

ЖУРНАЛЪ  
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,  
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

СЕНТЯБРЬ 1894, № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Электротералія при пери-параметритахъ.

Д-ръ Мед. В. Купидонова.

Воспалительныя формы тазоваго отдѣла брюшины, покрывающей матку и придатки ея (perimetritis), тѣсно связаны съ такими же формами подбрюшной соединительной ткани (parametritis).

Симптомы ихъ и обыкновенное лѣченіе въ большинствѣ случаевъ сходны между собой, поэтому я соединяю вмѣстѣ эти двѣ патологическія формы, при обзорѣ лѣченія ихъ электричествомъ.

Процессъ воспаления брюшиннаго покрова матки состоитъ въ томъ, что, подъ вліяніемъ, внѣ пуерперія, тѣхъ или другихъ причинъ, какъ на примѣръ, травмы, неосторожнаго зондировація, спринцованія въ полость матки, перехода воспаления отъ той или другой патологической формы различныхъ отдѣловъ половой сферы и т. п., въ брюшинныхъ покровахъ является большая или меньшая гиперемія, при чемъ серозный покровъ представляется утолщеннымъ, разбухшимъ. Въ разбуханіи принимаютъ участіе и подлежащая мышечная ткань. Изъ сильно расширенныхъ сосудовъ на свободную поверхность брюшины, покрывающей матку, происходитъ выпоть, сначала въ видѣ сыворотно-альбуминозной, прозрачной жидкости, которая по-

томъ мутнѣеть отъ примѣси форменныхъ элементовъ крови и фибрина. Къ такому эксудату скоро присоединяется новообразование соединительной ткани въ видѣ ложныхъ перепонокъ, которыя отграничиваютъ эксудатъ отъ остальной брюшины или склеиваютъ матку съ близъ лежащими органами. Смотря по степени воспаленія, къ эксудату примѣшиваются гнойныя клѣтки, которыхъ, разумѣется, будетъ тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе воспаленіе. Эксудатъ, того или другаго характера, обыкновенно спускается въ тазовую (область) полость и именно въ Дугласово пространство, хотя, при извѣстномъ положеніи тазовыхъ органовъ, онъ можетъ опускаться внизъ по бокамъ и даже спереди матки, что, впрочемъ, встрѣчается очень рѣдко.

Черезъ нѣкоторое время эксудатъ оплотнѣваетъ и, наполняя Дугласово пространство, придавливаетъ прямую кишку взадъ и матку кпереди, нижнюю же стѣнку Дугласова пространства выпираетъ внизъ, въ полость влагалища. При большомъ эксудатѣ верхняя граница его можетъ быть даже выше дна матки, ограничиваясь отъ выше лежащей брюшной полости ложными перепонками.

Исходъ периметрическаго эксудата, по *Klob'u*, бываетъ различенъ, смотря по количеству въ немъ гнойныхъ клѣтокъ. Если послѣднихъ мало и эксудатъ жидкій, то, по истеченіи извѣстнаго времени, гнойныя клѣтки претерпѣваютъ жировое перерожденіе и эксудатъ всасывается. Если же гнойныхъ элементовъ много, периметрическій эксудатъ становится хроническимъ, очень долгое время не подвергаясь никакимъ измѣненіямъ, или же, раздражая своимъ присутствіемъ сосѣднія ткани, вызываетъ разрастаніе соединительной ткани и дальнѣйшее образованіе гноя, т. е., образуется околоматочные нарывы.

Если периметрическій эксудатъ оплотнѣваетъ, тогда, какъ показываютъ практическія наблюденія, онъ принимаетъ хроническую форму, оставаясь долгое время стаціонарнымъ и постепенно подрывая здоровье женщины.

Соотвѣтственно описанному теченію и формѣ периметрита, клиническія явленія и объективныя данныя будутъ различны.

Въ остромъ періодѣ во все время образованія выпота, наблюдается *febris continua* съ *maximum* даже до 40,5° C; пульсъ

ускоренный до 120 удар. въ минуту, но довольно твердый; весьма сильная, острая постоянная боль, сначала въ паховыхъ сторонахъ, а за тѣмъ и во всемъ низу живота, достигающая часто такой степени, что больная не выносить даже прикосновенія къ животу тяжелаго одѣяла. Боль является и въ верхнемъ отдѣлѣ живота отъ присоединяющаго тимпанита, тошноты и рвоты, наступающихъ вслѣдствіе раздраженія брюшины.

Кромѣ этихъ симптомовъ у больной появляется частый позывъ къ мочеиспусканію или полная его задержка. Послѣ образованія значительнаго эксудата, присоединяется еще запоръ и боль въ крестцѣ.

Съ приостановкой выпота  $t^0$  разомъ падаетъ на  $1\frac{1}{2}$ — $2^0$  С. и это паденіе продолжается иногда 48 час., поднимаясь снова послѣ повторяющагося зноба.

При изслѣдованіи въ остромъ періодѣ сначала находимъ только напряженіе брюшныхъ покрововъ, болѣзненность, особенно въ пахахъ, и вздутіе низа живота. Влагалище удлинено, вслѣдствіе болѣе высокаго стоянія матки въ началѣ процесса, своды отъ этого уплощены, а главное, напряжены и болѣзненны, особенно сзади. Матка болѣзненна вся, особенно во влагалищной части.

По образованіи эксудатовъ, длина влагалища укорачивается, позади матки прощупывается болѣзненная, наполняющая Дугласово пространство, опухоль, довольно плотной консистенціи и клиновидной, расширенной кверху, формы.

Верхняя граница опухоли прощупывается на большой или меньшей высотѣ надъ *simphisis*'омъ.

При извѣстной величинѣ эксудата, матка придавливается неподвижно кпереди, къ срединѣ, или въ одну изъ сторонъ передней стѣнки таза. Съ периметрическою опухолью матка сливается, составляя какъ бы одно цѣлое, на всемъ своемъ протяженіи или же дно ея остается свободнымъ, прощупываясь въ видѣ придатка.

Если периметритъ ограничивается только тазовой брюшиной и эксудатъ не особенно великъ, то, обыкновенно черезъ двѣ недѣли, онъ можетъ окончиться или разрѣшеніемъ, т. е., бурныя явленія постепенно ослабнуть и больная выздоравливаетъ, или же описанныя явленія значительно ослабѣваютъ въ своей силѣ, но

болѣзненный процессъ еще продолжается и принимаетъ хроническое теченіе.

При хроническомъ периметритѣ, составляющемъ переходную форму остраго, и при самостоятельномъ хроническомъ периметритѣ, когда воспалительный процессъ на столько слабо протекаетъ, что больная не можетъ указать его начало, главныя клиническія явленія составляютъ тупыя боли въ томъ или другомъ мѣстѣ тазовой области, и всего чаще боли въ крестцѣ. Иногда больныя жалуются только на непріятное ощущеніе тяжести внизу живота. Боли иногда усиливаются отъ долгой или быстрой ходьбы и тяжелой работы и всего чаще послѣ coitus'a, который почти всегда болѣзненъ. Послѣднее объясняется низкимъ стояніемъ смѣщенной матки. Далѣе при хроническомъ периметритѣ измѣняется характеръ мѣсячныхъ. Передъ и во время ихъ усиливается болѣзненность и тяжесть внизу живота, иногда присоединяется лихорадка и резстройство въ мочеиспусканіи. Регулы часто становятся неправильными, относительно ритма, и чрезмерно обильными. Кромѣ того, отъ неправильнаго положенія матки и зависящей отъ этого неправильной циркуляціи крови, т. е. венознаго застоя, почти постоянно находимъ усиленное слизистое истеченіе, т. е. бѣли. Вслѣдствіе давленія эксудата на прямую кишку, — постоянный запоръ, смѣняющійся иногда поносомъ. Питаніе растраивается, больныя блѣднѣютъ, худѣютъ, дѣлаются нервными и т. д.

При хроническомъ периметритѣ изслѣдованіе обыкновенно указываетъ большее или меньшее укороченіе влагалища, зависящее отъ величины эксудата. Послѣдній, выпячивая задній сводъ, тѣмъ плотнѣе, чѣмъ онъ старше. Поверхность его, чѣмъ эксудатъ старше, тѣмъ болѣе становится неровной и бугристой. Бугристость зависитъ отъ неравномѣрнаго всасыванія, и наблюдается въ верхнемъ отдѣлѣ эксудата, такъ какъ всасываніе эксудата идетъ сверху внизъ, т. е. съ того мѣста, гдѣ эксудатъ моложе. Если иногда всасываніе начинается снизу, то клиновидная форма эксудата измѣняется. Очень старые эксудаты занимаютъ уже не среднюю часть задней стѣнки таза, а ту или другую сторону ея.

Изслѣдованіе матки при хроническомъ периметритѣ указываетъ на смѣщеніе и полную ея неподвижность.

Перейдемъ теперь къ краткому описанію воспалительнаго процесса, извѣстнаго подъ именемъ parametrit'a. Этимъ названіемъ, придуманнымъ *Virchow* въ 1862 г., обозначается воспаление подбрюшинной соединительной ткани, расположенной въ тазовой области.

Процессъ почти всегда начинается въ межмышечной соединительной ткани матки и затѣмъ переходитъ на подбрюшинную тазовую.

Подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ, которыя указаны при периметритѣ, межмышечная соединительная ткань всей матки или части ея гиперимируется и разбухаетъ, вслѣдствіе пропитыванія серозною жидкостью. Воспалительный процессъ обыкновенно быстро переходитъ съ матки, соотвѣтственно анатомическому расположенію, на клѣтчатку рукавнаго свода и той или другой широкой связки, распространяясь иногда и дальше на *fossam iliacam*, или еще далѣе, по передней стѣнкѣ таза и по позвоночнику.

Пока преобладаетъ отечное пропитываніе ткани, опухоль остается мягкой. Затѣмъ, черезъ нѣкоторое время, вслѣдствіе эмиграціи изъ расширенныхъ кровеносныхъ сосудовъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (лейкоцитовъ), въ соединительной ткани наступаетъ мелкоклѣтчатковая инфильтрація и на пораженной части матки, а также и въ широкой связкѣ, образуется неправильной формы довольно плотная опухоль, которая становится еще плотнѣе, если жидкія составныя части эксудата всасываются.

Если клѣтки подвергаются жировому перерожденію, тогда опухоль разсасывается и исчезаетъ. Но когда клѣтчатковая инфильтрація соединительной ткани продолжается и лейкоциты, скопляясь большими массами, скоро умираютъ, (переходя въ гнойныя клѣтки), тогда образуется гнойный эксудатъ или нарывъ — *flegmon periuterin* (по *Nonat*).

Наконецъ, исходъ воспаленной тазовой соединительной ткани можетъ быть такого рода, что происходитъ гиперплезія ея и тогда тазовые органы представляются какъ-бы облитыми твердой массой.

Такимъ образомъ, является хроническій параметритъ, могущій существовать цѣлые годы. Есть еще хроническій параметритъ, такъ называемый атрофическій, описанный *Freund* омъ,

при которомъ также происходитъ гиперплезія соединительной ткани, оканчивающаяся оплотнѣніемъ и рубцовымъ ея сморщиваніемъ.

При этомъ обыкновенно съ самаго начала существуетъ перифлебитъ; вены спадаются, кровообращеніе растраивается и является преждевременная атрофія половой сферы. Широкія связки становятся короткими и твердыми, круглыя связки тонкими и, наконецъ, матка, влагалище и vulva атрофируются.

Симптомы или клиническія явленія, какъ видно изъ описанія параметрическаго процесса, будутъ нѣсколько различны отъ симптомовъ perimetrit'a, предполагая, разумѣется, отсутствіе воспалительныхъ явленій со стороны брюшины, находящейся въ такомъ близкомъ сосѣдствѣ съ воспаленной тазовой клѣтчаткой. При острой формѣ parametrit'a, т<sup>0</sup> рѣдко достигаетъ высокой степени; лихорадочное состояніе бываетъ съ рѣзкими послабленіями, т. е. наблюдается febris subcontinua. Боль также меньше, чѣмъ при периметритѣ, даже въ томъ случаѣ, когда экссудатъ достигъ значительной величины. Если сильныя боли появляются съ самаго начала воспаленія, то, значить въ воспалительномъ процессѣ участвуетъ и брюшина.

Такъ какъ parametritis бываетъ большею частію въ той или другой сторонѣ таза, то и боль сосредоточивается въ той же сторонѣ, при чемъ нерѣдко является боль и въ соотвѣтствующей нижней конечности до колѣна. Отправленія прямой кишки и пузыря, особенно въ началѣ parametrit'a, обыкновенно ненарушаются.

Въ такомъ видѣ симптомы держатся дня 4—5, а затѣмъ, смотря по исходу parametrit'a, клиническія явленія видоизмѣняются.

Ислѣдованіе въ остромъ періодѣ parametrit'a даетъ слѣдующія объективныя данныя. Вначалѣ, пока еще нѣтъ экссудата, матка лежитъ нѣсколько ниже нормальнаго. Съ того или другаго ея бока прощупывается чувствительная разлитая припухлость тѣстоватой консистенціи.

Черезъ нѣкоторое время, съ увеличеніемъ экссудата, на мѣстѣ разлитой припухлости ощущается уже плотная, неправильнаго очертанія опухоль, тѣсно прилегающая къ маткѣ. Въ нижней своей части опухоль рѣзко отдѣляется отъ бока

матки и въ этомъ мѣстѣ наблюдается борозда, въ которую вкладывается верхушка изслѣдующаго пальца.

Если эксудатъ распространяется въ область широкой связки и далѣе къ *fossam illacam*, тогда ощущается въ поперечномъ діаметрѣ таза продолговатая, довольно широкая припухлость, по направленію къ боковой стѣнкѣ таза. Если односторонній параметритъ переходитъ на противоположный бокъ матки, тогда переходъ наблюдается всегда по задней ея стѣнкѣ. На влагалищной части, сзади отъ первой опухоли, образуется валикъ, въ видѣ полукольца, который сливается, по образованіи втораго эксудата, съ такимъ же полукольцомъ другой стороны и на всей влагалищной части образуется кольцевидная припухлость, на ощупь отечной консистенціи. Вновь образовавшійся эксудатъ первое время лежитъ всегда выше перваго.

При одностороннемъ параметритѣ, матка сначала наклоняется въ его сторону, при увеличеніи же эксудата, отклоняется въ противоположную. Даже при значительной величинѣ опухоли, матка сохраняетъ еще нѣкоторую подвижность. При двухстороннемъ же *parametrit'ѣ*, особенно когда опухоли съ обѣихъ сторонъ достигли одинаковой величины, матка совершенно неподвижна, какъ бы вколочена по средней линіи таза, между обоими эксудатами. При изслѣдованіи влагалищная часть укорочена и зѣвъ нѣсколько зіяетъ. Если происходитъ полное разрѣшеніе, боль и лихорадочное состояніе постепенно исчезаютъ и, черезъ недѣлю или двѣ, больная совершенно здорова.

Если же лихорадка и боль ослабѣваютъ, но не совсѣмъ, черезъ 3—4 дня снова усиливаясь, особенно, если подобныя ожесточенія являются нѣсколько разъ, тогда эксудаты достигаютъ извѣстной величины и становятся хроническими.

При хроническомъ параметритѣ больныя жалуются на постоянное ощущеніе тяжести внизу живота, но чаще съ одной, чѣмъ съ обѣихъ сторонъ.

Ощущеніе это, подъ вліяніемъ различныхъ обстоятельствъ, переходитъ въ боль и заставляетъ больную временно слечь въ постель. Продолжительное страданіе вызываетъ цѣлый рядъ явленій со стороны нервной системы. Больныя становятся раздражительны, нервозны; развиваются истерическія явленія, которыя бываютъ особенно упорны при хроническомъ атрофи-

ческомъ параметритѣ. Мѣсячныя мало измѣняются; онѣ становятся скудными только при очень обширныхъ параметрическихъ опухоляхъ. Цервикальныя бѣли при параметритѣ часто такъ же упорны, какъ и при периметритѣ, но не въ такой сильной степени.

При хроническомъ параметритѣ, въ случаяхъ болѣе застарѣлыхъ, изслѣдованіе указываетъ на укороченіе пораженной широкой связки и наклоненіе дна матки въ ту же сторону. При двухстороннемъ параметритѣ, наклоненіе дна матки будетъ въ сторону раньше образовавшагося эксудата. Остальная часть матки, въ отличіе отъ параметрита, болѣе или менѣе подвижна.

Какъ острый, такъ и хроническій параметритъ, отъ различныхъ причинъ, имѣютъ склонность переходить въ нагноеніе, т. е. превращаться въ околоматочный нарывъ—*plegmon peritonei*.

Въ этомъ случаѣ лихорадочное состояніе и особенно боль несравненно сильнѣе, чѣмъ при обыкновенномъ параметритѣ. Боль сосредоточивается преимущественно въ области той или другой пупартовой связки, смотря по мѣсту абсцесса, и чаще, чѣмъ при простомъ параметритѣ, распространяется на соотвѣтствующую нижнюю конечность, которую больная обыкновенно держитъ согнутою въ колѣнѣ.

Ощущеніе тяжести въ тазу и напиранія на низъ также несравненно сильнѣе и къ этому присоединяется еще задержка испражнений и мочеиспусканія съ болѣзненными тенезмами. При изслѣдованіи наблюдается большей или меньшей величины напряженная болѣзненная опухоль, расположенная надъ сводами около матки, причемъ матка, смотря по величинѣ абсцесса, можетъ быть совершенно смѣщена. При склонности къ вскрытію, на этой опухоли можно нащупать болѣе размягченное флюктурирующее мѣсто. Вскрытіе абсцесса, въ непуерперальномъ состояніи, чаще всего происходитъ черезъ влагалище или прямую кишку, а также и черезъ матку. Если же нарывъ становится хроническимъ, тогда продолжительная изнурительная лихорадка можетъ надолго удержать больную въ постели и окончательно разстроить ея здоровье.

Изъ этого краткаго обзора воспалительныхъ процессовъ, которые мы обозначили подъ именемъ *perimetritis* и *parametri-*

tis, видно, что главная задача врача, въ остромъ періодѣ воспаления, состоитъ, по возможности, въ остановкѣ послѣдняго и въ ограниченіи образованія эксудата. Съ этой цѣлью мы обыкновенно предписываемъ больной абсолютный покой, ледъ на животъ, морфій подъ кожу, или наркотическія спринцеванія и другія симптоматическія средства.

