъ маточной шейки, вскрыто Дугласово пространство. Отверстіе прорѣзано небольшое, достаточное только для введенія пальца. Длиннымъ пинцетомъ захваченъ задній край влагалищной раны и наложенъ шовъ

черезъ край, для соединенія брюшины съ влагалищной стѣнкой. Послѣ того введены во влагалище боковые подъемники для натяженія боковыхъ сводовъ. Въ Дугласово пространство введенъ палецъ и по немъ, сначала слѣва, наложена двойная шелковая лигатура тупой иглой Deschamp'a на arteriam uterinam sinistram.

Подъ этой лигатурой сдѣланъ отрѣзъ влагалищнаго свода ближе къ маточной ткани. Вторая лигатура той же иглой наложена дальше кверху и кпереди, и отрѣзъ ножницами опять таки ближе къ маткѣ. Послѣ третьей лигатуры влагалище отдѣлено отъ матки до середины передней ея поверхности. Каждый отрѣзъ ножницами оканчивается какъ разъ подъ верхнимъ концомъ лигатурной петли. Такимъ же путемъ наложены лигатуры справа, и влагалищный сводъ отдѣленъ кругомъ. Разрѣзъ производится по пальцу. Во время операціи употребляется постоянное орошеніе. Такимъ образомъ, описываемая операція начинается круговымъ разрѣзомъ, какъ въ нашихъ клиникахъ, далѣе брюшина вскрывается первѣе всего сзади, какъ это дѣлаетъ *Martin*, но дальнѣйшее отдѣленіе влагалищнаго свода отъ матки производится шагъ за шагомъ, только послѣ предварительнаго наложенія тупой иглой лигатуръ en masse на сосуды. Острыхъ иглъ совсѣмъ не употребляется, и, слѣдовательно, нѣтъ примѣненія матрацнаго шва, накладываніе котораго всетаки требуетъ извѣстнаго времени и часто довольно затруднительно, смотря, конечно, по влагалищу.

При попыткѣ ниспустить матку, она разорвалась по передней поверхности, такъ какъ тѣло и часть дна ея оказались разрушенными раковымъ новообразованіемъ. Вслѣдствіе разрыва, раковыя массы попали въ полость Дугласа. Захвативъ матку за дно Нелятоновскими щипцами и спустивъ книзу, проф. *Leopold* быстро наложилъ лигатуры en masse на маточные концы трубъ и удалилъ матку. Полость Дугласа была тщательно очищена губками, пропитанными 5% растворомъ карболовой кислоты. Такъ какъ сквозная рана оказалась велика, то края ея посрединѣ спереди назадъ были соединены однимъ швомъ и двойное отверстіе, образовавшееся по бокамъ мостика, затампонировано іодоформной марлей.

Leopold употребляетъ послѣ экстирпаціи uteri короткіе, свернутые, круглые тампоны, изъ іодоформной марли; которые вводятся въ отверстіе согнутыми посрединѣ. Отъ такихъ тампоновъ, по словамъ профессора, лучше всего останавливается краевое кровотеченіе влагалищной раны, потому что они, вслѣдствіе упругости, расправляются и тѣмъ самымъ придавливаютъ края раны. Послѣ этихъ тампоновъ концы лигатуръ были коротко обрѣзаны и полость влагалища еще затампонирована кускомъ іодоформеннаго газа.

Extirpatio uteri totalis per vaginam (14 и 19 января) была произведена, по случаю раковаго пораженія маточной шейки и въ оба раза прежде, чѣмъ сдѣлать круговой разрѣзъ на шейкѣ матки; раковое новообразованіе, насколько возможно, было выскоблено, поверхность прижжена 5% растворомъ карболовой кислоты.

Во время операціи, 19 января, arteriae uterinae оказались очень широки,

поэтому каждая из них перевязана по два раза двойной лигатурой и кромѣ того наложена лигатура и на боковую восходящую часть артерій. При вытягиваніи матки съ правой стороны спустилась труба и яичникъ, которые и были удалены вмѣстѣ съ маткой.

По окончаніи операціи замѣченъ надрывъ задней стѣнки влагалища отъ сильнаго расширенія зеркаломъ. Передъ наложеніемъ большаго влагалищнаго тампона, надрывъ этотъ былъ зашитъ узловатымъ швомъ.

При осмотрѣ удаленной матки видно было, что, по случаю низкаго положенія границы мочеваго пузыря, разрѣзъ спереди шейки былъ направленъ сверху внизъ, по направленію къ нижней границѣ передней маточной губы, а затѣмъ уже произведено отсепарованіе влагалищнаго свода и мочеваго пузыря отъ передней стѣнки матки.

Пр. *Leopold* совѣтуетъ, по возможности, удалять вмѣстѣ съ маткой и яичники, несмотря на ихъ видимую нормальность, такъ какъ нѣсколько разъ наблюдался рецидивъ рака именно въ оставшихся яичникахъ. Кромѣ того, бывали случаи, что послѣ экстирпаціи вскорѣ являлись обильныя истеченія, и при осмотрѣ находили раздраженія въ видѣ пѣтушьяго гребешка. При тщательномъ изслѣдованіи оказывалось, что это былъ опухшій абдоминальный конецъ (фимбриальный) трубы, которая слѣдовала за выпавшимъ яичникомъ. Въ этихъ случаяхъ обыкновенно приходится удалять эти части посредствомъ Пакеленовскаго отжигателя.

Полную экстирпацію матки пр. *Leopold* предпринимаетъ не только при раковомъ перерожденіи, но также при пролапсѣ и по случаю тяжелыхъ неврозовъ, зависящихъ отъ матки. Онъ думаетъ также, что, въ виду благоприятнаго исхода этой операціи, ее можно предпринимать и при страданіи маточныхъ придатковъ, какъ напр. salpingit'ахъ и цистозныхъ перерожденіяхъ яичниковъ, а также при небольшихъ міомахъ.

