

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГІИ.

(Путевыя и личныя наблюденія)

Д-ра медицины В. Кушидонова (Казань).

Клиника *Terrillon'a* помѣщается въ одномъ изъ огромныхъ зданій госпиталя *Salpêtrière*, расположенныхъ параллельно другъ другу и обнесенныхъ въ видѣ четырехъугольника одной высокой стѣной. Въ промежуткахъ между ними (во дворахъ) разведены парки и находятся болѣе мелкія постройки, напр.: церковь, аудиторія, электротерапевтическій кабинетъ, пріемныя для больныхъ и т. п. зданія. Въ параллельныхъ большихъ корпусахъ устроены широкіе проходы, посредствомъ которыхъ дворы сообщаются между собою. Зданія старинной постройки и, вѣроятно, вслѣдствіе рѣдкой ремонтровки, представляются снаружи закоптѣлыми и мрачными. Вообще всѣ старые госпитали Парижа по своей мрачности и изолированности похожи скорѣе на тюрьмы, чѣмъ на больницы. Впрочемъ, внутри палаты для больныхъ содержатся очень чисто.

Въ первомъ зданіи отъ главныхъ воротъ, въ 3-мъ этажѣ, находится отдѣльная для лапаротоміи оперативная, состоящая изъ 3-хъ комнатъ. Первая для врачебнаго персонала, гдѣ собираются передъ операціей, переодеваются и обмываютъ руки. Вторая комната—собственно оперативная. Въ ней находятся операціонный столъ, три столика для инструментовъ, губокъ и лигатуръ, шкафъ для стерилизаціи инструментовъ сухимъ горячимъ воздухомъ—аппаратъ, подобный *Koch'*овскому, для стерилизаціи паромъ, но только крышка сверху герметически привинчивается, какъ въ Папиновомъ котлѣ, и вслѣдствіе такого устройства, при давленіи трехъ атмосферъ, t^0 пара можетъ быть доведена до 120° C.

Въ первомъ аппаратѣ въ теченіи двухъ часовъ (до 180°) стерилизуются инструменты, марлевые компрессы, салфетки, полотенца; во второмъ также

въ теченіи 2-хъ часовъ, — губки и лигатуры (шелкъ и *crin de Florence*). Первые въ широкогорлыхъ стеклянкахъ, вторыя въ пробиркахъ со стерилизованной водой, заткнутыхъ ватной пробкой.

Во время операціи инструменты и шелкъ непосредственно изъ аппарата переносятся въ ванночки съ 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты. Кетгутъ, приготовленный въ аптекахъ, изъ стьянокъ также переносится въ карболовый растворъ, а *crin de Florence* во время операціи прямо вынимается пинцетомъ изъ пробирокъ, въ которыхъ стерилизуется въ аппаратѣ.

Рядомъ съ собственно оперативной есть еще третья комната, которая предназначена для хлороформированія больныхъ передъ операціей.

Небольшимъ корридорчикомъ комнаты эти отдѣляются отъ двухъ палатъ, предназначенныхъ для оперированныхъ. Въ этихъ палатахъ они остаются до первой возможности переноса ихъ въ общія палаты.

Общія палаты, числомъ двѣ, для больныхъ проф. *Terillon*'а находятся уже въ большомъ параллельномъ зданіи, расположенномъ на третьемъ дворѣ. Число больныхъ въ гинекологическомъ отдѣленіи при мнѣ было до 35. Рядомъ съ общими палатами есть еще оперативная для малыхъ операцій, но, впрочемъ, тамъ же производится и полная экстирпація матки *per vaginam*.

При обходѣ больныхъ, вслѣдъ за профессоромъ на колесикахъ подкатывается умывальникъ и, послѣ осмотра больной, руки тщательно моются, послѣ же изслѣдованія съ нагноеніемъ или съ злокачественнымъ новообразованіемъ руки, кромѣ того, обмываются еще въ растворѣ сулемы.

Подвижной умывальникъ — вещь очень удобная и, по моему мнѣнію, заслуживающая подражанія.

Изъ большихъ операцій, на которыхъ я присутствовалъ въ клиникѣ пр. *Terrillon*'а, были слѣдующія: 1) пять *laparo-salpingo-oophorectom'ii*; 2) четыре *ovariotom'ii*; одна изъ нихъ *ovariotomia consecutiva*; 3) одна *extirpatio uteri totalis par vaginam* и 4) двѣ *laparotomiae explorativae*.

Передъ большой операціей, со вскрытіемъ брюшной полости, профессоръ и его помощники сначала моютъ руки щетками водой съ мыломъ и особенно тщательно очищаютъ подъ ногтями, затѣмъ споласкиваютъ въ растворѣ *kali hypermanganici* (5:1000) до полной черноты, послѣ того въ растворѣ *acidi bisulphurosi* (10:100) до полного обезцвѣчиванія *kali hypermanganici* и наконецъ опускаютъ руки въ тазикъ съ сулемованнымъ алкоголемъ (2:1000).

Животъ оперируемой профессоръ обмываетъ самъ сначала водой съ мыломъ, затѣмъ эфиромъ для удаленія жировыхъ частицъ съ поверхности кожи, послѣ сулемованнымъ алкоголемъ и наконецъ стерилизованной водой.

Помощникъ покрываетъ поверхность живота стерилизованными сулемованными салфетками, оставляя треугольное свободное поле для разрѣза; т. е., дѣлается то же самое, что и въ другихъ клиникахъ, описанныхъ мною.

Операторъ, тщательно сполоснувъ руки въ упомянутомъ алкоголѣ и затѣмъ — въ стерилизованной водѣ, дѣлаетъ разрѣзъ живота. Оперируетъ всегда стоя. Больная помѣщается на высокомъ горизонтальномъ столѣ; крестецъ на краю стола, а ноги, обложенныя ватой и забинтованныя марлей, находятся

въ вытянутомъ положеніи въ проволочныхъ жолобахъ. Между раздвинутыми ногами помѣщается столикъ съ инструментами, которые профессоръ всегда беретъ самъ.

Первая операція—*laparo—salpingo-oophorectomia*, видѣнная мною въ клиникѣ *Terrillon'a* 5 (17) февраля, была сдѣлана по случаю діагносцированного сальпингита и цистознаго перерожденія праваго яичника.

Черезъ брюшную рану, длиною въ 3—4 поперечныхъ пальца, вынутая правая труба и яичникъ дѣйствительно оказались измѣненными, увеличенными въ объемѣ. Въ яичникѣ найдена *cysta apoplectica*, которая во время вытаскиванія наружу разорвалась и изъ нея вышли кровяные сгустки. Черезъ широкую связку подъ яичникомъ проведена была тупой иглой двойная шелковая лигатура и, какъ обыкновенно, связка перевязана съ двухъ сторонъ: у маточнаго конца трубы и за фимбріальнымъ концомъ. Затѣмъ яичникъ и правая труба отожджены Пакеленовскимъ ножичкомъ.

Лѣвый яичникъ тоже оказался кистовидно-перерожденнымъ и былъ также удаленъ.

Брюшная рана была зашита тремя глубокими, черезъ всю толщу брюшной стѣнки, и тремя поверхностными, черезъ кожу, швами изъ *crin de Florence*.

Эти лигатуры помощникъ вынимаетъ прямо изъ открытой пробирки пинцетомъ и вкладываетъ въ ушко *Reverden'*овской или *Lamblin'*овской иглы, которыми *Terrillon* обыкновенно сшиваетъ брюшную рану. Какъ для глубокихъ швовъ, такъ и для поверхностныхъ, оба края раны заразы прокалываются этой иглой и захваченныя лигатуры сразу проводятся черезъ оба края раны.

Стальные вызолоченныя, длинныя *Reverden'*овская и *Lamblin'*овская иглы, прикрѣпленныя къ металлической ручкѣ и копьевидно заостренныя, имѣютъ недалеко отъ конца небольшія выемочки для лигатуры.

*Reverden'*овская игла ниже выемки, по направленію къ ручкѣ, представляетъ тонкую полую трубочку, въ которой двигается тонкій стержень. Посредствомъ кнопки, неподвижно укрѣпленной на стержнѣ, онъ вдвигается впередъ и запираетъ открытую сторону выемки, образуя отверстіе для лигатуры.

Игла *Lamblin'*а вся сплошная; у края выемки, по направленію къ ручкѣ, имѣетъ маленькій язычекъ, который можетъ отклоняться назадъ и впередъ. Такъ, когда иглой прокалываютъ ткань, язычекъ отклоняется къ ручкѣ и выемка открыта; по вложеніи же въ послѣднюю лигатуры и при обратномъ выведеніи иглы назадъ изъ проколотовъ, напримѣръ, брюшной стѣнки, язычекъ отклоняется впередъ, къ концу иглы, и такимъ образомъ запираетъ выемку, выводя съ собою и лигатуру.

Сшиваніе подобными иглами очень удобно по быстротѣ. Залотятся иглы для предохраненія отъ ржавчины.

По сшиваніи, животъ обмывается стерилизованной водой, шовъ смазывается сулемованнымъ вазелиномъ и затѣмъ покрывается іодоформными компрессами. Сверху накладывается большой кусокъ ваты и бинтуется марлей.

Изъ этого описанія видно, насколько остороженъ *Terrillon* и насколько строго соблюдаются имъ правила асептики и антисептики. Во время операціи губки берутся непременно самимъ профессоромъ прямо изъ упомянутыхъ широкогорлыхъ стеклянокъ, въ которыхъ онѣ стерилизуются (паромъ).