При хроническихъ peri-parametrit'ахъ, съ цѣлью всасыванія эксудатовъ, назначаются согрѣвающие компрессы на животъ, мушки, горячія души, ванны, средства, вызывающія всасываніе, какъ напр., ichtyol, іодъ, или въ застарѣлыхъ случаяхъ минеральныя ванны, или грязи и т. п. И часто, не смотря на указанный арсеналъ средствъ и продолжительное ихъ употребленіе, мы получаемъ очень ничтожные результаты.

О примѣненіи электричества, какъ могущественнаго средства, противъ рассматриваемаго страданія, *Apostoli* первый сдѣлалъ сообщеніе на конгрессѣ въ Копенгагенѣ, въ 1884 г. и далъ точныя и опредѣленныя указанія къ примѣненію этого новаго врачебнаго средства.

Электрическое лѣченіе пери-параметритовъ различно, смотря потому, имѣемъ-ли дѣло съ острыми или хроническими припадками.

Въ остромъ періодѣ, по словамъ *Apostoli*, первая задача врача—облегчить страданіе больной, а вторая—остановить или ограничить воспаленіе.

Въ первомъ случаѣ нужно фарадизировать больную вторичнымъ токомъ, отъ шпильки съ тонкой и длинной проволокой, т. е., токомъ напряженія (courant de tension), который, по преимуществу, успокаивающій. Электризація производится слабымъ, легко переносимымъ токомъ, посредствомъ двуполюснаго влагалищнаго электрода, конецъ котораго направляется къ воспаленному мѣсту.

Фарадизація каждый разъ продолжается отъ 5 до 25 минутъ, до тѣхъ поръ, пока больная не почувствуетъ замѣтнаго облегченія. По увѣренію *Apostoli*, непременно будемъ имѣть успѣхъ, если только примѣненіе электричества производится крайне осторожно и съ предварительной дезинфекціей влагалища и самаго электрода. Сеансъ можно возобновлять до 2-хъ разъ въ день, до тѣхъ поръ, пока не уменьшится лихорадка

и не успокоится боль. Съ наступленіемъ этого періода, который можно назвать *stadium subacutum*, если только возможно зондированіе матки, безъ вызыванія большой боли, *Apostoli* совѣтуетъ примѣнять, подобно внутри-влагалищной, внутри-маточную фарадизацію, посредствомъ двуполюснаго маточнаго электрода.

Внутриматочную фарадизацію повторяютъ ежедневно также до исчезновенія всѣхъ бурныхъ явленій остраго періода. Тогда, чтобъ энергичнѣе дѣйствовать для окончательнаго подавленія воспаленія и для вызыванія всасыванія образовавшихся экссудатовъ, *Apostoli* совѣтуетъ переходить къ voltaизаціи или къ химико-каустической внутри-маточной гальванизаціи.

Гальваническій токъ, обладая чисто химическимъ, динамическимъ и трофическимъ дѣйствіемъ, вызываетъ или ускоряетъ всасываніе экссудатовъ. Сначала, въ теченіе 3—4 минутъ, токъ примѣняется умѣренной силы, постепенно увеличиваемой отъ 20 до 40 МА, а затѣмъ, по мѣрѣ выносливости больной, усиливается и проводится болѣе продолжительно. Чувствительность больной должна служить самымъ лучшимъ критеріумомъ извѣстной силы тока.

Антисептика соблюдается самая строгая.

Сеансы возобновляются разъ или два въ недѣлю, смотря по чувствительности больной.

Послѣ каждаго сеанса рекомендуется абсолютный покой въ постелѣ.

Въ началѣ лѣченія voltaизаціей лучше примѣнять въ матку положительный полюсъ, который, по мнѣнію *Apostoli*, возбуждаетъ меньшій приливъ крови, нежели отрицательный. Къ послѣднему переходятъ тотчасъ же, какъ только больная начинаетъ свободно переносить вліяніе положительнаго полюса.

Врачъ не долженъ забывать, что онъ имѣетъ въ рукахъ такое средство, грубое и неумѣлое примѣненіе котораго, вмѣсто желаемой большой пользы, можетъ нанести вредъ, вызвавъ обострѣніе воспалительнаго процесса.

*Хроническое состояніе.* По словамъ *Apostoli*, на сколько надобно быть осторожнымъ въ примѣненіи электричества въ остромъ и полуостромъ періодахъ разсматриваемаго страданія, на столько должно энергично дѣйствовать въ хроническомъ состояніи.

Въ этомъ случаѣ онъ рекомендуетъ героическое лѣчение, соединяя внутри - маточную химико-каустическую гальванизацию, наибольшей силы, вмѣстѣ съ влагалищной однополюсной—отрицательной, химической вольто-пунктурой. Последнюю онъ употребляетъ съ тою цѣлью, чтобъ сосредоточить все опредѣленное дѣйствіе электричества непосредственнымъ прониканіемъ въ самое мѣсто заболѣванія, въ данномъ случаѣ, въ около-маточную воспаленную область.

По мнѣнію *Apostoli*, вольтопунктура есть самое могущественное средство, какое онъ только можетъ рекомендовать для видоизмѣненія эксудата и послѣдующаго его всасыванія.

Описаніе специально оперативной техники электропунктуры при *peri-parametrit'axъ* находимъ у доктора *Brivois*, ученика *Apostoli*, въ его «Manuel d'électrothérapie gynécologique technique opératoire» (1890).

При периметритѣ эксудатъ большею частію помѣщается позади матки, поэтому изслѣдующій палецъ за маткой отыскиваетъ центральную высшую точку эксудата и тщательно ощупываетъ, нѣтъ ли въ этомъ мѣстѣ біенія артеріальнаго сосуда. Если нѣтъ, тогда къ найденному мѣсту проводятъ трубочку изъ целлюлойда или твердаго каучука, устанавливая такъ, чтобы конецъ трубочки помѣщался въ центральной высшей точкѣ эксудата и въ то же время находился бы ближе къ задней или боковой поверхности матки. Черезъ эту трубочку вводится троакаръ, которымъ и прокалывается опухоль на полсантиметра въ глубину. При этомъ, чтобъ не войти въ брюшину и избѣжать раненій сосѣднихъ органовъ, конецъ троакара, при началѣ прокола направляютъ горизонтально, а затѣмъ къ оси матки.

Чтобы троакаръ не могъ углубиться болѣе, чѣмъ на полсантиметра, ему заранѣе придаютъ опредѣленную длину съ помощью вышеупомянутой целлюлойдной трубочки и движущейся по троакару ручкѣ. Последняя посредствомъ винта можетъ быть фиксирована на любой точкѣ по длинѣ троакара. Если эксудаты старые и изолируются почти безсосудистыми плотными оболочками, тогда ручка троакара соединятся съ отрицательнымъ полюсомъ, вызывающимъ, по *Apostoli*, наибольшую конгестію и тѣмъ самымъ возстановливающимъ жизнен-

ность въ тканяхъ. Этотъ полюсъ даетъ толчекъ къ развитію сосудовъ, которые будутъ помогать всасыванію эксудата.

Кромѣ того, отрицательный полюсъ, вслѣдствіе электролитическаго дѣйствія, образуетъ вокругъ себя щелочи, которыя растворяютъ плотную ткань и тѣмъ способствуютъ уменьшенію и рассасыванію — опухолей.

Если же периметриръ болѣе свѣжій и у женщины очень чувствительной къ электричеству, тогда предпочитается употребленіе положительнаго полюса. Послѣдній, обладая меньшей способностью разрушенія ткани, оставляетъ послѣ себя и меньшую потерю субстанціи. Кромѣ того послѣ образуется довольно плотное сращеніе, особенно если эксудатъ въ нѣкоторомъ разстояніи отъ влагалищной стѣнки. Вообще *Brivois* совѣтуетъ при гальванопунктурѣ особенно врачамъ, мало знакомымъ съ употребленіемъ электричества, первое время чаще пользоваться положительнымъ полюсомъ. При употребленіи этого полюса нѣтъ никакой опасности и непріятности.

Положительный полюсъ, по *Apostoli*, уничтожаетъ конгестію и, главнымъ образомъ, дѣйствуя антисептически, не требуетъ никакого ухода за раненой поверхностью. Между тѣмъ, какъ рана, послѣ дѣйствія отрицательнаго полюса, если будетъ дурно содержима, можетъ вызвать въ результатѣ обострѣніе воспаленія.

*Интензивность тока.* Если больная захлороформирована, тогда, смотря по неотложности случая и распространенности страданія, сила тока можетъ быть употреблена отъ 50 до 200 МА. Безъ анестезіи же необходимо руководиться переносливостью больной къ силѣ тока. Продолжительность сеанса, въ среднемъ, равняется 5 минутамъ, но она можетъ дойти и до 10 минутъ, если того требуетъ необходимость, т. е., если имѣешь дѣло съ эксудатомъ твердымъ, старымъ, объемистымъ и болѣзненнымъ. Операция оканчивается постепеннымъ уменьшеніемъ тока. При этомъ, если полюсъ положительный, троакаръ вытаскивается медленными, круговыми движеніями. Послѣ того приступаютъ къ необходимому обмыванію.