Изъ наблюденій раковыхъ оперированныхъ въ теченіе 5^{1/2} лѣтъ, *предсказаніе относительно рецидивовъ всего хуже у страдавшихъ ракомъ шейки, затѣмъ лучше при пораженіи тѣла, а самое лучшее при ракъ рывца.*

16 (28) января. Laparotomia, по случаю ruptur'ы uterі во время родовъ. Вслѣдствіе полнаго отсутствія потугъ наложены были щипцы. Роды были накануне. При удаленіи послѣда, т. к. было сильное кровотеченіе, проф. нашель большой разрывъ въ лѣвой сторонѣ матки, почти до мѣста отхожденія лѣвой круглой связки. При равномерномъ давленіи помощника надъ мѣстомъ разрыва въ лѣвомъ паху, полость матки была затампонирована полосками іодоформенной марли, затѣмъ на лѣвый пахъ наложена равномерно давящая повязка.

Въ виду наступающихъ признаковъ остраго малокровія, предполагая при этомъ внутреннее кровотеченіе, рѣшено сдѣлать laparotom'ю съ цѣлью зашити rupturam. По вскрытіи живота, матка была вытащена наружу и на шейку ея наложенъ эластическій жгутъ. Черезъ разрывъ изъ матки удалены тампоны. Матка, несмотря на раздраженіе, остается расслабленной. Полость брюшины была вытерта отъ крови губками и стерилизованной марлей. Жгутъ

былъ немного расслабленъ, но кровотеченія не оказалось. Тогда жгутъ снятъ и маточная рана зашита кетгуттомъ однимъ непрерывнымъ швомъ. Во время сшиванія раны, пульсъ оперированной оказался очень слабымъ, почему хлороформированіе тотчасъ же приостановлено и подъ кожу сдѣлана инъекція эфира въ количествѣ двухъ шприцовъ.

Очистивъ еще разъ полость брюшины, за матку, въ сторону разрыва, былъ введенъ тампонъ изъ іодоформенной марли, конецъ котораго укрѣпленъ въ нижнемъ углу брюшной раны. Сдѣлано было это съ цѣлью дренировать полость брюшины. Къ концу закрытія брюшной раны больная начала съ трудомъ дышать. Несмотря на принятые мѣры оживленія: искусственное дыханіе, стягиваніе ногъ бинтомъ *Эсмарха*, подниманіе ногъ вверхъ, растираніе верхнихъ конечностей, вливаніе въ полость брюшины нормального раствора соли (6 : 1000), оперированная черезъ 10 минутъ, по окончаніи операціи, умерла.

Профессоръ замѣтилъ при этомъ, что онъ заранѣе боялся такого исхода, потому что родильница потеряла очень много крови во время родовъ и потомъ, несмотря на раздраженіе отъ наложенія щипцовъ, выведенія рукой послѣда, тампонацію, матка всетаки сократилась очень плохо. Наконецъ, манипуляція во время операціи, какъ всѣ видѣли, не произвела никакого вліянія на сокращеніе. Матка оставалась расслабленной.

Признакъ этотъ очень дурной и въ большинствѣ случаевъ операція не достигаетъ своей цѣли, т. е. оперируемая умираетъ. Между тѣмъ оставить этотъ случай безъ laparotomy было нельзя, потому что тогда завѣдомо обрекли бы больную на смерть, между тѣмъ какъ въ болѣе благоприятныхъ случаяхъ laparotomy спасаетъ больныхъ.

Laparokelyphoectomy. 21 января (2 февраля). Больная, которой сдѣлана эта операція, была осмотрѣна за три дня передъ этимъ (17 (29) января). У нея не было кровей съ марта мѣсяца прошлаго года. Въ сентябрѣ показалось небольшое кровоотдѣленіе, продолжавшееся дня два, а затѣмъ до настоящаго осмотра не было ни кровей, ни бѣлей. По наружному осмотру: поперечное положеніе плода, головка вправо, ножки влѣво, спинка впередъ. Въ виду того, что послѣднія крови были 4 марта, въ данномъ случаѣ предполагается или запоздалые роды или вѣматочная беременность.

По внутреннему осмотру: матка лежитъ вправо, она пуста, увеличена нѣсколько въ длину и ширину. Длина ея равняется 14 сантим. Такимъ образомъ діагнозъ за *graviditas extrauterina*. По выслушиванію и отсутствію движенія—плодъ мертвый.

Во время операціи положеніе больной высокотазовое. Начало разрѣза слѣва, выше пупка. Ткани отсепарованы очень осторожно. Затѣмъ, по вскрытіи брюшины, разрѣзъ продолженъ почти до *scrobiculum* и до лобка.

Послѣ того брюшина сшита съ краями каждой раны, въ двухъ мѣстахъ съ каждой стороны. Сальникъ оказался приращеннымъ къ передней поверхности плодоваго мѣшка. Сальникъ перевязанъ двумя лигатурами *en masse* и между ними разрѣзанъ.

Послѣ того осторожное постепенное ниспусканіе рукъ за опухоль и вы-

ведение ея изъ полости живота. Справа и на задней поверхности сращеніе съ кишками. Отлущеніе ихъ ручкой ножа, пальцами и ножомъ. Въ одномъ мѣстѣ сзади на вскрытую артерію наложена лигатура. Далѣе книзу, по направленію ко дву тазовой полости, плодовый мѣшокъ осторожно отсепарованъ, при этомъ вскрытыя бьющія артерійки захвачены пинцетами *Peau*'а. Потомъ больная изъ высокотазоваго положенія переведена въ горизонтальное. Тупымъ крючкомъ (иглою *Deschamp*'а) черезъ правую широкую связку наложена двойная лигатура, причемъ одной лигатурой была перевязана труба у маточнаго конца, а другой за фимбриальнымъ концомъ. Это сдѣлано для того, чтобы удалить увеличенную въ объемъ трубу и кистовидно перерожденный правый яичникъ. Дальше снова отсепаровка приращенія въ глубинѣ таза, слѣва и сзади плодовой оцухолы, съ которой матка составляетъ одно цѣлое.

