

и тампонируя потомъ полость матки іодоформенною марлею. Токъ достигалъ обыкновенно 30—40 *Milliampères* и достаточно было 3—4 введеній зондовъ для уничтоженія суженія, а слѣдовательно всѣхъ явленій, сопутствующихъ этому заболѣванію. По автору этотъ способъ можетъ вполне замѣнить дисцизію.

Изъ 3 случаевъ аменорреи у женщинъ, примѣняя активный отрицательный полюсъ постоянного тока съ цѣлью вызвать усиленный приливъ крови къ половымъ органамъ, авторъ въ 2-случаяхъ послѣродовой атрофіи матки послѣ 5—6 сеансовъ достигъ полного излѣченія, въ 1-же случаѣ у очень жирной особы, несмотря на продѣланные 20 сеансовъ электричества, регулы не появлялись.

Авторъ хвалитъ также электричество какъ рассасывающее средство при старыхъ пери—и параметритахъ и особенно рекомендуетъ примѣнять гальвано-фарадизаціонный токъ при хроническихъ запорахъ. Въ подобныхъ случаяхъ, гдѣ весь арсеналъ слабительныхъ оставался неэффективнымъ, примѣненіе на ряду съ массажемъ гальвано-фарадизаціоннаго тока всегда увѣнчивалось успѣхомъ.

А. Брандтъ.

121. Г. Е. Рейнъ. Обзоръ 310 чревосѣченій (Протоколъ засѣд. Акуш.-Гинекологическаго общества въ Кіевѣ. Томъ 5. Выпускъ 9 и 10).

Авторъ дѣлаетъ общій обзоръ 310 чревосѣченій, произведенныхъ въ теченіи 8 лѣтъ: съ 23 ноября 1883 года по 26 ноября 1891 года. Въ составъ произведенныхъ чревосѣченій вошли слѣдующія операціи:

|  |     |     |    |                          |
|--|-----|-----|----|--------------------------|
| Овариотомій . . . . .                      | 185 | ум. | 10 | 5,4 <sup>0</sup> /о см.  |
| Удаленіе кистъ широкихъ связокъ . . . . .  | 26  | »   | 1  | 3,8 <sup>0</sup> /о »    |
| Всего . . . . .                            | 211 | »   | 11 | 5,2 <sup>0</sup> /о »    |
| Миомотомій . . . . .                       | 43  | »   | 7  | 16,2 <sup>0</sup> /о »   |
| Удаленіе придатковъ . . . . .              | 18  | »   | 2  | 11,1 <sup>0</sup> /о см. |
| Эксплораторныхъ разрѣзовъ . . . . .        | 9   | »   | 2  | 22,2 <sup>0</sup> /о »   |
| Чревосѣченій при вѣматочной берем. . . . . | 7   | »   | 1  | 14,2 <sup>0</sup> /о »   |
| Другихъ чревосѣченій . . . . .             | 22  | »   | 6  | 27,2 <sup>0</sup> /о »   |
| Итого . . . . .                            | 310 | ум. | 29 | 9,3 <sup>0</sup> /о см.  |

Въ рубрику «другихъ чревосѣченій» вошли между прочимъ: кесарское сѣченіе (1), гистеропексія (3), удаленіе эхиноккока брюшной полости (1), грыжесѣченіе (1), повторное чревосѣченіе (5), удаленіе саркомы круглой связки (1) и брыжжейки (1) и многія другія операціи.

Въ 19 случаяхъ изъ 29 умершихъ послѣ операціи причиною смерти были гнилостные процессы.

Съ улучшеніемъ обстановки клиники и съ введеніемъ асептического способа процентъ смертности значительно понизился: 139 чревосѣченій, произведенныхъ въ старой клиникѣ, дали 15,1<sup>0</sup>/о смертности, тогда какъ 171 случай въ новой клиникѣ только 4,6<sup>0</sup>/о.

Техника овариотоміи — общепринятая, при асептической обстановкѣ (Врачъ, 1890, № 3, 21 и 23). Воздухъ въ операционную комнату вгоняется черезъ фланель помощью ручного нагнетательнаго насоса; операционная комната орошается по способу д-ра *Сопъжко*; всѣ присутствующіе падеваютъ обезпложенные текучимъ паромъ халаты.

Міомотомія 2 раза произведена по вѣтробрюшинному способу, 2 раза выпущена подслизистая міома по типу консервативнаго кесарскаго сѣченія, въ остальныхъ случаяхъ операція производилась по внутрибрюшинному способу по типу Шредеровской міомотоміи. Въ послѣднее время авторъ стремится обходиться при міомотоміи безъ эластическаго жгута, замѣняя его предварительнымъ обкалываніемъ сѣменной и маточной артерій; при такомъ образѣ дѣйствія уменьшается продолжительность операціи и предупреждается закупорка маточныхъ и сѣмянныхъ венъ, т. е. источникъ эмболии въ послѣоперационномъ періодѣ.