7 (19) февраля въ той же клиникѣ была сдѣлана *ovariotomia consecutiva*, вслѣдствіе образованія новой кисты. Разъ уже здѣсь была операція, около 2 лѣтъ назадъ.

По вскрытіи живота, вытекло незначительное количество водяночной жидкости и вслѣдъ за нею полѣзли кишки. Послѣднія тотчасъ же вправлены и фиксированы большими губками.

Киста была проколота троакаромъ. Жидкость излилась коллоидно-гнойная съ примѣсью крови. По выпущеніи жидкости отверстіе прокола сомкнуто *Nelaton*'овскимъ пинцетомъ, наложеннымъ на стѣнку кисты вокругъ отверстія. Несмотря на удаленіе большого количества содержимаго кисты, ее нельзя было вытащить изъ брюшной раны, и потому первоначальный разрѣзъ живота продолженъ до пупка и черезъ самый пупокъ.

Мочевой пузырь оказался наполненнымъ, его тотчасъ же опорожнили.

Попытка вытащить мѣшокъ кисты опять не удалась, тогда разрѣзъ продолженъ до *scrobiculum*. Въ рану введены обѣ руки, киста обхвачена сзади; но вытащить кистевой мѣшокъ не удалось, потому что сращенія оказались очень крѣпки и разрушеніе ихъ вызывало довольно значительное кровотеченіе. Сальникъ былъ также приращенъ къ кистѣ, его перевязали и отдѣлили. Въ виду невозможности удалить кистевой мѣшокъ, его въ мѣстѣ прокола сшили и оставили. Послѣ того Пеановскіе пинцеты сняты съ кровоточащихъ сосудовъ. Нѣкоторые изъ послѣднихъ, по снятіи пинцетовъ, снова кровоточили; тогда ихъ перевязали лигатурами. За кистевой мѣшокъ, оставленный въ полости живота, вложенъ изъ іодоформеннаго газа дренажъ, который фиксированъ швомъ въ верхнемъ углу брюшной раны. Послѣдняя сшита глубокими швами изъ *crin de Florence* посредствомъ *Reverden*'овской иглы. Послѣдующее наложеніе повязки на животъ дѣлано такъ же, какъ описано выше.

9 (21) февраля, во время визитаціи, обѣ больныя, опирированныя при мнѣ, найдены въ удовлетворительномъ состояніи. Послѣоперационное теченіе безлихорадочное; ни у той, ни у другой больной t° выше $37,6^{\circ}$ не поднималась. Въ этотъ день была сдѣлана *salpingo-oophorectomia*. Производство операціи такое же, какъ описано выше. Нужно отмѣтить только пропущенное мною выше наблюденіе, что при разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ, до вскрытія брюшины, *Terrillon* всегда тщательно останавливаетъ Пеановскими пинцетами всякое даже незначительное кровотеченіе изъ краевъ раны. Благодаря этому, операціи производятся очень чисто и, по вскрытіи брюшины, въ полость ея не попадаетъ ни капли крови.

Брюшина для разрѣза всегда приподнимается двумя пинцетами въ видѣ поперечной складки. Этотъ приемъ, разумѣется, предохраняетъ кишки отъ пораненія. Съ тою же цѣлью, по разрѣзѣ складки, отверстіе расширяется вверхъ и внизъ ножницами по пальцу, введенному въ брюшинную рану. Въ

данномъ случаѣ обследованіе пальцемъ брюшной полости указало на западеніе праваго яичника и отчасти трубы въ Дугласово пространство и на присутствіе тамъ многочисленныхъ мелкихъ сращеній, которыя были разрушены. Появившіяся при этомъ небольшія кровоизліянія удалены губками на корнцангахъ. Послѣ того измѣненная правая труба (*salpingitis parenchymatosa*) и цистозно-перерожденный яичникъ выведены въ брюшную рану, перевязаны съ двухъ сторонъ, за фимбріальнымъ концомъ трубы и у маточнаго конца послѣдней, и также удалены подъ лигатурами Пакеленовскимъ ножевиднымъ термокаутеромъ. Лѣвый яичникъ хотя и былъ приращенъ, но нормальной величины и не представлялъ никакихъ измѣненій, поэтому оставленъ на мѣстѣ.

14 (26) февраля произведена подобная же операція (*salpingo-oophorectomia*). Случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что трубы оказались туберкулезно-перерожденными. Онѣ очень гиперемированы, съ утолщенными стѣнками, и мѣстами имѣютъ мелкіе туберкулезные узелки. Подобные же узелки и въ яичникахъ, которые кромѣ того были приращены къ Дугласову пространству. Обѣ трубы перевязаны двумя лигатурами съ каждой стороны и удалены были по обыкновенію Пакеленовскимъ ножичкомъ.

У *Terrillon'a*, по его словамъ, въ практикѣ было 6 случаевъ *salpingitis tuberculosa*. Послѣ операціи всегда наступало значительное улучшеніе общаго состоянія больныхъ. Кромѣ того было два случая *peritonitis tuberculosa*. Во время операціи разрушены были всѣ сращенія и сдѣланъ тщательный туалетъ брюшины губками. Послѣ того брюшная рана зашита. Въ обоихъ случаяхъ перитонитъ былъ безъ экссудата—это отличительный признакъ туберкулезнаго перитонита, — и въ обоихъ случаяхъ наступило значительное улучшеніе послѣ операціи. Больныя живы до сихъ поръ, хотя у одной изъ нихъ операція сдѣлана уже года два тому назадъ. Во всѣхъ случаяхъ присутствіе туберкулезныхъ палочекъ доказано было микроскопическимъ путемъ.

На слѣдующій день, 15 (27) февраля, произведена была операція *extirpatio uteri totalis per vaginam* по способу *Péan'a*; т. е., при предполагаемомъ гнойномъ сальпингитѣ и кистѣ (появившихся, какъ гласитъ анамнезъ, послѣ бленорройнаго эндометрита) и съ наложеніемъ на сосуды, вмѣсто лигатуръ, Пеановскихъ жомовъ-пинцетовъ.

Оперированная находилась въ лѣвомъ боковомъ положеніи, какъ это практикуется обыкновенно при этой операціи и у самого *Péan'a*. Хотя раньше мною уже описано производство этой операціи, но, въ виду исключительности случая, я опишу ее еще разъ.

Выпустивъ мочу катетеромъ, ввели два влагалищныхъ подъемника спереди и сзади во влагалищѣ. Матка была захвачена за шейку *Hegar'*овскими щипцами и, насколько возможно, ниспущена. Затѣмъ сдѣланъ круговой разрѣзъ на влагалищной части и кровоточація мѣста краевъ влагалищной раны захвачены длинными Пеановскими пинцетами.

По отсепарованіи влагалищнаго свода отъ матки, посредствомъ пальца и съ помощью ножницъ, на *arterias uterinas* съ обѣихъ сторонъ наложены пинцеты и сосуды перерѣзаны ближе къ поверхности матки. Для расширенія

оперативнаго поля введенъ еще сверху на боковую часть влагалища подъемникъ, и затѣмъ влагалище отсепаровано спереди матки до вскрытія брюшины. Матка захвачена четырехзубцемъ за переднюю поверхность и дно ея выведено въ образовавшееся брюшное отверстіе въ переднемъ сводѣ. На лѣвую трубу сверху внизъ наложенъ жомъ-пинцетъ и за нимъ ближе къ маткѣ труба разрѣзана.

Послѣ того пальцемъ и ножницами отдѣленъ былъ влагалищный сводъ и сзади.

Отдѣленіе прикрѣпленій задняго свода было довольно затруднительно, такъ какъ на уровнѣ внутренняго устья матки, сзади вправо, отходила довольно объемистая опухоль, которая при изслѣдованіи передъ операціей принята была за кисту. По отдѣленіи задняго свода, вытянута была и правая труба. По наложеніи на нее жома пинцета, она также отрѣзана отъ матки.

При этомъ оказалось, что правую трубу пришлось отрѣзать отъ опухоли, прилежащей къ маткѣ нѣсколько сзади и вправо, и такимъ образомъ констатировать, что предполагаемая киста составляла второй рогъ матки.

По удаленіи послѣдняго, кровоточащіе сосудики влагалищной раны захвачены Пеановскими кровоостанавливающими пинцетами.

Нужно замѣтить, что во время описанной операціи кровотеченіе было порядочное и для его остановки пришлось потратить не мало времени. Если бы въ данномъ случаѣ были наложены жомы-пинцеты и на боковыя прикрѣпленія широкихъ связокъ, навѣрное кровотеченіе было бы ничтожное, какъ мы это видѣли при такой же операціи, производимой *Segond'*омъ.