По мѣрѣ отсепарованія и вытяженія опухоли, въ полость брюшины вводились большія губки. Слева и внизу болѣе крѣпкое сращеніе, которое оказалось *arteria spermatica*. На нее наложено двѣ лигатуры, между которыми она и перерѣзана. Внизъ, болѣе въ глубину таза, подъ опухолью еще двѣ лигатуры и между ними опять перерѣзка. Такимъ образомъ опухоль слева была отдѣлена до шейки матки. Послѣ того на шейку матки, составлявшую какъ бы ножку опухоли, наложенъ эластическій жгутъ. Надъ нимъ матка, идя слева направо и нѣсколько вверхъ, перевязана лигатурами на три части.

Послѣ перевязки, повыше лигатуръ наложенъ еще металлическій жомъ-пинцетъ, надъ которымъ уже вся плодовая опухоль съ отрѣзкомъ матки цѣликомъ удалена посредствомъ ножа.

Послѣ того ложе опухоли—полость отлущенной широкой связки—въ кровотокащихъ мѣстахъ захвачена *Пеановскими* пинцетами и за послѣдними перевязана лигатурами. Полость таза очищена отъ кровавыхъ сгустковъ. Ложе опухоли затампонировано іодоформнымъ газомъ, конецъ котораго выведенъ въ нижній уголъ брюшной раны. Такъ какъ послѣдняя была очень велика и кишки удерживать было затруднительно, то ее, послѣ удаленія опухоли, тотчасъ начали сшивать сверху. Послѣ 3-го шва, губки изъ полости брюшины выведены, а послѣ 6-го, сшивание раны продолжалось уже снизу.

Прежде всего ножка или шейка матки, пониже жгута, сначала слева, а потомъ справа прикрѣплена была лигатурами къ внутреннему краю брюшной раны, и повыше жгута къ наружному. Затѣмъ игла со слѣдующей лигатурой вколота въ лѣвый край брюшной раны, въ заднюю периферію шейки подъ жгутомъ и выколота черезъ правый край брюшной раны. По затягиваніи лигатуры ножка или шейка матки со жгутомъ и жомомъ оказалась поверхъ брюшной раны. Конецъ іодоформнаго дренажа также захваченъ въ одинъ изъ швовъ.

Послѣ закрытія наружной раны, культя надъ жомомъ энергично прижжена термокаутеромъ *Пакелена*; жомъ снятъ. Сквозь фиксированную ножку еще проведена толстая копьевидная игла. Подъ ея концы подложены круглыя, короткія изъ іодоформеннаго газа валики, чтобы защитить кожу живота отъ

давленія концовъ толстой иглы. Кромѣ того вся периферія ножки обложена іодоформной марлей.

Прижженная поверхность ножки покрыта іодоформнымъ компрессомъ и наложена общая на животъ повязка.

По наблюденію профессора, часть ножки или шейки матки подъ жгутомъ обыкновенно черезъ 10—12 дней отдѣляется вмѣстѣ съ эластической трубкой.

По осмотру удаленной опухоли оказалось трубнояичниковая беременность (*gravidatas tubo-ovarica sinistra*). Опухоль отдана для замораживанія.

Такъ какъ я на другой же день уѣхалъ изъ Дрездена, то дополнительныя свѣдѣнія объ этомъ случаѣ получилъ уже въ Парижѣ, благодаря любезности моего коллеги, доктора *Миронова*, который въ одно время со мною былъ въ той же клиникѣ.

26 января (7 февр.) былъ сдѣланъ распилъ замороженнаго препарата внѣматочной беременности, и оказалось, что placenta лежала внизу мѣшка, въ Дугласовомъ пространствѣ, а ребенокъ въ первомъ ягодичномъ положеніи.

Больная первые два дня имѣла очень частый пульсъ (140) и t° поднималась до 38,2, но общій видъ былъ хорошъ.

Затѣмъ все это прошло и больная 27 янв. (8 февр.) была на пути къ выздоровленію.

Марлевый тампонъ, оставленный въ животѣ, на 3-и сутки былъ удаленъ, и отверстіе въ брюшной ранѣ заткнули небольшимъ кускомъ новой іодоформной марли.

25 янв. (6 февр.) была вторая лапаротомія, по случаю внѣматочной пяти мѣсячной беременности. Мѣшокъ удалось вынуть также цѣликомъ. На слѣдующій день у больной были явленія внутренняго кровотеченія, т. к. ей не тампонировали ложе вынутаго мѣшка, а закрыли брюшную рану вполнѣ.

Въ день сообщенія мнѣ объ этомъ случаѣ 27 янв. (8 февр.) больная была въ очень хорошемъ состояніи.

Затѣмъ докторъ *Мироновъ* сообщилъ, что всѣ три случая *extirpationum totalium uteri per vaginam*, видѣнныхъ мною, отлично поправляются.

Изъ малыхъ операций, кромѣ указанныхъ вначалѣ этихъ замѣтокъ, видѣлъ въ Дрезденской клиникѣ еще слѣдующія:

1) (3 (15) января). Вскрытіе Дугласова пространства, съ цѣлью тщательнаго внутренняго изслѣдованія. У больной трудно было рѣшить, заматочная ли кровяная опухоль, или киста. Оказалась киста. Отверстіе зашито; во влагалище введенъ іодоформный тампонъ. По заживленіи предполагается сдѣлать *laparotomiam*.