При вольтопунктурѣ антисептика должна быть обязательно строгая. Послѣ спринцованія, обыкновенно, вкладывается іодоформенный тампонъ, который мѣняется черезъ каждые два дня.

*Число сеансовъ* зависитъ отъ величины эксудата. Для маленькихъ эксудатовъ достаточно одного или двухъ сеансовъ, для большихъ отъ 8 до 10.

При вольтапунктурѣ сеансы должны отстоять далеко другъ отъ друга, чтобы дать возможность отдѣлиться разрушеннымъ продуктамъ и зарости отверстию прокола.

Послѣ операціи наступаетъ обыкновенно реакція, которая выражается болью въ поясницѣ, внизу живота и въ промежности, поэтому больной необходимо покойное положеніе въ постели въ теченіе 1—2 дней. У нѣкоторыхъ боль продолжается только нѣсколько часовъ, а у другихъ даже не наступаетъ никакой реакціи и онѣ могутъ приняться за обычныя занятія. Но лучше и подобнымъ субъектамъ назначать покойное положеніе въ постели на одинъ или два дня.

Струпъ, произведенный вольтапунктурой отъ отрицательнаго полюса, въ среднемъ отдѣляется черезъ 4—8 дней, а отъ положительнаго полюса черезъ 8—12 дней. Трубочатая потеря по величинѣ будетъ соответствовать величинѣ струпа и глубинѣ прониканія троакара. Каналь, образованный въ эксудатѣ отъ положительнаго полюса, бываетъ меньше и скорѣе закрывается, напротивъ, отъ отрицательнаго полюса, онъ будетъ больше и глубже и излѣчивается въ теченіе 15—30 дней. Въ теченіе этого времени, черезъ каждые два дня, дѣлается антисептическое спринцованіе и примѣняются іодоформныя тампоны.

Въ остромъ и полуостромъ періодѣ параметрита, электрическое лѣченіе примѣняется точно такое же, какъ и при периметритѣ и съ тѣми же предосторожностями.

Имѣя въ виду большую склонность параметрита переходить въ нагноеніе, для предупрежденія этого, при внутриматочной гальванизации, совѣтуется по преимуществу примѣнять активный полюсъ положительный, который сокращая сосуды, уменьшаетъ, по *Apostoli*, приливъ крови къ воспаленной части и въ то же время дѣйствуетъ мѣстно антисептически. Сеансы въ этомъ періодѣ непродолжительны, отъ 3—4 минутъ и съ малымъ напряженіемъ, отъ 25 до 40 МА. Гальванизируютъ въ недѣлю два раза. Послѣ сеанса необходимъ отдыхъ въ постели, по этому операцію лучше производить на дому у больной.

Электричество въ видѣ фарадизаціи и гальванизаціи можетъ оказать большія услуги, предупреждая переходъ параметрита въ нагноеніе.

Это могущественное средство замѣчательно по своему мѣстному антисептическому и межполюсному электролитическому и трофическому дѣйствию. Кромѣ того вольтоизація, если уже нагноеніе существуетъ, ускоряетъ образованія абсцесса, потому что въ этомъ случаѣ трудно переносится даже при слабомъ токѣ. Послѣ сеанса, обыкновенно, наступаетъ продолжительная реакція, появляется знобъ и повышеніе температуры. Фактъ очень важный въ діагностическомъ отношеніи. Разъ появляется эта реакція, можно, навѣрно сказать, что параметритъ окончится черезъ нагноеніе.

Но какъ только наступаетъ нагноеніе и образуется абсцессъ, тогда уже примѣняютъ гальванопунктуру. Послѣдняя производится въ томъ случаѣ, когда флюктуирующая точка находится близъ стѣнки влагалища. Передъ проколомъ также тщательно изслѣдуется мѣсто вскрытія, чтобы не поранить артерію. Только конецъ троакара выдвигается изъ изолирующей трубочки не на полсантиметра, какъ при периметритѣ, а на цѣлый и даже до полутора сантиметра. Такая длина необходима, чтобы проколоть всю толщю влагалищной стѣнки и проникнуть въ полость нарыва. Конецъ троакара направляется прямо въ глубину опухоли.

Такъ какъ цѣль операціи—дать выходъ гною, поэтому для прокола употребляютъ предпочтительно отрицательный полюсъ и троакаръ берутъ такой величины, чтобы образовался довольно обширный струпъ и достаточный фистулезный ходъ для свободного выдѣленія гноя.

Только, какъ исключеніе, употребляютъ положительный полюсъ, когда нагноеніе неясно.

При нагноеніи имѣется въ виду только извлеченіе гноя; въ такомъ случаѣ, чтобы добиться результата, повозможности, въ одинъ сеансъ, сила тока должна быть значительна, отъ 50 до 150 МА. Подобная сила всегда вызываетъ нестерпимую боль, по этому больная должна быть анестезирована.

Продолжительность сеанса 5 минутъ, хотя можетъ доходить и до 10, но это уже maximum.

Если бы фистула послѣ перваго сеанса оказалась недостаточной для выхожденія гноя, тогда электропунктуру слѣдуетъ повторить и, въ случаѣ необходимости, для свободнаго стока гноя ввести дренажъ въ гнойную полость черезъ образовавшійся каналъ. Послѣ операціи, разумѣется, должна быть соблюдена строжайшая антисептика, то есть, спринцованіе растворомъ сулемы и введеніе томпона изъ іодоформеной марли, которая перемѣняется ежедневно или черезъ каждые два дня.

Струпъ отъ отрицательной гальванопунктуры отпадаетъ обыкновенно въ теченіе 3 или 5 дней, но иногда фистула образуется и наслѣдующій день. Струпъ отъ положительнаго полюса отпадаетъ черезъ болѣе продолжительное время. На мѣстѣ струпа получается потеря субстанціи, соотвѣтственная величинѣ струпа. Образовавшееся отверстіе послѣ электропунктуры, большею частію, остается проходимымъ въ теченіе 12—20 дней. Я потому даю подробное описаніе лѣченія перипараметритовъ, по способу *Apostoli*, что почти всѣ послѣдователи его примѣняли лѣченіе электричествомъ по этому способу.

*Engelmann* <sup>1)</sup> въ остромъ и подостромъ періодѣ также фарадизируетъ токомъ напряженія, употребляя индифферентный полюсъ въ видѣ небольшой пластинки, а активный во влагище, въ видѣ неметаллическаго электрода.

Послѣ уменьшенія боли, онъ фарадизируетъ уже биполярнымъ внутриматочнымъ электродомъ.

Въ хроническомъ періодѣ *Engelmann* также употребляетъ, если боли еще существуютъ, вторичный токъ, или токъ напряженія, а, по уменьшеніи ихъ, первичный, какъ возбуждающій циркуляцію крови и ускоряющій обмѣнъ веществъ. Слабыми фарадическими токами онъ совѣтуетъ начинать лѣченіе особенно тамъ, гдѣ нельзя доказать присутствіе обширнаго эксудата, а существуютъ только общія явленія, напр., общая слабость, нервныя, рефлекторныя явленія и т. п., изъ объективныхъ же явленій тѣ измѣненія, которыя наблюдаются въ хроническомъ атрофическомъ параметритѣ (*Freund'a*).

Позднѣе, по мнѣнію *Engelmann'a*, должно примѣнять влагищно-брюшную гальванизацію, посредствомъ неметалличе-

<sup>1)</sup> *Tripier*, Bull. gener. de Therap. März, 1890. *Kleinwächter*, die Grundl. Gynäko-electr., 1892 p., 39 ect.

скаго активнаго и большаго плоскаго индифферентнаго электрода, при силѣ тока отъ 20 до 80 МА.

Только тамъ, гдѣ есть еще боль, должно употреблять положительную гальванизацію, а затѣмъ перейти къ отрицательной. Сеансъ долженъ продолжаться 6—10 минутъ. черезъ каждые 2—3 дня.

Напротивъ тамъ, гдѣ доказано присутствіе эксудата, онъ рекомендуетъ, какъ и *Apostoli*, маточно-брюшную гальванизацію съ силою тока отъ 100 до 200 МА. При старыхъ инкапсулированныхъ эксудатахъ, которые противостоятъ всякому другому лѣченію, по его мнѣнію, должно лѣчить отрицательной гальванопунктурой, не переходя силы тока свыше 100 МА. Онъ думаетъ, что подобнымъ лѣченіемъ можно довести до полнаго выздоровленія всѣ тѣ случаи, въ которыхъ въ настоящее время, по причинѣ продолжительныхъ сильныхъ болей, приступаютъ къ удаленію придатковъ матки.

Въ періодъ нагноенія *Engelmann* также, какъ и *Apostoli*, рекомендуетъ вскрытіе глуболежащаго гнойнаго эксудата, вмѣсто ножа, отрицательной электропунктурой, именно, черезъ *vagin'u* и никогда со стороны брюшныхъ покрововъ. Это предложеніе заслуживаетъ большаго вниманія, такъ какъ достигаемъ до гнойнаго скопленія безкровнымъ путемъ, по желанію дѣлаемъ съ гладкими стѣнками, соотвѣтственно троакару, широкій каналъ, черезъ который гной легко изливается. Если, при вскрытіи абцесса, пораненъ сосудъ и является кровотеченіе, послѣднее тотчасъ можно остановить, измѣняя отрицательный электродъ въ положительный.