Кровоостанавливающіе Пеановскіе пинцеты на мелкихъ артеріальныхъ вѣточкахъ оставались въ теченіи получаса, затѣмъ большинство ихъ было снято и оставлены только жомы-пинцеты на большихъ маточныхъ артеріяхъ и трубахъ и нѣсколько пинцетовъ на тѣхъ сосудахъ, съ которыхъ ихъ пробовали снять, но это вызывало вновь кровотеченіе. По остановкѣ кровотеченія, влагалище промыто растворомъ сулемы (1:1000) и сквозная рана очищена губками на корнцангахъ. Затѣмъ полость влагалища между пинцетами, въ мѣстѣ сквозной раны, затампонирована маленькими компрессами, а далѣе книзу однимъ большимъ компрессомъ изъ іодоформной марли. Такимъ компрессомъ обложены снаружи ручки пинцетовъ, оставленныхъ во влагалищѣ, и кромѣ того покрыты толстыми слоями ваты, а сверху ея наложенъ марлевый бинтъ. Въ полости пузыря оставленъ, разумѣется, катетеръ а *demeure*. Операція продолжалась около двухъ часовъ. По словамъ профессора, жомы-пинцеты обыкновенно снимаются черезъ 36 часовъ.

Изъ описанія операціи мы видимъ, что раззятія матки по частямъ, какъ это дѣлаютъ *Péan* и *Segond* при *hysterectomie vaginale*, не было и это отступленіе, дѣйствительно затруднявшее производство операціи, сдѣлано, вѣроятно, въ виду ошибки діагноза. Уже при отдѣленіи задняго свода было ясно, по непосредственному соединенію опухоли съ маткой, что это не киста.

Вынутая матка при осмотрѣ оказалась двурогая и никакого болѣзненнаго измѣненія не наблюдается. Предполагаемый сальпингитъ и киста есть

ничто иное, какъ правый рогъ матки и на днѣ этого рога, въ мѣстѣ отхожденія Фаллопиевой трубы, находится небольшой конгломератъ подсерозныхъ маленькихъ кистъ, сидящихъ здѣсь въ видѣ небольшого бугристаго придатка. Вскрытые оба рога имѣютъ совершенно нормальную слизистую оболочку. Большой около 30 лѣтъ. Оба яичника и трубы, какъ неизмѣненные, не удалены.

На другой день 16 (28) февраля была назначена *ovariotomy*, по случаю очень большой многополостной кисты въ лѣвомъ яичникѣ.

Дѣйствительно, во время операціи киста оказалась серозной многополостной и изъ нея выведено было, посредствомъ троакара, до 10 литровъ легко пѣнящейся жидкости. Для полного опорожненія пришлось прокалывать кисту до трехъ разъ. Ножка кисты, довольно узкая, была перевязана на двѣ части и, по отдѣленіи кисты, культи смочена губкой, пропитанной 5% растворомъ карболовой кислоты. Операція продолжалась всего полчаса.

Въ тотъ же день сдѣлана еще операція *laparo-salpingo-oophorectomia sinistra*. Кистовидно-перерожденный лѣвый яичникъ былъ со сращеніями по периферіи, а правый атрофированъ и весь окруженъ сращеніями съ Дугласовымъ пространствомъ. Его не трогали.

По осмотру удаленныхъ органовъ оказалась атрофія лѣвой трубы и цистозное перерожденіе со склерозомъ лѣваго яичника. По разрѣзѣ, въ сторонѣ его найдено нѣсколько кистъ, изъ которыхъ одна наполнена кровяными сгустками. Съ одной стороны яичника замѣчается маленькое затвердѣніе—*cystofibroma*.

Случай съ двурогой маткой показываетъ, насколько широко стала примѣняться операція *laparo-salpingo-oophorectomia*. Въ виду ничтожной сравнительно, смертности послѣ подобной операціи, нѣкоторые хирурги, видимо, увлекаются и находятъ показаніе къ операціи тамъ, гдѣ свободно можно было обойтись и безъ нея.

Этотъ случай можетъ служить предостереженіемъ намъ, чтобъ прибѣгать къ *laparotomy* и только въ виду ясныхъ, несомнѣнныхъ болѣзненныхъ признаковъ. Я не забуду, насколько непріятно было, не только оператору, а даже и намъ присутствующимъ, когда операція показала полную ея безцѣльность.

19-го февраля (3-го марта) предполагалась *laparomiotomia*, по случаю діагностированныхъ фиброміомъ матки. По вскрытіи живота, матка оказалась окруженной бугристой опухолью, которая обуславливала совершенную ея неподвижность. Ткань опухоли довольно ломкая. Подобные же узлы найдены и въ придаткахъ матки. Въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ опухоль со своими сращеніями образуетъ слѣпой мѣшокъ, который не позволяетъ проникнуть рукѣ за опухоль къ шейкѣ матки. Слева опухоль составляетъ съ тазовой стѣнкой какъ бы одно цѣлое и въ этомъ мѣстѣ удалить ее нѣтъ возможности. По указаннымъ признакамъ опухоль, повидимому саркома. Случай признанъ неоперативнымъ, поэтому брюшная рана зашита. Слѣдовательно въ данномъ случаѣ была произведена только *laparotomia explorativa*.

Подобная же операція была еще 1-го (13-го) марта. Найдена тухома mesenterii. Весь малый тазъ занятъ былъ этой опухолью, и въ ней была заткана матка вмѣстѣ съ придатками. Верхній край опухоли выше пупка и вся опухоль состояла изъ 8-ми большихъ бугровъ. Часть новообразованія была удалена, но попытки отдѣлить отъ миксомы широкія связки вызвали сильное кровотеченіе, которое съ трудомъ было остановлено перевязкой en masse захваченныхъ кровотокающихъ мѣстъ опухоли. По этому дальнѣйшее производство операціи было остановлено, и брюшная рана, послѣ тщательнаго туалета брюшины, была закрыта.

6-го (18-го) марта сдѣлана laparo-salpingo-oophorectomia по случаю сальпингита съ лѣвой стороны и цистознаго перерожденія лѣваго яичника. По вскрытіи живота, дѣйствительно, труба съ лѣвой стороны была расширена съ утолщеніемъ стѣнокъ и имѣла червеобразную форму. Яичникъ бугристый, съ многими небольшими кистами. Какъ труба, такъ и яичникъ, по всей периферіи покрыты сращеніями, которыя пришлось отдирать руками. У наружнаго края яичника сращенія довольно толстыя, крѣпкія и съ расширенными сосудами; поэтому, передъ разрѣзомъ ножницами, онѣ были захвачены жомомъ-пинцетомъ и затѣмъ уже между ними сдѣланъ разрѣзъ. Послѣ того на лѣвую широкую связку наложена двойная лигатура. Съ одной стороны захваченъ маточный конецъ трубы, ligamentum ovarii и часть lig. latі, а съ другой—вторая половина широкой связки и art. spermatica. Яичникъ и труба удалены. Яичникъ—величиною съ мандаринъ. По удаленіи измѣненныхъ органовъ перевязаны и перемычки, захваченныя жомомъ-пинцетомъ, и послѣдніе сняты. У праваго яичника также сращенія, причемъ найдено приращеніе кишки. Сращенія были разрушены рукой, и измѣненный яичникъ и труба удалены, послѣ наложенія жомовъ-пинцетовъ съ обѣихъ сторонъ измѣненныхъ придатковъ. Предварительное наложеніе жомовъ-пинцетовъ, вмѣсто двойной лигатуры, на правую широкую связку было сдѣлано по необходимости, такъ какъ, по случаю бывшихъ приращеній, яичникъ съ трудомъ вытягивался изъ полости таза въ брюшную рану. Лигатуры на связку были наложены за жомомъ уже по удаленіи больныхъ органовъ. Въ виду бывшихъ обширныхъ сращеній и порядочной паренхиматозной кровотоковости, въ полость таза введенъ изъ іодоформнаго газа дренажъ, фиксированный въ нижнемъ углу брюшной раны.

Прежде чѣмъ вложить дренажъ, полость малаго таза тщательно очищена губками. Для дренажированія тазовой полости посредствомъ марли *Terrillon* обыкновенно беретъ узкій, сложенный въ четверо длинный компрессъ изъ іодоформнаго газа, перевязываетъ его по срединѣ длины шелковой лигатурой и, сгибая въ этомъ мѣстѣ, вкладываетъ его въ полость таза съ помощью длиннаго корнцанга. Концы газа и лигатуры оставляются фиксированными въ нижнемъ углу брюшной раны.

Вынутые органы—оба яичника оказались кистовидно перерожденными, изъ нихъ лѣвый измѣненъ значительно больше праваго, труба же правая значительно толще лѣвой. Фимбриальные концы обѣихъ трубъ атрезированы и

плотную сращены съ поверхностью измѣненныхъ яичниковъ. Въ удаленныхъ органахъ съ правой стороны оказывается нарушеніе цѣлости яичника. Часть его нарочно оставлена операторомъ около приросшей петли кишки, чтобы не разорвать послѣднюю. Трубы, по разрѣзѣ, найдены паренхиматозно-воспаленными и съ гипертрофированными стѣнками.

Послѣ операціи былъ обходъ больныхъ и у той больной, у которой 1-го (13-го) марта была неокончена операція, найдена уже агонія. Оказывается, что въ день же операціи температура поднималась выше 39 град., явился бредъ, продолжающійся въ теченіе пяти дней. Въ день обхода температура ровнялась 38,6, пульсъ очень частъ, слабъ, едва ощутимъ. Физическихъ явленій перитонита во всѣ эти дни не было. Къ вечеру того же дня больная умерла.

9-го (21-го) марта проф. *Terrillon* произвелъ *ovariotomiam sinistram*. Диагнозъ: множественная киста лѣваго яичника.