2) Въ тотъ же день былъ осмотръ оперированной, на 12 день, послѣ удаленія праваго яичника *per vaginam*. У больной нѣсколько мѣсяцевъ назадъ была *ovariotomia*, по случаю кисты лѣваго яичника. Послѣ снова явились боли въ животѣ и по изслѣдованіи найдена была подобная киста и въ правомъ яичникѣ. Теперь заживленіе. Послѣ обмыванія влагалища 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты, снова тампонація влагалища іодоформнымъ газомъ.

3) Затѣмъ снятіе швовъ у оперированной 24 декабря (5 января) (Colporrhinea).—Почти полное заживленіе. Для предосторожности, верхній шовъ на perineum еще оставленъ.

4) Далѣе осмотръ больной съ perimetrit'омъ и fixat'іей uteri in retropositione. Регулы у этой больной очень обильны, по 7 дней, а потомъ еще тянутся кровавистые бѣли дней 10. Промежутки между регулами 3 недѣли.

5) Осмотръ больной, послѣ вскрытія праваго гнѣснаго parametrit'a extraperitoneal'нымъ путемъ, бывшаго 14 дней тому назадъ. Выведено было громадное количество гноя. Теперь полное выздоровленіе.

6) Удаленіе тампоновъ, послѣ extirpationis uteri per vaginam, бывшей 24 декабря. Сегодня 10 дней. Обыкновенно удаленіе тампоновъ послѣ экстирпациіи бываетъ на 10—12 день.

Вынутый тампонъ имѣлъ сильный гнилостный запахъ. На мое замѣчаніе, почему профессоръ, въ виду такого запаха, не производитъ упомянутую операцію безъ тампонаціи, какъ дѣлаетъ это *Martin* въ Берлинѣ, онъ отвѣтилъ мнѣ, что пока результаты у него послѣ этой операціи лучше, чѣмъ у *Martin* а, и потому, чтобъ подражать послѣднему, онъ подождетъ дальнѣйшихъ наблюденій.

4-го января была *abrasio uteri*, послѣ аборта. Въ данномъ случаѣ существовало *retroflexio uteri gravidi* и произошелъ абортъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Въ виду продолжающагося послѣ того кровотеченія, матка расширена въ теченіе сутокъ ляминаріемъ.

По удаленіи послѣдняго, влагалище промыто растворомъ карболовой кислоты ($2\frac{1}{2}\%$), а полость матки очищена ваткой съ 5% растворомъ той же кислоты и еще расширена *Hegar*'овскими расширителями до послѣдняго (20-го) номера.

Затѣмъ снова очищена полость матки и наконецъ сдѣлано выскабливаніе.

Выскабливаніе матки при мнѣ всего было 17 разъ и производство во всѣхъ случаяхъ одинаково, какъ описано мною въ началѣ.

Примѣнялось оно въ случаяхъ хроническаго *endometrit'a*, *endometr. haemorrhag.*, при маленькихъ полипахъ на слизистой оболочкѣ матки, при задержкѣ плодовыхъ оболочекъ, остатковъ плаценты, при ракѣ матки, въ послѣднемъ случаѣ, какъ съ цѣлью лѣченія, такъ съ цѣлью діагностики.

Профессоръ *Leopold* чаще всего употребляетъ кюретку *Sims'a* и послѣ нея двойную ложечку *Recamier Roux*. Передъ выскабливаніемъ и послѣ него всегда вытираютъ полость матки 5% растворомъ карболовой кислоты. Въ случаѣ кровотеченія изъ полости, вытираютъ ее еще цѣльнымъ растворомъ *liquoris ferri sesquichlorati* и обыкновенно заканчиваютъ эту операцію тампонаціей влагалища глицериновыми тампонами.

Въ этотъ же день былъ осмотръ двухъ больныхъ подъ хлороформомъ.

У одной изъ нихъ, не смотря на тщательное изслѣдованіе, не найдено никакихъ измѣненій въ половой сферѣ. Между тѣмъ у нея сильно развитая нейростенія, которая явилась непосредственно послѣ *Emmet*'овской операціи, сдѣланной однимъ изъ врачей, по случаю незначительнаго надрыва на шейкѣ

матки. По словам проф., вообще слѣдуетъ остерегаться, безъ уважительной причины, прибѣгать къ упомянутой операціи. Такой исходъ, по его наблюденію ужь не первый разъ.

16 (18) января была *colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia*, по причинѣ полного выпаденія матки и влагалища. Въ данномъ случаѣ матка нѣсколько увеличена въ объемѣ, длина полости 8 сант. Влагалищная часть гипертрофирована. Послѣ предварительнаго обмыванія влагалища, катетеризація и вытираніе полости матки карболовымъ растворомъ. На шейкѣ матки сдѣланы были боковые разрѣзы, и нижніе концы овальнаго освѣженія на передней стѣнкѣ влагалища соединены съ боковыми разрѣзами матки. Освѣженіе сдѣлано въ два приема. Сначала до середины овала, затѣмъ вырѣзанъ нижній сегментъ. Операція при постоянномъ орошеніи растворомъ кислоты (1⁰/о). Неровности раненой поверхности срѣзаны ножницами. Въ виду кровоточивости раны, швы (шелкомъ) положены частые. Между каждыми двумя глубокими тотчасъ же накладывается поверхностный. Освѣженіе, а слѣдовательно и шовъ, были сдѣланы до верхушки передней губы. Послѣдняя срѣзана и сшита спеди назадъ.

Нижняя губа осталась выстоящей, поэтому и въ ней произведена коническая экцизія и шиваніе краевъ спереди назадъ. Лигатуры обрѣзаны коротко. Матка вправлена. Затѣмъ освѣженіе треугольника на задней стѣнкѣ влагалища. Основаніе по нижнему краю половой щели.