*Engelmann* употребляетъ силу тока отъ 100 до 200 МА. Преимущество этого оперативнаго метода заключается въ безкровномъ вскрытіи, въ всасывающемъ дѣйствиіи тока на инфильтрованную окружность, а затѣмъ въ возможности, по желанію, образовать широкій каналъ, смотря по толщинѣ троакара, который въ данномъ случаѣ служитъ электродомъ. Если бы даже произошла ошибка, относительно присутствія гноя, всетаки пункція отрицательнымъ полюсомъ не принесла бы вреда, а, напротивъ, возбудила бы и ускорила рассасываніе эксудата.

Послѣ *Apostoli*, указавшаго въ 1884 г. на свой методъ лѣченія пери-параметритовъ, въ литературѣ находимъ, что въ

1885 г. *Bockwell* <sup>2)</sup> и *Münde* <sup>3)</sup> также одобряют применение постоянного тока при хронических воспалениях тазовой клетчатки и брюшины. При чемъ *Münde* говоритъ, что, для успокоения болей и для достиженія уменьшенія плотности сращеній, онъ не знаетъ средства лучше гальваническаго тока; примѣняемаго часто въ видѣ продолжительныхъ сеансовъ. При хроническомъ тазовомъ целлюлитѣ, сопровождаемомъ сильными болями, по его мнѣнію, гальванизация скорѣе, чѣмъ все другія средства, доставляетъ облегченіе и даже полное излѣченіе. Гальванической токъ съ успѣхомъ примѣнялся имъ и при воспаленіи лимфатическихъ железъ и сосудовъ таза, т. е. при томъ страданіи, которое нерѣдко смѣшиваются съ хроническимъ целлюлитомъ. Въ двухъ случаяхъ онъ достигъ полного излѣченія этого страданія, помощью мѣстной гальванизации, настойчиво примѣняемой.

Въ 1886 г. *Fr. Martin* <sup>4)</sup> при хроническихъ целлюлитахъ съ *pelvio-peritonit*омъ, рекомендуетъ ежедневную брюшно-влагалищную гальванизацию, причемъ активный полюсъ каждый разъ прикладываетъ къ другому мѣсту. Тѣмъ же способомъ пользуется при хроническомъ воспаленіи тазовой брюшины и *Grandin* <sup>5)</sup> въ 1887 г.

Гальванизация, по мнѣнію *Grandin*'а, отличное успокаивающее средство и усиливающее всасываніе патологическихъ воспалительныхъ новообразованій.

Въ засѣданіи американскаго гинекологическаго общества въ Нью-Йоркѣ *Elyvon Warker* <sup>6)</sup>, въ 1889 г., сообщилъ о лѣченіи постояннымъ токомъ периметрическаго эксудата съ сращеніями. Въ томъ же году *Orthmann* сдѣлалъ докладъ въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ о лѣченіи электричествомъ *raga et perimetrit*овъ, причемъ въ остромъ періодѣ онъ употреблялъ или фарадическій токъ, или аноды постоянного, а

<sup>2)</sup> Ueber die Anwendung d. Galv-Strom bei Beckenzellgewebsentzündung. New York Med., Record XXVIII, 1885 (Schm. Jahr.).

<sup>3)</sup> Электричество, какъ терапевт. агентъ въ Гинекол. Amer. Journ. of obstet. Decem. 1885. Переводъ *Попляковскаго*, 1889.

<sup>4)</sup> De l'ectrolyse en gynakol. Assos. Med. Am. Іюля 17/24 1886 г. (Рефератъ въ Archives de Toccol., сентябрь 1886 г.

<sup>5)</sup> The value of electricity in certain of the diseases of women ad in uterine inert. Am. journal of obstet. Апрель 1887, стр. 406 и слѣдующ., диссерт. *Массена*, 1890 г.

<sup>6)</sup> Диссертация *Массена*, 1890 г.

въ хроническомъ—только отрицательный полюсъ постоянного тока. Изъ 36 случаевъ периметритовъ *Orthmann* въ одномъ получилъ очень благоприятный результатъ.

Послѣ 10 сеансовъ съ отрицательнымъ шаровиднымъ электродомъ въ задній сводъ влагалища, съ силою тока въ 50—70 МА., исчезла всякая болѣзненность и самый периметритъ. Въ 24 случаяхъ констатировано дѣйствительное улучшеніе и только въ 11 случаяхъ не наблюдалось ни улучшенія, ни ухудшенія.

Въ томъ же обществѣ *Bröse* и *Nagel* сообщили объ удачномъ лѣченіи пара-периметрическихъ эксудатовъ, посредствомъ постоянного тока. У перваго въ 3-хъ случаяхъ пара-периметрическаго эксудата получилось полное исчезновеніе выпота.

Наконецъ, у насъ *Варнекъ*, *Затонскій* и проф. *Снегиревъ* <sup>7)</sup> сообщали также объ удачномъ примѣненіи метода *Apostoli* при воспаленіи тазовой клѣтчатки и брюшины.

Д-ру *Варнеку* удавалось одной влагалищной гальванизаціей и фарадизаціей доводить твердую воспаленную опухоль, величиною въ 2 кулака, до незначительнаго утолщенія въ сводѣ.

Д-ръ *Затонскій* въ одномъ случаѣ хроническаго параметрита, послѣ лѣченія сперва фарадизаціей, а потомъ гальванизаціей, наблюдалъ полное исчезновеніе эксудата.

Проф. *Снегиревъ* примѣнялъ электрическое лѣченіе при плотныхъ и даже твердыхъ эксудатахъ, а именно, при *relvio cellulit'aхъ*, производя отрицательный уколъ черезъ влагалище и получалъ весьма успѣшное разсасываніе эксудата. Результата не получалось только въ томъ случаѣ, гдѣ существовало нагноеніе.

Въ слѣдующемъ 1890 году д-ръ *Массенъ* въ своей диссертации упоминаетъ объ одномъ случаѣ (17) значительнаго параметрическаго эксудата, который, при употребленіи внутри-маточной электризаціи (по способу *Apostoli*), быстро разсосался. Въ томъ же году *Nagel* <sup>8)</sup> сообщилъ, что при лѣченіи *relvio peritonit'a* въ большинствѣ случаевъ онъ наблюдалъ улучше-

<sup>7)</sup> О примѣненіи электр. въ гинекологіи Проток. 4-го засѣд. акушерскаго гинекологическаго общества въ Москвѣ. 1889 г.

<sup>8)</sup> Einige Beobachtungen über die Electrother. in der Gynäkol. Archiv für Gynäkolog. Bd. 38, стр. 97 и слѣдующ., 1890 г.

ніе. Онъ нарочно выбиралъ такіе случаи, которые не поддавались другимъ способомъ лѣченія. Такихъ тяжелыхъ случаевъ было у него 32.

Способъ лѣченія: широкій электродъ на животъ и шарообразный, обложенный густымъ слоемъ ваты, активный электродъ въ задній сводъ влагалища и въ боковые, если при этомъ страдали яичники и трубы. При образованіи изъязвленій, гальванизация производилась посредствомъ внутри-маточнаго зонда. Силу тока бралъ онъ въ 50—75 МА. и максимумъ 125 МА. Сеансъ не болѣе 4—5 минутъ.

Во время боли примѣнялся активный электродъ положительный, а послѣ—отрицательный.

Подобное лѣченіе безъ результата оказалось только въ двухъ случаяхъ, съ очень незначительнымъ результатомъ въ 4-хъ, а во всѣхъ прочихъ субъективные симптомы (преимущественно боль) исчезали при внутри-маточномъ употребленіи анода. Для удаленія воспалительныхъ продуктовъ нужно было непрерывное и продолжительное лѣченіе. Въ однихъ случаяхъ объективныя явленія или вполне исчезали или улучшались настолько, что матка и придатки становились подвижными и безболѣзненными на давленіе. Въ другихъ—улучшеніе было временное и приходилось повторять электрическое лѣченіе, которое не всегда сопровождалось успѣхомъ.

По мнѣнію *Nagel*'я, при экстраперитонеальныхъ экссудатахъ гальванизация менѣе дѣйствительна, чѣмъ при внутрибрюшинныхъ.

На основаніи своихъ наблюденій, онъ приходитъ къ тому заключенію, что посредствомъ электричества во многихъ случаяхъ можно излѣчить хроническія воспалительныя страданія, если онѣ не слишкомъ стары.

Не смотря на такіе, довольно благопріятные результаты лѣченія пара-perimetrit'овъ, посредствомъ электричества, *Nagel* <sup>9)</sup>, въ 1891 г., на засѣданіи (27 ноября) акушерско-гинекологическаго общества въ Берлинѣ заявилъ, что электрическое лѣченіе хроническаго перитонита онъ не употребляетъ съ

<sup>9)</sup> Centralblat. für Gynäkol., 1892 г., № 1 (Журн. Акушер. и Женск. бол., апрѣль, 1892 г.)