По вскрытіи живота, найдено сплошное приращеніе задней и верхней и правой боковой периферіи опухоли. Части нѣкоторыхъ толстыхъ перемычекъ захвачены двумя жемами-пинцетами и между ними перерѣзаны. Киста дѣйствительно оказалось множественной. Изъ прокола кисты выдѣлилось желатинозное содержимое, часть котораго попала въ полость брюшины. Опухоль удалена, послѣ перевязки ножки ея двойной лигатурой. Величина кисты была съ голову взрослого человѣка. Въ полости живота оказалось еще присутствіе водяночной жидкости. Передъ сшиваніемъ брюшной раны промываніе брюшины не было сдѣлано, а только тщательное очищеніе ея полости посредствомъ губокъ. *Terrillon* не придаетъ особеннаго значенія присутствію въ полости брюшины незначительнаго остатка содержимаго кисты, если только оно не гнойнаго характера. Въ удаленной опухоли, въ нижней ея периферіи, найдены болѣе твердые узлы, которые по разрѣзѣ оказались эпителиомой.

Подобная же операція, т. е. *ovariotomia sinistra*, была наблюдаема мною въ клиникѣ проф. *Terrillon* еще 2-го (14-го) мая, уже по возвращеніи моемъ изъ Лондона.

Киста также была множественная съ жидкимъ содержимымъ шоколаднаго цвѣта. Величина кисты тоже съ голову взрослого человѣка. Такой величины опухоль достигла въ теченіе 11-ти мѣсяцевъ. Больная 55-ти лѣтъ отъ роду, родила одного только ребенка 32 года тому назадъ, нѣсколько лѣтъ страдала аменореей.

По вскрытіи живота, найдено приращеніе сальника къ задней верхней периферіи кисты, а справа киста была сращена съ слѣпой кишкой. Сальникъ отдѣленъ отъ кисты руками и размозженные части его, послѣ перевязки сверху лигатурой *en masse*, удалены ниже лигатуры ножницами, а культи прижжена термокаутеромъ. Слѣпая кишка отдѣлена посредствомъ ножницъ съ частью стѣнки кисты и поверхность этого остатка также прижжена.

Широкая ножка кисты перевязана на четыре части. Операція была сдѣлана быстро и чисто, не смотря на сращенія.

Во время разрушенія сращеній кровотеченія не было и при проколѣ кисты содержимаго ни капли не попало въ полость брюшины.

Проф. *Terrillon* былъ настолько любезенъ, что самъ мнѣ сдѣлалъ выборку статистическихъ данныхъ за прошлый годъ, и вотъ эти данныя я здѣсь привожу, заканчивая, такимъ образомъ, описаніе его клиники.

Въ прошломъ 1890 г. въ клиникѣ проф. *Terrillon*'а было сдѣлано 118 большихъ операций. Изъ нихъ *laparo-salpingo-oophorectom*'ий 53, послѣ операций было 5 смертныхъ случаевъ. 2 случая смерти произошли отъ прободенія кишокъ послѣ операций, 1 случай отъ перитонита, наступившаго вслѣдствіе разрушеній бывшихъ обширныхъ сращеній, 1 случай—внутреннее кровотеченіе съ послѣдующимъ общимъ перетонитомъ и 1 случай перитонита, происшедшій, по всей вѣроятности, отъ того, что передъ операцией профессору пришлось сдѣлать вскрытіе нарыва. Не смотря на тщательное вымываніе рукъ, все-таки произошелъ гнойный перетонитъ.

Всѣ эти заболѣванія развились въ теченіе одного до трехъ дней послѣ операции.

Ovariотom'ий было 34 случая и ни одной смерти. Оперированныя всѣ выздоровѣли.

Laparotom'ий *explorativa*—12 и ни одного смертнаго случая собственно послѣ операции.

Hysterectom'ий *totalis per laparotomiam*—19. Смертный случай одинъ вслѣдствіе перитонита.

И такъ на 118 большихъ гинекологическихъ операций было всего шесть смертныхъ случаевъ, т. е. процентъ смертности=5°/о.

Въ настоящемъ году итоги еще не подведены, но *Terrillon* думаетъ, что, судя по результатамъ операций, бывшихъ въ настоящемъ году, процентъ смертности едва ли превыситъ прошлогоднюю цифру.

Кромѣ упомянутыхъ операций съ января по май 91 г. было еще 9 случаевъ *hysterectomia vaginalis totalis* по способу *Péan*'а при *salpingitis suppurativa*. Во всѣхъ случаяхъ—полное излѣченіе.

Асептику и антисептику, упоминаемую мною при описаніи операции, *Terrillon* принимаетъ теперь уже четыре года.

Если разсмотрѣть процентъ смертности по рубрикамъ, то оказывается, что самая наименьшая смертность была при *ovariotomiae* и *laparotomiae explorativae* (0), и наибольшая—при *laparo-salpingo-oophorectomiae*, а именно—9,7°/о. Затѣмъ слѣдуетъ *hysterectomia totalis per laparotomiam*—5,3°/о, то есть, какъ разъ при тѣхъ операцияхъ, которыя за послѣднее время чаще примѣняются и противъ употребленія которыхъ слышатся уже протесты со стороны многихъ хирурговъ. Такъ, напримѣръ, я могу указать на мнѣніе *Spencer Wells*'а (изъ Лондона), который высказалъ его на хирургическомъ конгрессѣ, бывшемъ въ этомъ году въ Парижѣ отъ 30-го марта по 4-е апрѣля, по новому стилю. Посѣщая почти всѣ засѣданія, я вынесъ убѣжденіе, что и самые приверженцы указанной операции *laparo-salpingo-oophorectomiae* или вообще удаленія придатковъ матки согласны съ мнѣніемъ *Spencer*

Wells'a ¹⁾). Последній высказалъ слѣдующее: опубликованная статистика удаленія придатковъ матки даетъ большій процентъ выздоровленія, но это только вскорѣ послѣ операціи. Дальнѣйшіе же результаты заставляютъ его примкнуть къ числу противниковъ этой операціи. Въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ новообразованія, изслѣдованіе фактовъ еще болѣе укрѣпляетъ его въ этомъ мнѣніи, которое раздѣляется и самимъ *Bathey*'емъ, родоначальникомъ кастраціи или oophorectom'и. *Spencer Wells* такъ же, какъ и *Bathey*, думаетъ что *часто существуютъ показанія къ oophorectom'и при новообразованіяхъ придатковъ или матки и очень рѣдко при другихъ страданіяхъ этихъ органовъ.*

Spencer Wells не отрицаетъ, что показаніе можетъ быть и при dysmenorrhoea или «neuralgie ovarienne», но только въ томъ случаѣ, когда всѣ испробованныя другія средства не привели ни къ какому результату. По его мнѣнію, *многіе простые и гнойные салпингиты могутъ быть вылъчены безъ операціи.*

Lawson Tait, первый поборникъ этой операціи въ Англіи, на конгрессѣ высказалъ также, что доказывать пользу удаленія придатковъ матки нѣтъ необходимости, такъ какъ смертность отъ этой операціи у многихъ хирурговъ доходитъ до 3⁰/о; но что касается отдаленныхъ результатовъ, то на это отвѣчать болѣе трудно. Относительно окончательныхъ результатовъ удаленія придатковъ по случаю различныхъ салпингитовъ, онъ долженъ сказать, что они получаются иногда очень медленно. Нерѣдко и послѣ операцій болѣзненные явленія остаются. Въ четырехъ случаяхъ ему приходилось прибѣгать ко второй laparotom'и и находить развитіе кистъ въ оставшихся послѣ ампутаціи частяхъ Фаллопиевыхъ трубъ. Излѣченіе, впрочемъ, наступило полное, по удаленіи этихъ кистъ; поэтому, *для полученія непосредственной результата надо, по возможности, вполне удалять трубы.* Затѣмъ онъ наблюдалъ послѣ операціи исчезновеніе болей, но менструація оставалась.

Въ другой категоріи случаевъ гдѣ операція предпринималась при болѣзняхъ матки, напр., при міомахъ, *Lawson Tait* сообщилъ слѣдующія интересные данныя.

На 271 случай міомъ смерть послѣдовала непосредственно послѣ операціи въ 6 случ. На оставшіеся 265 случ. 8 получилось съ результатами неудовлетворительными, такъ что больныя должны были подвергнуться впоследствии hysterectom'и. Въ остальныхъ же 257 случаяхъ получилось полное излѣченіе: опухоль исчезала или значительно уменьшалась въ объемѣ. Возрастъ больной несомнѣнно имѣлъ вліяніе на эти результаты. До 40 лѣтъ опухоль въ 70⁰/о исчезала вполне; въ возрастѣ между 40 и 50 годами, она уменьшалась значительно, но не вполне; послѣ 45 лѣтъ уменьшеніе достигало до $\frac{1}{6}$ или $\frac{1}{3}$ прежняго объема опухоли. Обыкновенно предполагаютъ, что съ окончательной остановкой регулъ излѣчиваются фибромы или, по крайней

¹⁾ Краткій отчетъ объ этомъ конгрессѣ помѣщается въ *Revue de Chirurgie*. № 5.

мѣръ, исчезаютъ симптомы,—но это не вѣрно. Нервные страданія приходилось наблюдать и у оперированныхъ по случаю фибромъ больныхъ, но ему онѣ всегда казались менѣе сильными, чѣмъ въ нормальной менопаузѣ или въ наступившей климактеріи.