Освѣженіе также въ два приема.

Когда верхняя половина треугольника была сшита, видно было, что, по случаю разрыхленія тканей, поле освѣженія мало; тогда боковыя стороны треугольника доведены разрѣзомъ до конца малыхъ губъ, а основаніе спущено на промежность.

Операція продолжалась $\frac{3}{4}$ часа. По окончаніи поверхность шва обсыпана іодоформомъ. Въ uret'у вставленъ катетеръ а *deshoure*; конечности сближены и связаны.

Въ тотъ же день былъ осмотръ оперированной, у которой 24 декабря (5 января) была сдѣлана *colpoperineorrhaphia*. Найдено полное заживленіе.

На слѣдующій день 8 (20) января опять *colporrhaphia posterior* и операція *Emmet'a unilateralis* у одной и той же больной. — На влагалищной части матки слѣва наблюдается довольно высокій давній разрывъ и вслѣдствіе этого *ectropion*. Кромѣ того оказался *prolapsus* задней стѣнки влагалища. *Colporrhaphia posterior* сдѣлана совершенно такъ же, какъ только что описано. Не было только захвачено промежности, основаніе треугольника освѣженія какъ разъ приходится по нижнему краю половой щели. Подобная операція, послѣдняя мною видѣнная, была сдѣлана 21 января.

Двухсторонняя операція Emmet'a произведена была на слѣдующій день. Разрывъ доходилъ почти до боковыхъ сводовъ. Длина матки равнялась $9\frac{1}{2}$ сант.

Операція начата очищеніемъ полости матки, ея выскабливаемъ, а затѣмъ уже освѣженіемъ разрывовъ и шиваніемъ. Не смотря на увеличеніе длины

матки, профессоръ не произвелъ конической excisii маточныхъ губъ, потому что, по его мнѣнію, для сокращенія матки до нормальнаго объема, достаточно сдѣланной абразии и Emmet'овской операціи.

Въ свѣжихъ случаяхъ, при неполной involuti'i матки, напримѣръ, вслѣдствіе retroflexio post partum, часто, подѣ влияніямъ выправленія зондомъ и abrasionis, involuti'a восстанавливается, и матка достигаетъ до нормальной величины.

Черезъ два дня, т. е. 12 (24) января, интересна была операція—colporineoplastica. Интересъ заключался въ томъ, что, кромѣ разрыва промежности, существовала еще недалеко отъ входа во влагалище fistula recto—vaginalis, которая и была уничтожена простымъ разрѣзомъ по желобоватому зонду остатка промежности. Затѣмъ сдѣлано освѣженіе за верхнимъ краемъ фистулы и по бокамъ разрѣза промежности въ видѣ бабочки.

Операція и шиваніе со стороны прямой кишки произведены по способу Simon'a. Видоизмѣненіе способа наложения шва, которое предлагаетъ проф. Ommъ, Leopold ни разу не примѣнялъ.

Изъ другихъ малыхъ операцій видѣлъ еще 15 (27) января уничтоженіе atresiae vaginae.

Въ мѣстѣ atresiae существовали только два очень небольшихъ отверстія вправо и влево. Мостикъ между отверстиями разрѣзанъ пуговчатымъ ножомъ, которымъ сдѣланы и надрѣзы влагалища сбоку. Потомъ введенъ зондъ, хотя съ трудомъ, прямо въ полость матки. Затрудненіе при введеніи указало на stenosis ostii externi et interni.

Большая не родящая, среднихъ лѣтъ, желаетъ родить, поэтому сдѣланы въ шейкѣ боковые разрѣзы и затѣмъ введены въ полость матки Hegar'овскіе расширители до двѣнадцатаго номера и, кромѣ того, введенъ на нѣсколько часовъ laminarium. Влагалище затампонировано іодоформной марлей

16 (28) января былъ другой случай атрезіи влагалища, на незначительномъ разстояніи отъ шейки матки, съ одиночнымъ узкимъ отверстіемъ, ближе къ верхней или передней стѣнкѣ влагалища. Въ это отверстіе былъ введенъ наканунѣ ламинарій на сутки, и, по осмотрѣ послѣ того, шейка матки лежитъ тотчасъ же за расширеннымъ отверстіемъ въ мѣстѣ атрезіи.

Вслѣдствіе отъ повторнаго введенія laminar'ий атрезія была окончательно уничтожена.

19 (31) января было удаленіе фибрознаго полипа съ передней губы матки. Ножка полипа толщиной въ перо. Не смотря на простое откручиваніе полипа, всетаки были соблюдены всѣ обычные предварительные приемы, т. е. обмываніе влагалища и очищеніе полости матки 5% растворомъ карболовой кислоты. По удаленіи полипа, произведено выскабливаніе кюреткой въ мѣстѣ прикрѣпленія ножки, затѣмъ снова очищеніе полости шейки и тампонація ея узкой полоской іодоформнаго газа. — Въ тотъ же день былъ осмотръ подѣ хлороформомъ больной съ carcinom'ой cavitatis corporis uteri. Зондъ, введенный въ полость матки, давалъ ощущеніе присутствія бугроватыхъ разраженій и, при движеніи вверхъ и внизъ, въ полости чувствуется какъ бы

присутствіе грубой щетки. Рыльце представляет воздреватую ткань, кровь сочится из нея точно из губки. Для удостовѣренія точности діагноза было произведено выскабливаніе кюреткой полости, и извлечены частички ткани для осмотра подъ микроскопомъ.