тѣхъ поръ, какъ испыталъ массажъ по *Thure-Brandt'y*, дающій въ этихъ заболѣваніяхъ лучшіе результаты. Но въ тоже время онъ упоминаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ внутри-брюшной эксудатъ величиною съ головку ребенка уменьшился, послѣ однократнаго примѣненія фарадическаго тока, до величины апельсина.

Нѣсколько подобныхъ же наблюденій почти внезапнаго исчезновенія большихъ эксудатовъ, послѣ примѣненія электричества, сообщалось и другими авторами.

Въ томъ же году *Arendt* <sup>10)</sup> хвалитъ электричество какъ рассасывающее средство при старыхъ периметритахъ.

Въ другомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ, а, именно, въ Кельнѣ, въ засѣданіи 7 января 1892 г., *Eberhart* <sup>11)</sup> сдѣлалъ сообщеніе, что въ двухъ случаяхъ загиба матки съ застарѣлымъ периметритомъ онъ не получилъ никакого успѣха, а въ случаѣ загиба назадъ съ болѣе свѣжимъ периметритомъ имѣлъ хорошіе результаты при лѣченіи катодомъ (шарообразный влагалищный электродъ, сила тока 75—100 МА.).

*O. Schmidt* въ томъ же засѣданіи заявилъ, что наилучшіе результаты, въ случаяхъ эксудатовъ и ихъ остатковъ, онъ получалъ отъ фарадическаго и гальванофарадическаго тока.

Въ 1892 же году *Le Ves* <sup>12)</sup> въ своей статьѣ о тазовыхъ нагноеніяхъ приводитъ два случая, гдѣ тазовый перитонитъ оставилъ послѣ себя плотную болѣзненную опухоль. Послѣ гальваническаго лѣченія (съ силою тока отъ 50 до 80 МА.), въ одномъ случаѣ прекратились боли, осталось одно маленькое уплотненное ядро, — матка сдѣлалась подвижна, — а въ другомъ — периметрическая опухоль, послѣ двухъ сеансовъ, совершенно исчезла.

Наконецъ и я рѣшаюсь сообщить также о благопріятныхъ результатахъ, полученныхъ мною, послѣ примѣненія постояннаго тока въ хроническихъ случаяхъ пара-периметритовъ.

Посѣщая поликлинику д-ра *Apostoli* въ Парижѣ въ 1891 году, я лично видѣлъ благопріятные результаты при примѣненіи

<sup>10)</sup> Centralblatt für Gynäk., 1892, № 5. (Журн. Акуш. и Женск. болѣз., июнь, 1892 г.).

<sup>11)</sup> Über die Anwendung der Electricität in der Gynäk. (Deutsche medic. Wochenschrift, № 50, 1891 г. и Журн. Акуш. и Женск. болѣз., июнь, 1892 г.).

<sup>12)</sup> Gazette med. de Paris, 1892 г., № 71.

постояннаго тока въ хроническихъ тазовыхъ перитонитахъ и потому рѣшилъ, по возвращеніи изъ за-границы, испытать этотъ способъ лѣченія. Съ этою цѣлью въ Парижѣ я приобрѣлъ большую гальваническую машину *Chardin*'а (въ 32 элемента), могущую давать токъ силою до 1000 МА., и съ сентября мѣсяца я началъ въ вышеупомянутыхъ страданіяхъ примѣнять электрическое лѣченіе.

Отъ сентября 91 года до настоящаго времени всѣхъ случаевъ *peri-para-metrit*'овъ, лѣченныхъ мною электричествомъ и давшихъ извѣстный результатъ, было 14.

*1-й случай* (№ 7372). А. П—ва, 41 года, замужняя, живетъ постоянно въ Перми, болѣетъ уже 8 лѣтъ, явилась ко мнѣ за совѣтомъ 10 сентября 1891 г.

*Anamnesis:* Первые регулы получила на 16-мъ году, затѣмъ мѣсяца три не было, а далѣе являлись правильно черезъ мѣсяць и продолжались по 3 дня. Замужъ вышла на 17 году и первые пять лѣтъ замужества была совершенно здорова. Забеременѣла на 2 году замужества и родила благополучно. Послѣ родовое состояніе было нормально, но почему то дѣтей болѣе не было. Послѣ пяти лѣтъ замужества, мужъ ея заболѣлъ трипперомъ и заразилъ ее. Появились густыя и ѣдкия бѣли, продолжавшіяся лѣтъ пять, и сношенія сдѣлались, шесть лѣтъ тому назадъ, болѣзненными. П—ва овдовѣла и не смотря на отсутствіе супружескихъ сношеній, послѣ бывшихъ болей, здоровой себя болѣе не чувствовала. Въ 1886 году у нее были слѣдующія болѣзненныя явленія: задержаніе мочи, боли въ обоихъ пахахъ, частыя кровотеченія, боль подъ ложечкой, запоры и головныя боли. Послѣ осмотра больной, мѣстные врачи нашли нужнымъ сдѣлать выскабливаніе матки и послѣ операциі всѣ указанныя болѣзненныя явленія исчезли. Больная чувствовала себя хорошо, но недолго. Вскорѣ ей пришлось поднять довольно тяжелаго ребенка и въ тотъ же моментъ она почувствовала, какъ бы разрывъ чего то въ лѣвомъ паху. Черезъ 10 минутъ явилось сильное кровотеченіе, продолжавшееся четверо сутокъ; крови оставлены спорыньей. Послѣ того появилось лихорадочное состояніе и больная пролежала въ постели полторы недѣли. Ей были назначены горячія души и поясныя ванны. Послѣ ваннъ животъ каждый разъ вздувало, являлась боль внизу живота и по этому случаю ей назначенъ былъ на животъ ледъ, который она держала въ теченіе двухъ мѣсяцевъ. Перемежка была только во время спринцованія и ваннъ. Далѣе двухъ мѣсяцевъ больная не въ состояніи была выносить ледъ. Моча стала выдѣляться съ трудомъ и съ сильной болью, въ маломъ количествѣ и совершенно чернаго, кофейнаго цвѣта. По бокамъ матки получились плотныя затверденія. Во время этой болѣзни больная часто принимала морфій. Не получая отъ врачей облегченія своихъ страданій, она обратилась за помощью къ простой акушеркѣ, которая дѣлала ей ежедневно массажъ живота,

а въ промежуткахъ клала на животъ компрессы изъ горячей воды и дѣлала поясныя паровыя ванны. Благодаря этому лѣченію, всѣ затвердѣнія исчезли, боли также и больная до послѣдняго времени чувствовала себя хорошо.

Съ іюня 91 года регулы стали неправильны: по 2—3 раза въ мѣсяцъ и по 5—8 дней, крови иногда очень сильныя, съ сгустками, а иногда—въ видѣ сукровицы. Кромѣ того появлялись бѣли, боль въ яичникахъ съ ощущеніемъ жара во всемъ тѣлѣ, особенно послѣ утомительной ходьбы. Явилась постоянная боль подъ ложечкой, запоры,—короче говоря, тѣже явленія, какія были до операціи.

*Status praesens.* Больная крѣпкаго тѣлосложенія, подкожного жира достаточно, малокровна. Въ легкихъ и сердцѣ—ничего ненормального. По наружному и внутреннему изслѣдованію половыхъ органовъ оказалось слѣдующее: матка увеличена въ объемѣ, болѣзненна, съ толстыми плотными стѣнками, антервертирована, неподвижна.

Оба яичника, особенно правый, увеличены въ объемѣ, болѣзненны и неподвижны. Отъ праваго яичника прощупываются сращения съ задней стѣнкой Дугласова пространства. Судя по изслѣдованію, здѣсь былъ *pelvis peritonitis*, оставившій сращения. Губы рыльца матки очень плотны, черезъ зеркало видно наружное устье матки въ видѣ маленькаго отверстія, скошеннаго вправо, а слѣва, въ видѣ вдавленной полости, сращеніе ея губы рыльца, вѣроятно, какъ послѣдствіе энергичнаго выскабливанія.

На передней и задней губѣ язычками краснота съ припухшей слизистой оболочкой.

Произведена была химико-каустическая гальванизация по способу *Apostoli*, именно: въ полость матки введенъ платиновый зондъ катодъ, а анодъ на животъ, въ видѣ широкаго губчатого электрода, надъ обоими яичниками и маткой. Сеансъ пять минутъ. Сила тока отъ 10 МА. постепенно доходя до 20 МА. Послѣ 10 сеансовъ, черезъ каждый день, матка и яичники стали подвижны, боли совершенно исчезли, но опуханіе органовъ еще оставалось. Больная, чувствуя себя хорошо, уѣхала домой, не имѣя возможности долѣе оставаться въ Казани.

По всей вѣроятности, состояніе ея здоровья удовлетворительно, такъ какъ больную и съ тѣхъ поръ не видалъ. Уѣзжая же она хотѣла весной возобновить лѣченіе, въ случаѣ появленія болей.