Что касается утвержденія, высказаннаго *Thomas'*омъ *Keith'*омъ, что изъ 100 оперированныхъ 10 подвергаются сумашествію, это не было подтверждено ни однимъ изъ другихъ наблюдателей. Напротивъ, *Lawson Tait* въ трехъ случаяхъ видѣлъ излѣченіе бывшаго сумашествія, послѣ кастраціи, предпринятой по случаю фибромъ.

Jacobs (Брюссель), сообщая о 58 операціяхъ (съ конца 88 по конецъ 90), по случаю страданія придатковъ безъ новообразованій, изъ которыхъ получилось 50 излѣченій и 2 случая смерти, приходитъ къ такому заключенію, что дальнѣйшія результаты кастраціи, при страданіяхъ придатковъ, всего болѣе благопріятны при значительныхъ утолщеніяхъ трубъ и хуже при интерстиціальнымъ салпингитахъ. На 11 оперированныхъ больныхъ съ *salpingitis catarrhalis* у трехъ боли остались. У двухъ другихъ маточныя кровотеченія продолжались. Въ одномъ случаѣ онъ видѣлъ возвращеніе болѣзненныхъ припадковъ по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Операція была сдѣлана съ одной стороны при катаральномъ салпингитѣ. Наконецъ, ему приходилось иногда констатировать болѣзненное искривленіе назадъ, послѣ удаленія придатковъ. Эти наблюденія очень важны для насъ, потому что даютъ указаніе, въ какихъ случаяхъ мы смѣло можемъ приступать къ операціи и въ какихъ должны быть осторожны.

Le Dentu (Парижъ) сдѣлалъ 34 операціи удаленія придатковъ при *salpingitis exsudativa*, *pyosalpinx*, *salpingitis interstitialis* и при вѣматочной беременности. Одинъ только случай кончился смертью послѣ операціи. Что касается дальнѣйшихъ результатовъ, то извѣстное число больныхъ продолжаетъ страдать, одинъ временно, другія постоянно. Невропаты съ трудомъ поправляются. Въ другихъ случаяхъ бывшія сращенія, обширныя, старыя и фиброзныя, послѣ операціи снова восстанавливаются и составляютъ причину страданій. Равнымъ образомъ значительную роль играютъ и метриты.

Кромѣ того, *Le Dentu* наблюдалъ три случая. Въ одномъ изъ нихъ женщина, оперированная въ 1888-мъ году, въ 1890-мъ году вновь обратилась къ нему за помощію, по случаю сильныхъ болей въ животѣ. Найдена была кистовидная опухоль у лѣваго угла матки. *Le Dentu* произвелъ продолжительное расширеніе матки и въ концѣ 10 дня черезъ влагалище выдѣлилась черноватая жидкость. Съ того же момента опухоль и боли исчезли. Въ сентябрѣ 89-го года онъ оперировалъ другую больную. Послѣ операціи боли не прекращались. Онъ также прибѣгнулъ къ продолжительнымъ расширеніямъ матки и въ концѣ нѣсколькихъ дней черезъ рукавъ произошло обильное выдѣленіе и боли съ тѣхъ поръ исчезли. Наконецъ, третья больная была оперирована въ 1890 г., въ настоящемъ году она снова обратилась къ нему, вслѣдствіе болей, и онъ нашелъ съ каждой стороны легко прощупывающіяся маленькія трубныя кисты. Предполагается ей снова сдѣлать *laparotomію*

или предварительное расширеніе матки. Такъ какъ послѣднее лѣченіе даетъ результатъ положительный, то, по мнѣнію *Le Dentu*, всегда слѣдуетъ прибѣгать прежде всего къ этому методу лѣченія.

Я уже упоминалъ, что у насъ въ Петербургѣ въ клиникѣ проф. *Славянского* съ прошлаго года производятся опыты продолжительнаго расширенія матки, вѣсто операціи, при сальпингитахъ, и во многихъ случаяхъ результаты получаютъ благопріятные.

Во всякомъ случаѣ, если даже у большинства хирурговъ операція удаленія придатковъ даетъ ничтожный процентъ смертности, всетаки мы должны имѣть въ виду часто не полные результаты послѣ операціи и почти всегда полное безплодіе. Между тѣмъ больныя, желая избавиться отъ страданій, причиняемыхъ болѣзнями придатковъ, въ то же время часто желаютъ оставаться способными къ продолженію рода. Поэтому, прежде чѣмъ прибѣгать къ операціи при сальпингитахъ, необходимо испробовать другіе методы лѣченія, какъ напр. массажъ, электричество и въ особенности продолжительное расширеніе матки.

Клиника проф. Lucas Championniere'a помѣщается въ баракахъ, построенныхъ въ 3-мъ дворѣ госпиталя Saint Louis, который по виду совершенно подобенъ описанному госпиталю Salpêtrière, но только въ меньшемъ размѣрѣ.

Хирургическая клиника профессора интересна въ томъ отношеніи, что помѣщается въ тѣхъ баракахъ, которые раньше специально были предназначены, въ теченіе семи лѣтъ, для больныхъ съ разными болѣзнями и преимущественно съ оспой.

Кромѣ 60-ти кроватей для оспенныхъ, 8 были прибавлены для рожистыхъ и скарлатинозныхъ больныхъ.

Lucas Championniere получилъ для своей клиники этотъ баракъ, состоящій изъ трехъ залъ, соединенныхъ между собою посредствомъ центральной галереи, тщательно дезинфицировалъ его и, практикуя въ немъ съ 1887 года до сихъ поръ, ни разу не наблюдалъ у своихъ больныхъ ни оспы, ни рожи, ни скарлатины. Напротивъ, послѣоперационные результаты въ этомъ баракѣ получаютъ самые блестящіе не смотря на то, что въ нихъ производилось много самыхъ тяжелыхъ и большихъ операцій.

Средство для дезинфекціи бараконъ, употребленное *Lucas Championniere'омъ*, было очень простое и дешевое. Стѣны, потолки и полы тщательно были обмыты 5% растворомъ хлористаго цинка. Для уничтоженія влажности, окна послѣ этого всю ночь были открыты. На слѣдующій день произведена еще дезинфекція палатъ сѣрнистой кислотой. Было сожжено сѣрнистаго цвѣту 30 граммъ на каждый кубическій метръ. Въ теченіе трехъ сутокъ двери и окна были тщательно закрыты для того, чтобы на сколько возможно дольше подвергнуть комнаты дѣйствію сѣрнистой кислоты. Нужно замѣтить, что передъ дезинфекціей бараконъ остатки тканей, кусочки ваты, подозрительные деревянные обломки, словомъ все, что находилось внутри и около бараконъ, было собрано и сожжено въ печахъ. Помѣщенія прислуги

также были очищены влажнымъ путемъ, чтобы можно было, такъ сказать, захватить микробовъ на мѣстѣ. Послѣ того все зданіе провѣтривалось и палаты были вновь обмоблированы.

Такимъ образомъ, зданіе, очень дурное въ гигиеническомъ отношеніи, было очищено, продезинфицировано сравнительно дешевымъ путемъ и радикально, на что указываетъ послѣдующее отсутствіе заразы. Оспенные больные были выведены въ іюнѣ 87 года, а съ сентября того же года помѣстили хирургическихъ больныхъ.

Lucas Championniere завѣдуетъ, вообще, хирургическимъ отдѣленіемъ, но у него понедѣльникъ специально назначенъ для женскихъ операцій и по преимуществу для большихъ гинекологическихъ.

Оперативная комната одна для всевозможныхъ операцій¹⁾. Только передъ чревооткрытіемъ обмываютъ полъ и стѣны. Очищеніе воздуха ирригаціей признается излишнимъ, такъ какъ присутствующіе зрители все равно могутъ внести въ воздухъ вредные зародыши. Въ его брошюркѣ: «*Les conditions matérielles d'une bonne salle d'opérations*», составляющей *extrait de la «Revue d'hygiène»* (Avril 1890), указано, что съ 1887 г. до 1890 въ этой оперативной сдѣлано 321 операція у мужчинъ, всѣ съ выздоровленіемъ, и 142 операціи у женщинъ съ двумя случаями смерти, которая наступила не вслѣдствіе операціи, а по самой болѣзни. Такимъ образомъ на 463 *большихъ операцій средняя цифра смертности равна только 0,43%*.

Кромѣ того, произведено 128 чревооткрытій у женщинъ, изъ нихъ умерло 8 оперированныхъ, но смерть у всѣхъ произошла большею частью отъ шока, послѣ очень трудныхъ операцій, причемъ самая болѣзнь угрожала быстрою смертію. 71 операція, при условіи менѣе тяжелыхъ осложнений, не дали ни одного смертнаго исхода.

По словамъ *Lucas Championniere'a*, теперь 4-й годъ, какъ онъ оперируетъ въ указанныхъ баракахъ и не знаетъ, что такое нагноеніе послѣ операцій.

Единственный случай нагноенія онъ наблюдалъ только у одного ребенка послѣ резекціи колѣна. И все это зависитъ, по его мнѣнію, единственно отъ соблюденія строгой мѣстной асептики и антисептики около оперируемаго.