Въ тѣ дни, когда въ клиникѣ нѣтъ операций и пѣтъ беременныхъ для изслѣдованій, производится осмотръ гинекологическихъ больныхъ. Въ случаяхъ, затруднительныхъ для діагноза, всегда прибѣгаютъ къ хлороформированію. Изслѣдованія производятся тщательно, и очень рѣдко діагнозъ не оправдывается. При этомъ проф. въ случаяхъ, сколько нибудь затруднительныхъ, каждый разъ наглядно разъясняетъ свой діагнозъ рисунками на доскѣ.

Чтобы закончить наблюденія относительно клиники проф. *Leopold'a* я долженъ сказать, что онъ строго преслѣдуетъ, какъ въ гинекологіи, такъ и въ акушерствѣ, асептику, а особенно антисептику.

Кромѣ указанныхъ подготовительныхъ приемовъ передъ большими и малыми операциями, во время послѣднихъ примѣняется еще постоянное орошеніе черезъ зеркало *Fritsch'a* (съ приспособленіемъ для постоянныхъ ирригацій), тяжелая ручка котораго кладется на животъ; самое зеркало или вводится по верхней стѣнкѣ влагалища въ глубину, или только въ началѣ входа. Трубочка съ краномъ, на верхнемъ краѣ зеркала, соединяется посредствомъ резиновой трубки съ 1^o/о растворомъ карболовой кислоты, а для вытеканія постоянной струи находится поперечная щель у нижняго конца зеркала. Кромѣ того при всякой операциі, гдѣ необходимо помощникамъ поддерживать ноги оперируемой, онѣ покрываются кругомъ полотенцами смоченными растворомъ сулемы (1 : 2000). Это дѣлается съ цѣлью, чтобы руки помощниковъ не касались предметовъ, не подвергнутыхъ антисептикѣ.

Если во время операциі какой либо инструментъ нечаянно падаетъ на полъ, его тотчасъ же откладываютъ въ сторону и въ этотъ день больше въ дѣло не употребляютъ.

Инструменты передъ операцией моются сначала въ теплой водѣ съ мыломъ, обсушиваются, затѣмъ намазываются посредствомъ щетки мазью, состоящей изъ *Schmirgel'я* и *Klaufenfett'a*. Этой мазью инструменты отлично вычищаются. Послѣ того всѣ углубленія и бороздки тщательно очищаются стальной иглой. Наконецъ инструменты натираются вѣнской известью и вытираются замшей.

Передъ каждой операцией очищенные сказаннымъ образомъ инструменты опускаются 2¹/₂^o/о растворъ карболовой кислоты, въ которомъ и остаются во все время операциі.

Губки, хорошо смоченныя водой, крѣпко выжимаются и кладутся въ теплый растворъ соды (2—3 столовыя ложки на ведро), затѣмъ болѣе слабый растворъ (1 столовую ложку на ведро) и остаются въ каждомъ растворѣ по 24 часа. Послѣ того обмываются теплой водой съ мыломъ и, когда освобождаются совѣмъ отъ песчаныхъ частичекъ, пропитываются растворомъ *kalі hypermanganici* (1 чайная ложка на тазикъ) и остаются въ немъ короткое время. Въ растворѣ *Natri sulphurici* (1 чайная ложка на тазъ) и соляной ки-

слоты (2 столовых ложки на тазъ) губки становятся снова бѣлыми, обмываются затѣмъ въ теплой водѣ до уничтоженія сѣрнистаго запаха и оставляются въ холодной водѣ на 24 часа. Послѣ того сохраняются до употребленія въ стеклянкахъ въ растворѣ сулемы (1 : 1000).

Изъ этого описанія видно, что губки приготовляются для операціи такъ же, какъ и въ нашихъ клиникахъ. Разница только въ томъ, что губки не подвергаются кипяченію до употребленія и сохраняются въ Дрезденской клиникѣ въ растворѣ сулемы, а не карболки.

Шелкъ, слабо намотанный на стеклянныхъ шулькахъ, въ теченіе полчаса кипятится въ растворѣ сулемы (1:1000) и затѣмъ въ томъ же растворѣ сохраняется до употребленія. Во время операціи шульки эти переносятся въ 2¹/₂% растворъ *acidi carbolici*, въ которомъ и остаются все время операціи.

При лапаротоміяхъ употребляется для перевязки ножки шелкъ № 12, для шиванія брюшныхъ покрововъ № 10, для шиванія сосудовъ и разорванныхъ срощеній № 6, для поверхностныхъ брюшныхъ швовъ №№ 4 и 3, для кишечныхъ швовъ № 1.

При другихъ операціяхъ, напр., при экстирпаціи матки, для перевязки широкихъ связокъ и сосудовъ,—№ 7. При малыхъ операціяхъ: при *colporrhaphiâ*—№№ 6 и 4, при поверхностныхъ швахъ—№ 3, при швахъ со стороны прямой кишки и при *perineoplasticâ*—№ 2.

Кетгутъ, приготовленный по способу *Küster'a*, употребляется довольно рѣдко и чаще всего, нулевой №, при перинеопластикѣ (внутрен. этажные швы) и № 3, при *colporrhaphiâ*хъ.

Дрепажи резиновые сохраняются постоянно въ растворѣ сулемы (1 : 1000).

Что касается до приготовленія лямпарій, то они обыкновенно кипятятся, въ теченіе 3 минутъ, въ 2¹/₂% растворѣ карболовой кислоты и, въ теченіе 3-хъ минутъ, охлаждаются въ такомъ же растворѣ, а потомъ до употребленія сохраняются завернутыми въ 10% салициловую вату.

Въ теченіе мѣсяца при мнѣ въ клиникѣ проф. *Leopold'a* было только два смертныхъ случая. Одинъ случай смерти во время *laparotom'ın* при шиваніи *gürtiga uteri*, происшедшей во время родовъ, а затѣмъ другой случай, совершенно неожиданный, смерть во время хлороформированія. Больной предполагалось сдѣлать только абрасію матки и не пришлось еще приступить къ операціи, какъ больная внезапно умерла. Мѣры оживленія не привели ни къ какому результату.