Данныя относительно  $t^{\circ}$  тѣла въ послѣоперационномъ періодѣ сопоставлены въ слѣдующей таблицѣ:

|   | Первая сотня. | Вторая сотня. | Третья сотня. |
|---|---------------|---------------|---------------|
| Безъ повышенія $t^{\circ}$ до $38^{\circ}\text{C}$ . . . . .      | 41            | 62            | 58            |
| Съ однократнымъ повышен. $t^{\circ}$ до $38^{\circ}\text{C}$ .    | 23            | 12            | 19            |
| Съ многокр. повыш. $t^{\circ}$ до $38^{\circ}\text{C}$ . и выше . | 36            | 26            | 22            |

Послѣ введенія безгнилостнаго способа всѣ физиологическія функціи организма восстанавливаются скорѣе; хлороформная рвота встрѣчается рѣже, что зависитъ отъ меньшей продолжительности операціи и отсутствія раздраженія брюшины антисептическими веществами, а не отъ свойствъ хлороформа. Опій дается только при явныхъ признакахъ начинающагося перитонита; стулъ вызывается на 4—5 день; при асептическомъ теченіи больныя вставали съ постели на 11—12 день, а къ концу второй недѣли выписывались изъ клиники.

Далѣе авторъ ставитъ вопросъ, «что необходимо сдѣлать для дальнѣйшаго уменьшенія смертности послѣ чревосѣченій?» Исходя изъ того соображенія, что 65% умершихъ послѣ чревосѣченія погибли отъ гнилостнаго отравленія, слѣдуетъ прежде всего стремиться къ дальнѣйшему развитію и усовершенствованію обезпложивающаго метода, понимая подъ послѣднимъ какъ безгнилостный, такъ и противугнилостный способъ, причемъ первый подвидъ (безгнилостный) долженъ примѣняться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ тканяхъ оперируемой нѣтъ микробовъ, второй же (противугнилостный)—тамъ, гдѣ вслѣдствіе присутствія микробовъ невозможно избѣжать самозараженія (гнойныя скопленія въ брюшной и тазовой полостяхъ). Необходимо, далѣе, для избѣжанія самозараженія улучшение техники и діагноза, напр. удаленіе сомнительной опухоли безъ прокола, или лѣченіе по типу Фолькмановской эхинококкотоміи и проч. Для распознаванія вирулентности содержимаго скопленій могли бы служить проколы тонкою иглою и бактериологическое изслѣдованіе добытаго.

Далѣе, неблагоприятный исходъ чревосѣченій часто зависитъ отъ того,

что больныя несвоевременно обращаются къ хирургу, когда уже невозможна радикальная операція вслѣдствіе распространенія злокачественнаго новообразованія, или когда произошли глубокія измѣненія въ другихъ органахъ (сердце, почки и проч., истощеніе); отсюда понятно, какое громадное вліяніе оказываетъ на исходъ чревосѣченія своевременное распознаваніе болѣзни, а это возможно только при широкой и правильной организаціи врачебной помощи.

Въ заключеніе авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы, которые мы приводимъ въ цѣлости:

1. Въ числѣ 310 чревосѣченій заключается самый разнообразный матеріалъ, среди котораго преобладаютъ, сравнительно, тяжелые случаи.

2. Общій  $\%$  смертности—9,3, долженъ быть признанъ весьма умереннымъ, особенно, если принять во вниманіе преобладаніе тяжелыхъ случаевъ и то обстоятельство, что первыя наблюденія произведены 8 лѣтъ тому назадъ.

3. Замѣчается постепенное уменьшеніе  $\%$  смертности, какъ послѣ всѣхъ чревосѣченій (4,6 $\%$  см. въ новой клиникѣ), такъ, въ особенности, при одной и той же операціи, напр. оваріотоміи (0,0 $\%$  смертности въ послѣдней полусотнѣ оваріотомій).

4. Главною причиною уменьшенія  $\%$  смертности, кромѣ накапливающейся опытности оператора и ассистентовъ и лучшей техники, нужно считать введеніе принциповъ безгнилостнаго оперированія.

5. Послѣдовательный уходъ за оперированными по безгнилостному способу болѣе простъ, ибо  $\%$  заболѣваемости среди нихъ меньше. При грозныхъ явленіяхъ въ послѣоперационномъ періодѣ, кромѣ гнилокровія, необходимо энергическое вниманіе, напр. повторное чревосѣченіе.

6. Для дальнѣйшаго улучшенія исходовъ чревосѣченій, кромѣ тщательной научной разработки относящихся сюда вопросовъ, необходима возможно болѣе широкая и правильная организація врачебной помощи въ населеніи, такъ какъ этимъ путемъ уменьшено будетъ число запущенныхъ случаевъ.

Ф. Краснопольскій.