*2-й случай* (№ 7373). Е. Б—ва, 20 лѣтъ, замужняя, живетъ въ Казани. Явилась ко мнѣ за совѣтомъ 11 сентября 1891 г. Первые регулы съ 15 лѣтъ и съ перваго же года правильно: черезъ 3 недѣли, по 3 дня, безъ всякихъ болей. Замужъ вышла 17 лѣтъ, беременна не была. Съ перваго же года замужества почувствовала боли внизу живота. Явились бѣли, желтоватаго цвѣта и продолжались пять лѣтъ, безъ всякаго лѣченія исчезли почти совсѣмъ, хотя временно появляются снова. Второй годъ, какъ регулы стали неправильны, бываютъ чаще, иногда раза по два въ мѣсяцъ и продолжаютъ по цѣлой недѣлѣ. Передъ

кровями появляются иногда боли. Последніе регулы явились 31 августа и продолжались 12 дней. Во время сношеній, при введеніи члена, ощущается боль во входѣ во влагалище, а затѣмъ въ глубинѣ, съ правой стороны. Часто бываетъ боль подъ ложечкой, внизу спины, въ крестцѣ и въ копчикѣ. Кромѣ того, боль въ лѣвомъ боку, сердцебіеніе, частыя головныя боли, головокруженія, особенно по утрамъ, истеричное состояніе.

Аппетитъ плохъ, пьетъ молоко съ мяснымъ порошкомъ. Часто страдаетъ одышкой и вздутіемъ кишекъ. Кромѣ того, рѣзъ при мочеиспусканіи и частый позывъ на нее.

*Stat. praes.* Въ легкихъ и сердцѣ ничего ненормальнаго. Изслѣдованіе половыхъ органовъ: матка наклонена впередъ, придавлена къ *symphisis*'у, болѣзненна, особенно въ рыльцѣ, и не можетъ быть отклонена назадъ. Въ правомъ паху отъ дна матки Фаллопиева труба идетъ въ видѣ толстаго шнура, правый яичникъ увеличенъ въ объемѣ, приблизительно съ мандаринъ, занимаетъ весь пахъ, очень болѣзненъ и опухоль почти неподвижна. Въ лѣвой широкой связкѣ *parametri*'ческая опухоль.

Черезъ зеркало: интензивная краснота на рыльцѣ кругомъ наружнаго устья.

Такимъ образомъ, изслѣдованіе показало, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ *anterversio uteri, metro et endometritis chronica salpingo oophoritis cum perioophoritis et parametritis sinistra.*

Попытка лѣчить по способу *Apostoli* не удалась, потому что введеніе зонда въ полость матки вызывало сильную боль. Тогда я видоизмѣнилъ способъ лѣченія слѣдующимъ образомъ: индифферентный электродъ-анодъ такъ же, какъ въ первомъ случаѣ, въ видѣ широкой пластинки съ губкой на животъ сначала надъ маткой, а углевой электродъ *Apostoli* (катодъ) къ шейкѣ матки. Черезъ двѣ минуты катодъ переведенъ въ правый сводъ надъ опухоль, а анодъ на животѣ передвинуть въ правый пахъ надъ яичникомъ. Наконецъ, анодъ—надъ лѣвымъ яичникомъ, а катодъ въ лѣвый сводъ на опухоль въ широкой связкѣ. Сила тока отъ 10 до 25 МА. Черезъ 7 минутъ электризаціи болѣзненность въ половыхъ частяхъ исчезла. Послѣ гальванизациі вложенъ во влагалище глицериново-ichtio'ловый тампонъ на сутки.

14/ix 1891 г. Такой же сеансъ, какъ въ первый разъ. Передъ сеансомъ у больной замѣчается значительно меньше напряженіе въ паховыхъ опухляхъ и болѣзненность въ маткѣ тоже уменьшилась.

16/ix. По изслѣдованіи опухоль въ правомъ паху сдѣлалась подвижнѣе и замѣтно уменьшилась въ объемѣ, болѣзненность небольшая только въ днѣ матки. Въ лѣвомъ паху болѣзненности нѣтъ. Краснота на рыльцѣ почти исчезла. Такая же электризаціа, что и въ первый разъ.

23/ix. Отъ лѣваго эксудата только небольшой остатокъ у Фаллопиевой трубы и ниже ея и эта припухлость держитъ еще матку неподвижно. Справа опухоль въ яичникѣ и трубѣ значительно уменьшилась и никакой уже болѣзненности.

27/ix. Теперь только слѣва слѣды бывшаго эксудата.

18/х. 15-й сеансъ электрическаго лѣченія. Слѣва, въ широкой связкѣ остается только около матки небольшой желвачекъ и уже совершенно безболѣзненный. Незначительная болѣзненность еще въ днѣ матки. Послѣдняя стала подвижна. Справа яичникъ больше нормальнаго, но совершенно безболѣзненъ. Больная чувствуетъ себя хорошо и оставляетъ лѣченіе. Подобный результатъ поудилъ меня и въ слѣдующихъ случаяхъ примѣнять такой же способъ лѣченія.

*3-й случай* (№ 7401) О. П—ва, 23 лѣтъ, не замужняя, швед, живетъ въ Казани, больна 5 лѣтъ. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 27 ноября 1891 года. Носить мѣсячное начала съ 16 лѣтъ и сразу правильно: черезъ 3 недѣли, по 3 дня. Первое сношеніе съ 18 лѣтъ и въ тотъ же годъ забеременѣла. Роды окончены щипцами, вслѣдствіе узкаго таза. Послѣ родовъ была больна полтора мѣсяца воспаленіемъ въ правомъ паху, вслѣдствіе чего долго клала ледъ на животъ, затѣмъ согрѣвающіе компрессы.

Въ первые дни болѣзни, кромѣ прикладыванія льда для уменьшенія боли, дѣлали еще подкожное впръскиваніе морфія. Мѣсяцевъ чрезъ шесть снова почувствовала боли внизу живота. Лѣчившій тогда врачъ, нашель у нея триперное воспаленіе. Больная лѣчилась въ больницѣ нѣсколько разъ, но получала лишь незначительное облегченіе. Теперь она также страдаетъ и боль особенно усиливается во время регулъ. Больная обращалась за совѣтомъ въ клинику и тамъ ей сказали, что для излеченія необходима операція съ вскрытіемъ брюшной полости. Не желая подвергаться этой операціи, П—ва явилась ко мнѣ съ просьбою излѣчить ее безъ операціи электричествомъ.

По осмотру: дно матки нѣсколько отклонено влѣво, болѣзненно; матка мало подвижна, вслѣдствіе сращенія съ задней тазовой стѣнкой. Справо прощупывается опухшая Фаллопьева труба и увеличенный, болѣзненный на ощупь, яичникъ.

На основаніи изслѣдованія мною былъ поставленъ *diagnos.: metritis chronica cum adhesionibus utero sacralibus (послѣ бывшаго perimetrit'a) et salpingo-oophoritis dextra.*

29 ноября начато лѣченіе брюшно-влагалищной гальванизаціей. Положительный полюсъ, въ видѣ широкаго губчатаго электрода, на животъ и отрицательный—углевой зондъ *Apostoli*—въ задній сводъ влагалища и въ правый боковой, къ опухшей трубѣ и къ яичнику. Сила тока отъ 10 до 20 МА. продолжительность сеанса 5 минутъ.

9 декабря больная явилась снова для слѣдующей электризаціи. Послѣ перваго же сеанса она почувствовала себя лучше и регулы у нее были менѣе болѣзненны и постоянная боль подъ ложечкой все время, послѣ 1-го сеанса, была сносная. По осмотру, опухоль въ правой трубѣ исчезла. Яичникъ еще увеличенъ и болѣзненъ на ощупь. Матка подвижнѣе и очень мало болѣзненна. На шейкѣ нѣсколько увеличенныхъ железъ.

Железы проколоты и чувствительность матки тотчасъ же уменьшилась.

Послѣ втораго сеанса болѣзненность яичника и матки совершенно исчезла.

Электризація больной производилась два раза въ недѣлю. Во время рождественскихъ праздниковъ лѣчение приостановлено на двѣ недѣли.

13 января 1892 года послѣдній 8-й сеансъ. По осмотру, матка почти вполне подвижна, слѣдовательно, сращеніе боковой части рассосалось, яичникъ еще нѣсколько болѣе нормального, но совершенно безболѣзненъ. Чувствуя себя хорошо больная оставила лѣчение.

*4-й случай* (№ 7403) Е. С—ва, 22 лѣтъ, замужняя, занятія имѣла домашнія, живетъ въ Казани, больна 2-й годъ. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 4 декабря 1891 г.

Первые регулы на 16 году, первый годъ крови были только 2 раза. На 17 году вышла замужъ и на 6 мѣсяцѣ забеременѣла. Роды были благополучны—мальчикомъ. Всѣхъ дѣтей было трое (двѣ дѣвочки). Послѣ рожденія втораго ребенка была ломота въ рукахъ, ногахъ и въ лѣвомъ боку; затѣмъ маточное кровотеченіе, которое продолжалось 6 мѣсяцевъ. По случаю кровотечения лѣчилась въ гинекологической клиникѣ, гдѣ пролежала 2 мѣсяца. Эти два мѣсяца регулы были правильны. По выходѣ изъ клиники, вскорѣ снова явилось кровотеченіе и продолжалось полторы недѣли. Послѣ вторыхъ родовъ регулы вообще стали обильны. Раньше они были скорѣе скудны и продолжались по 3—4 дня, а теперь же по 7 дней и послѣ нихъ, въ теченіе 4—5 дней, истекаетъ сукровица. Послѣднее время, между регуль, идутъ бѣли, которые прекращаются только за два дня до кровей.