Больная со стороны сердца и легкихъ была совершенно здорова. Только одно неблагопріятное явленіе, она была очень нервна и страдала истерикой. Подробное описаніе этого случая я дать не могу, потому что въ этотъ день, 11 (23) января, не былъ въ клиникѣ. Если я здѣсь и упоминаю объ этомъ, то съ цѣлью предупредить коллегъ, что въ случаяхъ крайней нервозности, при всѣхъ другихъ благопріятныхъ условіяхъ, прибѣгать къ хлороформу не всегда удобно. Вообще подобные неожиданные казусы—очень неприятны и производятъ удручающее впечатлѣніе на оператора.

Посмотрим же теперь, какой процентъ смертности въ клиникѣ пр. *Leopold'a* вообще при большихъ операціяхъ.

По свѣдѣніямъ, которыя я получилъ отъ ассистента профессора, — док. *Leise*, въ теченіе послѣднихъ 6 лѣтъ было 140 миомотом'ій, изъ нихъ

Enucleat. черезъ влагалищ.	28	случаевъ умершихъ	1,	проц. см. =	3 ¹ / ₂ %
Extirp. uteri total.	»	»	»	»	» = 13%
Castr. per vagin.	»	»	»	»	» = 11%
Laparomiotom'ій.»	»	»	»	»	» = 21,3%

Или на всѣ 140 случаевъ умершихъ 20, » » = 14,2%

Умерло отъ инфекціонной лихорадки, послѣдовавшей вслѣдъ за операціей,	
послѣ enucleationum	0
» castrationum.	2
» extirpat. ut. tot.	2
» laparomiotom.	5

Т. е. общее число умерш. 9 или % см. 6,4%.

Всѣхъ extirpat. uteri totalium въ 1889 г. было 112 случ., умерш. 6, процентъ смерт. 5,3%.

Изъ 112,—по причинѣ карциномы, сдѣл.	80 опер.
»	» » prolapsus totalis	5 »
»	» » заболѣван. придатк. мат.	6 »
»	» » миомъ » »	21 »

Рецидивовъ, черезъ 2 года послѣ extirpat. uteri carcinomatosi было 57%.

Всѣхъ Laparotom'ій за 6 лѣтъ 700 случаевъ, изъ нихъ въ 1890 г. было 120 случаевъ.

Общій процентъ смертн. на 700=10%.

При обыкновенныхъ ovariot. процентъ смертности очень малъ.

При ventrofixat'ии uteri, которыхъ было 19 случ., процентъ смертн.=0.

Пребываніе мое въ Дрезденѣ оставило по себѣ настолько пріятное впечатлѣніе, что я съ большимъ сожалѣніемъ покинулъ эту клинику, гдѣ пользовался такимъ любезнымъ приемомъ и такою готовностью со стороны многоуважаемаго профессора сообщить мнѣ все, что меня интересовало, за что и приношу ему мою искреннюю сердечную благодарность.

Тамъ же, въ Дрезденѣ, благодаря любезности доктора (практическаго врача) *Klotz'a*, которому и выражаю свою признательность, я видѣлъ два раза такую операцію, какую не приходилось наблюдать ни въ нашихъ, ни въ заграничныхъ клиникахъ. Эта операція *Schüking'a*—*фиксация ретрофлексированной матки черезъ влагалище*. Собственно операція *Schüking'a* едва-ли найдетъ себѣ послѣдователей, но видоизмѣненная *Klotz'емъ* она должна непременно войти во всеобщее употребленіе. Операція совершенно безопасная, а результаты даетъ превосходные.

Съ примѣненіемъ этой операціи становится излишней операція *Alexander'a* (укорачиван. круглыхъ связокъ), часто недающая никакихъ результатовъ, и *utero-fixatio per laparotomiam*, которая, хотя въ настоящее время и совершенно безопасна и даетъ благопріятные результаты, но за то требуетъ, чтобы послѣ нея больная была очень осторожна. Надолго, или даже навсегда, она должна оставить тяжелую работу. Между тѣмъ послѣ *uterofixatio per vaginam*, по наблюденію докт. *Klotz'a*, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ женщина можетъ снова обратиться къ прежнимъ занятіямъ, что, разумѣется, чрезвычайно важно, особенно для рабочаго люда.

Операція эта впервые предложена въ 1888 году *Schüking'омъ*, практическимъ врачомъ въ Пьермонтѣ.

Klotz производитъ ее слѣдующимъ образомъ.

Послѣ обыкновеннаго обмыванія наружныхъ половыхъ органовъ, сбрита волосъ, послѣ тщательнаго промыванія влагалища, матка опускается *Hegar'овскими* щипцами, полость ея проспырцовывается 2% растворомъ карболовой кислоты. Затѣмъ производится расширение *Hegar'овскими* расширителями, *abrasio*; снова промываніе полости черезъ зондъ *Fritsch'a* и послѣ того матка еще болѣе спускается внизъ, впередъ и наружу. Отступя на сантиметръ отъ краевъ рыльца, дѣлается полукруговой разрѣзъ передней стѣнки влагалищной части, совершенно какъ при *extirpatione uteri totalis per vaginam*

Глубина разрѣза до мускулатуры матки. Передній сводъ былъ отсепарованъ вверхъ, приблизительно на два сантиметра или нѣсколько болѣе. Въ полость матки введена игла, приспособленная для этого случая. Она состоитъ изъ полаго металлическаго влагалища, изогнутаго въ верхнемъ концѣ въ видѣ полукруга; внутри этой полой трубки проходитъ стилетъ, оканчивающійся иглой, въ отверстіе которой вводится двойная шелковая лигатура. Во время введенія въ полость матки этого инструмента, игла скрывается въ полой трубкѣ. Когда верхній конецъ послѣдней устанавливается на сколько возможно выше, у передней стѣнки матки, мочевоу пузырь отводится вверхъ и впередъ посредствомъ мужскаго катетера, инструментъ наружнымъ концомъ опускается внизъ и назадъ, дно и передняя стѣнка матки выпячиваются вверхъ и впередъ, подъ лонную дугу, и вдвиганіемъ стилета прокалывается матка подъ верхнимъ краемъ раны отсепарированнаго влагалищнаго свода. Одинъ конецъ двойной лигатуры выводится на переднюю поверхность матки.