Между посѣщаемыми мною хирургами Парижа я только у *Lucas Championniere'a* встрѣтилъ почти полное примѣненіе Листеровскаго метода. Такъ, только *Lucas Championniere* дѣлаетъ операціи подъ *srgau*, но, вмѣсто карболовой кислоты, чтобы избѣжать интоксикаціи, употребляетъ растворъ *ol. eucalypti* (10:100). По его объясненію, онъ тѣмъ самымъ предохраняетъ рану, особенно въ глубинѣ, отъ попаданія зародышей изъ воздуха, а также защищаетъ оперативное поле отъ возможнаго вреднаго вліянія со стороны многочисленныхъ зритѣлей. Потомъ далѣе, какъ увидимъ ниже при описаніи операцій, всякое раненіе, произведенное имъ, онъ обязательно прижигаетъ крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты (5:100) и, при накладываніи повязокъ,

¹⁾ Операціи съ гнилостными отдѣленіями, впрочемъ, производятся въ комнатѣ, предназначенной для хлороформированія.

употребляеть, вмѣсто карболовой, какъ это предложено *Lister'*омъ, йодоформную марлю, покрываетъ ее обязательно протективомъ, для защиты раны отъ чрезмѣрнаго раздраженія выше лежащей торфяной карболизованной или йодоловой повязкой.

Во всѣхъ описанныхъ мною клиникахъ для большихъ операций, особенно для чревосѣченій, имѣются отдѣльныя оперативныя и отдѣльный специально для этого столъ, который или весь металлическій или крышка его покрыта толстой каучуковой пластиной или даже толстымъ стекломъ. Во время операціи столъ покрывается только чистой простыней. Тщательно вымытый передъ операціей, онъ уже никогда не передвигается изъ оперативной комнаты. Въ клиникѣ же *Lucas Championniere'*а оперативный столъ простой деревянный, выкрашенный масляной краской и устроенный по модели стола придуманнаго *Farabeuf'*омъ для перевозки труповъ. Заднія ножки стола съ колесиками, а на переднихъ онъ устанавливается твердо на мѣстѣ. Между двумя передними есть еще третья ножка съ колесикомъ, вращающимся во всѣ стороны. Посредствомъ простаго механизма (примѣненіемъ наклонной плоскости) ножка эта опускается такъ, что обѣ переднія приподнимаются отъ полу и тогда столъ становится легко передвижнымъ. Чтобы предохранить оперируемыхъ отъ охлажденія, на него кладется клеенчатый волосяной матрацъ и необходимыя подушки. Передъ операціей все это покрывается чистымъ стерилизованнымъ бѣльемъ.

Больного или больную предварительно обмываютъ въ ваннѣ, одѣваютъ въ чистое стерилизованное бѣлье и кладутъ на этотъ столъ въ госпитальной палатѣ. Одинъ служитель совершенно свободно перевозитъ ее сначала въ комнату для хлороформированія, а оттуда въ оперативную. Чтобы держать больного субъекта въ теплѣ, его покрываютъ въ палатѣ же чистымъ байковымъ одѣяломъ съ подлежащей стерилизованной простыней.

Столъ и матрацъ, какъ вещи не особенно дорогія, въ случаѣ нужды, легко могутъ быть замѣняемы новыми. Очистка стола въ высшей степени легка.

При чревосѣченіяхъ въ оперативную залу допускается неограниченное число врачей и студентовъ.

Не смотря на это, изъ представленныхъ *Lucas Championniere'*омъ статистическихъ цифръ за два года ¹⁾ мы видимъ, что смертность послѣ большихъ операций не велика и осложненія отсутствуютъ.

Такъ, послѣ чревосѣченій у женщинъ процентъ смертности равенъ всего 6,6% (на 128 операций 8 смертныхъ случаевъ).

Съ ноября 87 по май 89 г.:

Послѣ ovariotom'и при кистахъ яичника на	28	опер.	2	случ.	смерти
» удаления злокачественныхъ опухолей на	7	»	1	»	»
» » придатковъ ради фибромъ на	15	»	2	»	»
» опер. фибромъ. Удаленіе ихъ или матки на	7	»	3	»	»

¹⁾ Statistique des operations faites dans l'espace de deux annees à l'hôpital Saint Louis. Communic. à la Société de chir. 31 juill 1889. (Extrait du Journal de Med. et de Chirur. pratiques).

Остальные 71 случай чревосечений, окончившіеся всѣмъ выздоровленіемъ, были предприняты:

Для уничтоженія сращеній	7 опер.
» діагноза	3 »
При внутреннемъ ущемленіи	1 »
» ovario-salpingite	51
» kyste hydatique	2 »
» ventrofixation	4 »
» nephrorraphie	3 »

Послѣ другихъ же большихъ операцій у мужчинъ и у женщинъ процентъ смертности равенъ 0 (послѣ 237 большихъ операцій ни одного случая смерти).

Оперативная *Lucas Championniere*'а состоитъ изъ двухъ комнатъ: собственно оперативная—большая зала и маленькая комната, гдѣ помѣщается умывальникъ и цилиндръ для горячей воды. Стѣны комнатъ выкрашены масляной краской, полъ паркетный, изъ сосновыхъ пластинокъ, который, не смотря на частое мытье, долго не портится и обходится несравненно дешевле, чѣмъ мозаичный или асфальтовый.

Обѣ комнаты отапливаются одной изразцовой печкой, которая дольше держитъ въ себѣ тепло и равномернѣе нагреваетъ комнаты, чѣмъ, напр., железная печка.

Въ оперативной залѣ, кромѣ того, у одной стѣны помѣщается большой шкафъ съ полками для стерилизаціи бѣлья и инструментовъ. Шкафъ этотъ нагревается газовыми рожками. Инструменты передъ операціей непосредственно изъ него переносятся въ ванночку съ 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты. Ванночка эта помѣщается на металлическомъ легко подвижномъ столикѣ, который ставится около оператора. Между ножекъ столика находится полочка, на которой помѣщается глубокая ванночка съ крѣпкимъ (5%) растворомъ карболки. Инструменты бывшіе въ употребленіи во время операціи, погружаются сначала въ этотъ крѣпкій растворъ, а оттуда переносятся въ верхнюю ванночку съ болѣе слабымъ растворомъ. Около оператора помѣщается еще небольшой столикъ, покрытый клеенкой, на которомъ стоятъ два тазика со стерилизованной водой для губокъ.

У ножнаго конца оперативнаго стола помѣщается еще третій столикъ также покрытый клеенкой, для пульверизатора. Другія же необходимыя принадлежности при операціяхъ помѣщаются на двухъ большихъ столахъ, находящихся у стѣнъ оперативной, покрытыхъ также клеенкой, которую *Lucas Championniere* считаетъ вполне замѣняющей мраморныя или стеклянныя крышки столовъ богатыхъ клиникъ. Дѣйствительно, благодаря клеенкѣ, столы легко могутъ быть вымыты и всегда содержаться въ чистотѣ.

Я потому такъ подробно остановился на описаніи клиники *Lucas Championniere*'а и особенно его оперативной комнаты, чтобы показать, какъ, при сравнительно самыхъ скромныхъ затратахъ, каждому хирургу можно обставить себя самыми благоприятными условіями для оперированія.

Въ первый же день моего посѣщенія этой клиники, въ понедѣльникъ 4-го (16-го) февраля, я видѣлъ операцію *ovariotomy et salpingotomy*.

Животъ оперируемой былъ обмытъ $2\frac{1}{2}\%$ растворомъ карболовой кислоты, а затѣмъ обсушенъ сулемованнымъ марлевымъ компрессомъ. Передъ разрѣзомъ, за минуту или за двѣ, пущенъ въ ходъ пульверизаторъ, распыленная струя котораго нижнимъ краемъ какъ разъ касалась покрововъ живота. По разрѣзѣ покрововъ до брюшины, тщательно остановлено кровотеченіе краевъ раны Пеановскими пинцетами и затѣмъ брюшина, захваченная въ складку, разрѣзана. Въ полость брюшины *Lucas Championniere* всегда вводитъ губки съ Пеановскими пинцетами, которые, для отличія ихъ отъ другихъ пинцетовъ, имѣютъ золоченыя ручки.

Въ лѣвомъ яичникѣ оказалась киста порядочной величины, поэтому она была опорожнена посредствомъ троакара и послѣ отверстіе зажато Пеановскимъ пинцетомъ.

Такъ какъ эта киста имѣла обширныя сращенія, то онѣ были разрушены рукой, а затѣмъ кистевой мѣшокъ вытасненъ въ рану наружу. Лѣвая труба также была измѣнена; поэтому, наложивъ двѣ двойныя лигатуры на ножку кисты и на трубу, придатки съ лѣвой стороны были удалены. Полость таза очищена отъ крови губками и культи прижжена термокаутеромъ. Кровь изъ полости и съ культи очищена губками, омоченными и выжатыми въ 5% растворомъ карболовой кислоты.

Для сшиванія брюшной раны, сначала проведены изъ *crin de Florence* глубокіе швы, идущіе черезъ кожу, мускулы и брюшину, затѣмъ швы изъ кетгута на одну брюшину. Послѣдніе швы тотчасъ же затягиваются. Послѣ того накладываются изъ *crin de Florence* поверхностные швы на края каждой раны и, передъ стягиваніемъ ихъ, брюшная рана вытирается губками съ 5% растворомъ карболовой кислоты до побѣленія поверхности.

Поверхностные швы тотчасъ же затягиваются и наконецъ стягиваются и прежде наложенные глубокіе швы изъ *crin de Florence*.