Игла изъ полости матки была вынута, и концы лигатуры введены въ два противоположныя отверстія серебряной четырехъугольной пластинки, которая сгибается соответственно толщинѣ стѣнки передней губы матки и надѣвается на эту губу.

Надъ этой пластинкой связываются довольно крѣпко концы лигатуры.

Черезъ это дно матки приближается къ передней губѣ рыльца, т. е. матка переводится въ *anteflexio*. При этой операціи, такимъ образомъ, игла прокалываетъ изнутри спереди наружу переднюю стѣнку матки, брюшину, ее покрывающую, и еще *plicam vesico-uterinam*.

По затягиваніи лигатуры, предварительный разрѣзъ влагалищнаго свода сшивается непрерывнымъ швомъ, посредствомъ кетгута. Каждый шовъ накладывается такъ, какъ обыкновенно прометываются петли, т. е. каждый шовъ захлестывается. По замѣчанію *Klotz*'а, при такомъ швѣ равномѣрнѣе смыкаются края раны.

По окончаніи операціи, влагалище было промыто упомянутымъ растворомъ карболовой кислоты, во влагалище введено кольцо и затампонировано кускомъ іодоформнаго газа.

У больныхъ, не рожавшихъ, съ маткой нормальной величины, при этой операціи проводится черезъ переднюю стѣнку только одна лигатура; у рожавшихъ же женщинъ, съ дряблой увеличенной маткой, какъ было въ данномъ случаѣ при второй операціи, наложено было двѣ лигатуры, на нѣкоторомъ разстояніи одна отъ другой, и обѣ затянуты надъ одной серебряной пластинкой.

По словамъ оператора, тампонъ онъ держитъ только сутки, затѣмъ, по удаленіи его, назначаетъ большой влагалищныя спрыцованія два раза въ день. До 5 дней больная лежитъ спокойно, затѣмъ спускается съ кровати. Черезъ 8 дней обыкновенно выписывается изъ клиники.

Лигатуры, наложенныя на переднюю стѣнку матки, снимаются только черезъ 6 недѣль, а кольцо носится два мѣсяца. Въ тотъ день, когда я присутствовалъ на операціи, по счету была 93 и 94. Всѣ предшествующія кончились полнымъ излѣченіемъ и не было ни одного смертнаго случая.

Докторъ *Klotz* дѣлаетъ эту операцію по собственному способу, составляющему водоизмѣненіе способа *Schinking*'а.

Последній не отсепаровываетъ влагалищный сводъ, и мочевого пузыря и, слѣдовательно, иглу проводитъ черезъ переднюю стѣнку матки, брюшину, ея покрывающую, черезъ заднюю стѣнку мочевого пузыря и передней влагалищный сводъ.

Первыя операціи *Klotz* дѣлалъ такимъ же образомъ, но результаты получались неполныя. Обыкновенно въ сторонѣ мочевого пузыря появлялись сильныя боли и судороги, такъ что лигатуры приходилось снимать на 12 — 13 день.

Кромѣ того, производя эту операцію по способу *Schinking*'а, онъ замѣчалъ, что лигатуры, крѣпко связанныя на передней губѣ безъ пластинки, производили разрывъ стѣнки, потому что лигатуры врѣзывались въ переднюю маточную губу и надрывали ее довольно высоко кверху.

Съ примѣненіемъ же отсепаровки мочевого пузыря и наложенія на губу металлической пластинки, надъ которой затягиваются узлы, предотвращаются всѣ, только что указанныя, неудобства.

Больныя отлично выносятъ присутствіе лигатуръ и кольца въ теченіе 6 недѣль и даже не замѣчаютъ, есть-ли у нихъ что во влагалищѣ.

У доктора *Klotz*'а отлично устроенная частная клиника на 40 кроватей. Всѣ операціи хотя производятся въ одной оперативной комнатѣ, но результаты получаютъ замѣчательныя.

По словам *Klotz'a*, у него было болѣе 60 случаевъ *laparotomy* и ни одного смертнаго случая послѣ операціи.

При операціяхъ онъ болѣе преслѣдуетъ асептику, чѣмъ антисептику.

Инструменты, губки стерилизуются горячимъ сухимъ воздухомъ. Шелкъ, марля стерилизуются посредствомъ кипяченія въ стерилизованной водѣ. Какъ шкафъ для стерилизаціи инструментовъ и губокъ, такъ и кубъ для стерилизаціи воды находятся въ оперативной комнатѣ.

Помощниками при операціяхъ—три сестры милосердія и одна акушерка. Хлороформируетъ всегда одна изъ сестеръ милосердія, обязанность акушерки подавать губки и лигатуры. Инструменты же всегда беретъ самъ операторъ.

Сколько было всѣхъ операцій, докторъ *Klotz* указать точно не могъ, такъ какъ итоги еще неподведены. По его словамъ, за послѣдніе три года, пока онъ оперируетъ въ этой клиникѣ съ примѣненіемъ асептики, собственно послѣ операціи, у него не было ни одного смертнаго случая.

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