Сшитая поверхность обмывается и на нее кладется тонкій слой іодоформной марли, сверхъ ея *protective*, затѣмъ нѣсколько слоевъ подушекъ изъ торфа съ іодоломъ и животъ забинтовывается.

Въ тотъ же день сдѣлана *gastrotomy* по случаю проглоченной получелюсти искусственныхъ зубовъ. Разрѣзъ на краю лѣваго подреберья былъ сдѣланъ довольно большой. Со вскрытіемъ брюшины больная начала задыхаться, тогда немедленно введена въ одну поздрю трубка отъ мѣшка съ кислородомъ. Черезъ три минуты дыханіе стало нормальнымъ, и операція продолжалась дальше. Во время большихъ операций всегда въ оперативной находится подушка съ кислородомъ; къ электричеству *Lucas Championniere* не прибѣгаетъ, а обыкновенно производитъ искусственное дыханіе вмѣстѣ съ вдыханіемъ кислорода.

Передняя стѣнка желудка, фиксированная въ двухъ мѣстахъ двумя лигатурами, была разрѣзана по длинѣ брюшной раны ножницами и края разрѣза захвачены Пеановскими пинцетами. Вокругъ раны наложены горячіе

марлевые компрессы. Изслѣдованіе полости желудка пальцами и корнцангомъ привело къ отрицательному результату. Въ желудкѣ ничего не найдено.

Разрѣзъ желудка тщательно шить узловатымъ швомъ, посредствомъ тонкаго шелка, и спитая поверхность, передъ опусканіемъ въ полость живота, вытерта 5% карболовымъ растворомъ. Дальнѣйшее шиваніе брюшины и брюшной раны сдѣлано такъ же, какъ описано при первой операціи.

10-го (23-го) февраля въ той же клиникѣ была laparotomia по случаю salpingo-oophoritis и atresia uteri. Atresia въ данномъ случаѣ произошла вслѣдствіе энергичнаго прижиганія полости матки креозотомъ.

Lucas Championniere признаетъ подобныя прижиганія излишними и вредными и особенно въ данномъ случаѣ, гдѣ существуетъ еще страданіе трубъ и яичниковъ, совершенно бесполезными.

По вскрытіи живота найдена довольно большая киста въ правомъ яичникѣ и расширенная, увеличенная въ объемѣ правая труба. Широкая связка перевязана на три части. Сначала проведена черезъ связку двойная лигатура, послѣдняя перерѣзана и одной половиной ея перевязана связка за фимбриальнымъ концомъ трубы. Свободный конецъ другой половины лигатуры съ концомъ новой лигатуры проведены въ новомъ мѣстѣ, ближе къ маткѣ черезъ широкую связку. Связанными концами второй половины двойной лигатуры была перевязана средняя часть ligamenti lati, а концомъ новой лигатуры перевязана внутренняя часть связки и труба у маточнаго ея конца.

Такъ какъ труба расширена и измѣнена, то, чтобы предохранить полость брюшины отъ изліянія въ нея содержимаго трубы, послѣдняя передъ удаленіемъ зажата пинцетомъ около лигатуры на маточномъ концѣ. Такимъ образомъ отрѣзъ трубы былъ сдѣланъ между лигатурой и пинцетомъ. По удаленіи трубы и яичника съ кистой, культи была прижжена термокаутеромъ. Съ лѣвой стороны труба и яичникъ тоже, хотя и въ меньшей степени, оказались измѣненными и съ сращеніями на периферіи. По разрушеніи послѣднихъ рукой, пораженныя части совершенно такъ же удалены, какъ и съ правой стороны. Передъ шиваніемъ брюшной раны полость таза очищена отъ крови губками, смоченными и выжатыми въ 5% растворѣ карболовой кислоты. Осмотръ вынутыхъ органовъ показалъ: цистозное перерожденіе немного увеличенныхъ яичниковъ, а трубы, особенно правая, переполнены старой кровью, которая скоплялась въ нихъ вслѣдствіе атрезіи, наступившей послѣ воспаленія трубъ. И такъ въ данномъ случаѣ имѣемъ haematosalpinx cum atresia tubarum et degeneratio cystosa ovariorum. Вторая операція также salpingo oophorectomia duplex, вслѣдствіе діагностированнаго salpingitis et fibroma ovarii sinistri. По удаленіи органовъ первоначально съ лѣвой стороны, въ яичникѣ найденъ старый тромбъ и въ мѣстѣ его нахожденія приросшіи сальникъ и сращенія съ Дугласовымъ пространствомъ. Стѣнки фаллопиевыхъ трубъ очень толсты, а самая полость сужена. Съ правой стороны въ яичникѣ небольшая киста полость трубы расширена, стѣнки же ея тонки. Вообще правая труба въ объемѣ значительно больше лѣвой. Производство операціи тождественно съ предыдущими.

18-го февраля (2-го марта) было двѣ операциі: одна *laparotomia propter cystam hydat. hepatis*, а другая *laparo-salpingo-oophorectomia duplex*. Первая операциа, хотя и не гинекологическая, но такъ какъ она была сдѣлана у женщины и можетъ встрѣтиться гинекологу, то вкратцѣ я ее опишу, какъ видѣлъ.

Разрѣзъ живота, величиною въ 4 поперечныхъ пальца, былъ сдѣланъ параллельно краю праваго подреберья. Выпятившаяся въ рану стѣнка кисты вскрыта небольшимъ разрѣзомъ, и край разрѣза захваченъ пинцетомъ. Изъ полости мѣшка выпущено порядочное количество жидкости, причемъ края наружной раны тщательно придавливались кругомъ къ стѣнкѣ кисты, чтобы жидкость изъ нея не могла попасть въ полость брюшины. По уменьшеніи напряженія стѣнки мѣшка послѣдній былъ приподнятъ въ наружную рану пинцетами и разрѣзъ продолженъ въ обѣ стороны. Края разрѣзаннаго мѣшка тотчасъ же сшиты кругомъ съ краями наружной раны. Послѣ того жидкость вся по возможности была выдавлена. Показавшаяся оболочка гидатидной кисты захвачена пинцетомъ *Nelaton'a* и вытащена большими лоскутами. Затѣмъ въ полость мѣшка инъецированъ растворъ сулемы (1 : 1000), въ количествѣ 3-хъ большихъ шприцовъ. Жидкость эта снова выведена и наконецъ впрыснуто до 4-хъ шприцовъ нормальнаго соляного раствора (6 : 1000). По выпущеніи послѣдняго, въ полость мѣшка введенъ толстый дренажъ (резин. трубка). Рана обтерта губкой съ 5% растворомъ карболовой кислоты и затѣмъ покрыта іодоформной марлей. Дальнѣйшее наложеніе повязки уже описано выше.

Salpingo-oophorectomiam duplicem, судя по незначительности паталогическихъ измѣненій, можно было бы и не дѣлать, но *Lucas Championniere* рѣшилъ на эту операцию въ виду бесполезности всѣхъ другихъ испытанныхъ средствъ въ данномъ случаѣ. Въ удаленныхъ трубахъ наблюдается только гиперемія, яичники противъ нормы увеличены немного, но оба съ многочисленными мелкими кистами. У праваго яичника, во время выведенія его, одна наибольшая киста разорвалась. Производство операциі было подобно вышеописанному.

25-го февраля (9-го марта) была *ovariotomia*. Киста объемистая и, нѣсколько дней назадъ, уже 2 раза пунктирована съ цѣлью діагноза и для выпуска жидкости. Прозрачность послѣдней указываетъ на присутствіе простой кисты, но прощупываніе довольно твердыхъ бугровъ на ней, болѣзненность при пальпаціи и замѣтная кахексія привели къ предположенію, что въ данномъ случаѣ опухоль злокачественная (*cysto-carcinoma*).

По вскрытіи брюшины вытекло небольшое количество асцитической жидкости. Въ верхней периферіи опухоли найдена приросшая петля кишки и сальника, которые были отсепарованы рукой. Киста пунктирована троакаромъ и содержимое ея на этотъ разъ темнаго кровянистаго цвѣта. Жидкости вытекло около литра. Отверстіе кисты зажато Нелятоновскими пинцетами и послѣ того произведена рукой отсепаровка кисты по всей ея периферіи. Опухоль выведена въ рану и на ножку ея другъ надъ другомъ наложены два жома-

пинцета, между которыми ножка и перерѣзана. При попыткѣ удалить опухоль изъ полости живота оказалось, что киста, отдѣленная справа, была сросшаяся довольно тѣсно еще съ кистой лѣвой стороны. Отсепарованная и отрѣзанная въ мѣстѣ плотнаго соединенія правая киста была удалена. Ножка лѣвой кисты также перерѣзана между двумя жомами и, по удаленіи опухоли, подъ жомами-пинцетами съ обѣихъ сторонъ наложены по двѣ двойныя лигатуры.

Полость таза, какъ это обыкновенно дѣлается передъ сшиваніемъ брюшинной раны, довольно тщательно вытерта губкой съ крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты.

По словамъ *Lucas Championniere'a*, онъ ни разу не наблюдалъ признаковъ отравленія кислотой, не смотря на довольно обширныя обтиранія ею раненыхъ поверхностей.

Операция продолжалась болѣе часу. Бугристость вынутыхъ опухолей обуславливалась вторичными меньшими кистами. Никакой злокачественности не оказалось.

Справа киста найдена въ трубѣ, въ яичникѣ и въ широкой связкѣ, а слѣва въ трубѣ и яичникѣ.

Въ тотъ же день произведена была *fixatio renis mobilis (Nephrorraphia)*. Прежде всего наружными приемами почка приведена была на мѣсто и фиксирована рукой помощника. Затѣмъ сдѣланъ разрѣзъ покрововъ живота нѣсколько кзади отъ лѣвой маммиллярной линіи.

Разрѣзомъ нечаянно была вскрыта брюшина, рана которой тотчасъ же была сшита кетгутомъ.

Разрѣзъ въ глубинѣ направленъ дальше кзади. Подойдя къ почкѣ, черезъ заднюю ея периферію проведены поперекъ, по направленію сверху внизъ, три лигатуры. Концы этихъ лигатуръ иглой *Lambdin'a* проведены черезъ края мускульной раны и завязаны. Послѣ того еще положенъ одинъ этажъ швовъ на мускулы и апоневрозъ и, наконецъ, уже сшита кожная рана.

Затѣмъ видѣлъ еще три операциі *salpingo-oophorectomiae* уже въ маѣ 20-го (1-го іюня) и въ началѣ іюня 3-го (15-го). Производство операций было подобно вышеописаннымъ.

6-го (18-го) іюня, во время моего прощальнаго визита, благодаря любезному позволенію профессора, я выписалъ изъ дневной книги дополнителныя свѣдѣнія относительно большихъ гинекологическихъ операций, бывшихъ въ настоящемъ году.

Считая съ начала академическаго года, было 44 операциі, а съ начала настоящаго года по 6-е (18-е) іюня—33.

По 1-е января новаго стиля въ послѣдніе мѣсяцы прошлаго года произведено было:

ovariotom'іи	3	} Послѣ операциі у всѣхъ выздоровленіе.
oophorectom'іи	1	
salpingo-oophorect.	5	
hysterectom'іи	9	

Въ настоящемъ году—

12-го января. *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю дермоидной кисты ovarii sinistri et fibrom. ovar. dext. Операция— $\frac{3}{4}$ часа. Больная выписалась здоровой 8 февраля (т. е. на 27 день или чрезъ 4 нед.).

Въ тотъ же день. *Salpingo-oophorect unilat.*, по случаю cysta sanguin. ovar. et atroph. tubarum. Операция 50 мин. Больная выписалась здоровой 8 февраля (чрезъ 4 нед.).

15-го января. *Salpingo-oophorectom. duplex*, по случаю oophoritis duplex et cysta sanguin. sinist. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоровой 9 марта (чрезъ 7 недѣль).

26-го янв. *Ovariectomy*, по случаю cysta ovar. cum tumore fibr. Часть послѣдней осталась неудаленной. Опер. 1 часъ 25 м. Больная выписалась здоровой 2 марта (чрезъ 5 нед. и 1 день).

2-го февр. *Salpingo-oophorect. unilater.*, salpingit et oophor. sinistra cum adhaesion. Опер. 30 м. Больная выписалась здоров. 6 марта (чрезъ 4 нед. 4 д.).

9-го февр. *Salpingo-oophorect. duplex*,—salping.-oophoritis. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здор. 20 марта (чрезъ 5 нед. 4 д.).

— *Salpingo-oophorectom. duplex*, по случаю haemotosalpinx et oophoritis. Опер. 3 часа. Больная выпис. здоров. 22 марта (5 н. 6 д.).

16-го февр. *Ovariectomy*, по случ. cysta ovarii sinistra cum adhaesion. Опер. 35 м. Больная выпис. здоров. 13 марта (3 н. 4 д.).

23-го февр. *Salpingo-oophorectom. dupl.*, по случаю haemotosalpinx dupl. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоров. 27 марта (4 нед. 5 д.).

— *Salpingo-oophorect. duplex*, по случаю приращенія яичниковъ и трубъ въ глубинѣ таза. Опер. 50 м. Больная выпис. здоров. 10 апрѣля (6 нед. 3 д.).

2-го марта. *Oophorectomia duplex*, по случаю двухсторонняго воспал. яичниковъ. Опер. 50 м. Больная выпис. здоров. 3 апрѣля (4 н. 4 д.).

9-го марта, *Ovariectomy duplex*, по случаю cystae ovariorum et ligam. lati. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоров. 10 мая (2 м. 1 д.).

12-го марта. *Punctio cystae*, по случаю cysta multiplex ovarii sinist. Опер. 50 м. Больная выпис. здоров. 13 апрѣля (4 н. 4 д.).

16-го марта. *Ovariectomy sinistra*,—cysta multiplex ovarii sinist. Опер. 30 м. Больная выпис. здоров. 11 апр. (3 н. 5 д.).

13-го апр. *Salpingo-oophorect. duplex*,—cystae ovarii dextri; слѣва яичникъ закрученъ, атрофированъ и съ фибромой. Опер. 45 м. Больная умерла 15 апр. (Вслѣдствіе asystol. cordial.).

— *Salpingo-oophorectomia*, по случаю cysta ovarii. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоров. 14 мая (4 н. 3 д.).

20-го апр. *Salpingo-oophorectomia*,—по той же причинѣ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Опер. 25 м. Больная выпис. здоров. 16 мая (3 н. 5 д.).

— *Salpingo-oophorectomia duplex*, по случаю oophoritis duplex. Опер. 1 ч. 5 м. Больная выпис. здоров. 21 мая (4 н. 3 д.).

27-го апр. *Salpingo-oophorectomia unilat.*, по случаю salpingo-oophoritis sinist. Опер. 1 ч. 15 м. Больная выпис. здоров. 23 мая (3 н. 5 д.).

— *Ovariectomy sinist.*, по случаю cysta ovarii. Опер. $\frac{1}{4}$ часа. Больная выпис. здоров. 18 мая (через 3 нед.).

28-го апр. *Salpingo-oophorectomia duplex*, по случаю oophoritis duplex. Слѣва oophoritis suppurat. Опер. 50 м. Больная еще наход. въ клиникѣ.

4-го мая. *Salpingo-oophorect. unilat.*, по случаю salping. suppur. et oophoritis. sinistra. Опер. 55 м. Больная выпис. здоров. (3 н. 5 д.).

— *Ovariectomy dext.*, — cysta ovarii cum adhaesione. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоров. 3 іюня (4 н. 2 д.).

11-го мая. *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю oophor. duplex cum adhaes. Опер. 45 м. Больная еще въ клиникѣ.

— *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю salpingo-oophoritis. Оп. 25 м. Больная выпис. здоров. 5 іюня (3 н. 4 д.).

21-го мая. *Ovariectomy sinist.*, по случаю cysta ovarii cum asciti. Опер. 40 м. Больная выпис. здоров. 12 іюня (3 н. 1 д.).

25-го мая. *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю oophoritis duplex cum adhaesione. съ лѣв. стор. Опер. 45 м. Больная еще въ клиникѣ.

1-го іюня. *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю oophor. Опер. 30 мин. Больная еще въ клиникѣ.

— *Salpingo-oophorectomia dupl.*, по случаю fibromы corpor. uteri; яичники кистовидно перерожденные. Опер. 50 м. Больная еще въ клиникѣ.

8-го іюня. *Salpingo-oophorectomia duplex*, по случаю oophoritis cum adhaesione. Сальн. также прирощенъ. Опер. 50 м. Больная еще въ клиникѣ.

— *Ovariectomy duplex*, по случаю cystae ovarior. Опер. 30 м. Больная еще въ клиникѣ.

15-го іюня. *Salpingo-oophorectomia unil.*, по случаю tumor ovarii cum asciti. Опер. 55 м. Больная въ клиникѣ.

— *Salpingo-oophorect. duplex*, по случаю oophoritis dupl. et fibromioma передней стѣн. матки. Опер. 45 м. Больная еще въ клиникѣ.

И такъ въ настоящемъ году по 6 (18) іюня было произведено:

Salp. oophorect.	23—1 смер.
ovariotomy.	9
oophorectomy.	1

Я нарочно дѣлаю здѣсь выписку изъ дневной книги съ краткими подробностями, помѣченными такъ, чтобъ наглядно показать, кромѣ голыхъ цифръ операцій, и выздоровленія. При этомъ правильнаго соотношенія между продолжительностью операціи и временемъ выздоровленія не замѣчается. По отношенію къ операціи, продолжительность выздоровленія оказывается дольше послѣ salpingo-oophorect. (отъ $3\frac{1}{2}$ нед. до 2 м. среднимъ числомъ, около 5 недѣль) и замѣтно меньше послѣ ovariectomy (отъ 3 н. до 5 нед., причѣмъ средняя продолжительность=4 недѣлямъ).

Вообще, послѣ лапаротоміи выздоровленіе наступаетъ всего чаще въ теченіе 4 недѣль. Смертность послѣ чревосѣченій за настоящій годъ въ клиникѣ *Lucas Championniere*'а была ничтожна,—на 44 операціи 1 случай смерти, т. е. $\approx 2,28\%$.

Въ заключеніе приношу мою искреннюю глубокую благодарность глубокоуважаемымъ профессорамъ *Terrillon*'у и *Lucas-Championniere*'у за ихъ любезное отношеніе ко мнѣ.

Вообще я долженъ сказать, что французскіе профессора-медики чрезвычайно любезны къ иностраннымъ врачамъ и съ большою готовностью дѣлятся своей опытностью и знаніемъ.

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