Когда больная была въ клиникѣ, явилась боль въ правомъ яичникѣ и въ правой ногѣ. Лѣчили покойнымъ положеніемъ, горячими душами и ваннами. Сначала души примѣнялись сухія, но отъ нихъ стало несравненно хуже. Тогда перешли къ горячимъ спринцованіямъ, отъ которыхъ больная чувствовала себя немного лучше. Дома больная продолжала души въ теченіе полу-года, но бѣли, крови и боли остались тѣже.

Послѣ того больная лѣчилась у доктора *Львова*, но безъ результата и потому онъ посовѣтовалъ ей рѣшиться на операцію удаленія придатковъ матки.

Больная операціи боится, рѣшилась попробовать электричество и обратилась ко мнѣ за совѣтомъ.

*Status praesens.* По изслѣдованіи половыхъ органовъ найдено слѣдующее: шейка матки толста, нѣсколько отечна, въ заднемъ сводѣ прощупывается тѣстоватая, болѣзненная припухлость. Вся матка увеличена въ объемѣ, антевертирована, дно болѣзненно. Правая труба увеличена въ объемѣ съ сѣтковидными утолщеніями, въ количествѣ трехъ узловъ, по протяженію трубы, которая вся представляется въ видѣ плотновато узловатаго шнура, на ощупь очень болѣзненнаго. Наибольшее узловатое утолщеніе находится у выхода трубы отъ матки. Во всей широкой связкѣ отеchnая припухлость, правый яичникъ бугроватъ, увеличенъ въ объемѣ, болѣзненъ.

Напряженной правой трубой матка держится въ anteversii и мало подвижна. Лѣвая труба равномерно нѣсколько утолщена. Яичникъ неизмѣненъ. Баллотированіе матки очень болѣзненно и затруднено.

*Diagnos:* parametritis et salpingo-oophoritis dextra. Произведена слабая гальванизация, отъ 8 до 12 МА., а именно: анодъ широкій замшевый электродъ на животъ, а катодъ—углевой толстый зондъ *Apostoli*—кругомъ по своду влагалища и въ рыльце матки.

Результатомъ 10-ти минутнаго электризованія получилось: исчезновеніе отечнаго опуханія, почти полное исчезновеніе болѣзненности, замѣтное уменьшеніе въ объемѣ измѣненной правой трубы и яичника и особенно рѣзкое уменьшеніе всей матки. Болѣзненность и тѣстоватое опуханіе въ заднемъ сводѣ исчезли, баллотированіе матки болѣе свободно и безболѣзненно.

Послѣ электризации, съ уменьшеніемъ боли и напряженности въ опухоляхъ, произведенъ массажъ матки и ея придатковъ. Въ результатѣ еще болѣе свободная подвижность и сокращеніе всей матки. Въ стѣнкахъ ея отечность исчезла и дно, бывшее до массажа круглымъ, опухшимъ, послѣ него сдѣлалось заостреннымъ и форма матки стала нормальна.

7 декабря, передъ 3-мъ сеансомъ электризации, изслѣдованіе показало, что матка снова еще нѣсколько увеличена въ объемѣ, но дно ея имѣетъ уже болѣе острый край. Въ заднемъ сводѣ нѣтъ уже ни разлитой опухоли, ни болѣзненности. Только въ срединѣ задняго свода прощупывается съ горошину желвачекъ, при глубокомъ давленіи немного болѣзненный. Небольшая болѣзненность замѣчается и въ правомъ яичникѣ, нѣсколько увеличенномъ и запавшемъ въ правую тазовую экскавацию. Идущая надъ нимъ правая труба четкообразныхъ утолщеній уже не имѣетъ, есть только расширение трубы у маточнаго конца и стѣнки ея въ этомъ мѣстѣ плотноваты и чувствительны на оцупъ. Съ лѣвой стороны, ни въ яичникѣ, ни въ трубѣ—никакихъ измѣненій не наблюдается.

Матка теперь подвижна, при баллотированіи ея уже не замѣчается напряженія правой трубы, въ видѣ выше упомянутаго плотнаго шнура.

Послѣ произведенной гальванизации, уничтожилась въ этотъ сеансъ вся чувствительность въ вышеуказанныхъ мѣстахъ и желвачекъ въ заднемъ сводѣ исчезъ. Кроме того, яичникъ сталъ подвижнѣе, его можно уже болѣе свободно приподнимать изъ правой экскавации. Чувствительность въ маточномъ концѣ трубы также исчезла и плотность стѣнокъ расширеннаго ея основанія сдѣлалась болѣе тѣстоватой. Способъ гальванизации, какъ въ данномъ случаѣ, гдѣ опухоли не такъ велики и плотны, я произвожу такъ: анодъ, въ видѣ широкаго, въ 10 сантиметровъ въ діаметрѣ, электрода, обтянутаго замшей или же обложеннаго губкой, кладу на животъ сначала надъ дномъ матки, когда электризую послѣднюю, или передній и задній своды, а затѣмъ надъ пахами, когда электризую придатки матки, т. е., когда помѣщаю

отрицательный электродъ въ боковые своды влагалища. Отрицательный электродъ или катодъ, въ видѣ углеваго цилиндра, толщиной въ полпальца и длиною въ 3 сантиметра, насаженного на изолированномъ каучукомъ металлическомъ стержнѣ, обыкновенно надавливаю пальцемъ, введеннымъ во влагалище, въ верхушку свода, вокругъ матки, идя шагъ за шагомъ и останавливаясь на каждомъ мѣстѣ по  $\frac{1}{2}$  минуты. Гальванизацию въ боковыхъ сводахъ, какъ въ данномъ случаѣ подъ измѣненнымъ правымъ яичникомъ и трубой, производжу съ сильнымъ давленіемъ электродами сверху снаружи и снизу снизу. Передъ передвиженіемъ внутренняго электрода, съ одного мѣста на другое, токъ быстро низвожу до 0. Черезъ это каждый разъ получается небольшое сокращеніе въ мускулахъ живота, а также, слѣдовательно, и въ тазовыхъ мускулахъ. Ослабленіе тока еще необходимо потому, что не во всякомъ мѣстѣ больная можетъ выносить одинаковой силы токъ. Благодаря этой предосторожности можно, какъ показалъ опытъ, производить безвредно гальванизацию даже въ остромъ періодѣ заболѣванія. Чтобы ускорить выздоровленіе, послѣ cadaго сеанса электризаціи, въ данномъ случаѣ я дѣлалъ массажъ матки и ея придатковъ въ теченіе 10 минутъ. Послѣ cadaго массажа, въ результатѣ получалось исчезновеніе всякихъ слѣдовъ болѣзненности и почти свободное баллотированіе матки.

Матка соотвѣтственно ходу лимфатическихъ сосудовъ массируется мною такъ: пальцы одной руки, вставленные снаружи, черезъ покровы живота, за матку, свожу съ пальцемъ другой руки, введеннымъ въ задній сводъ влагалища. Захвативъ такимъ образомъ матку, наружной рукой по задней и пальцемъ внутри по передней ея поверхности дѣлаю мелкія круговыя движенія, по направленію вверхъ ко дну матки и отъ средней линіи матки къ боковымъ ея краямъ до встрѣчи пальцевъ обѣихъ рукъ.

Такимъ образомъ, вся матка массируется нѣсколько разъ до полученія уменьшенія ея въ объемѣ. Послѣ того пальцемъ внутри влагалища поддерживаю шейку матки кверху и въ это время, снаружи черезъ покровы живота, другой рукой массирую круговыми движеніями всю поверхность маточнаго дна.

Такими же круговыми движеніями массирую и яичникъ, фиксируя ихъ снизу введеннымъ во влагалище пальцемъ.

Трубы массируются мною отъ фимбриальнаго конца къ маточному, чтобы тѣмъ самымъ направить опорожненіе ихъ содержащаго въ полость матки, а не въ брюшину. Круглыя же связки массируются отъ мѣста прикрѣпленія ихъ къ передней боковой поверхности матки по ходу ихъ до лобка. Внутренній палецъ, разумѣется, слѣдитъ за движеніемъ наружныхъ.

19 февраля 1892 года, послѣ 20 сеансовъ изслѣдованіе тазовой области показало слѣдующее: экссудаты всосались, матка, яичники, трубы нормальной величины; узловатыхъ утолщеній трубы и слѣда не осталось. По словамъ больной, регулы стали совершенно правильны, безъ всякой боли, въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ реньше, вмѣсто семи, только четыре дня.

Бѣли все еще продолжаютъ, но больная чувствуетъ теперь себя хорошо. Лѣчение прекратила. По случаю малокровія ей данъ совѣтъ продолжать приемы желѣза внутрь и искусственный желудочный сокъ.

Больную затѣмъ я видѣлъ въ июлѣ мѣсяцѣ того же года на кумысномъ заведеніи въ Елабугѣ. Лѣчилась она отъ малокровія кумысомъ, въ тоже время обращалась ко мнѣ за совѣтомъ, по случаю бѣлей, и при осмотрѣ оказалось, что отъ прежнихъ страданій половой сферы не осталось и слѣда. Яичники, трубы, и широкія связки были совершенно нормальны.

*5-й случай* (№ 7419). В. П—ва, 21 года, замужняя, занятія домашнія, живетъ въ Казани, больна съ 29 декабря 1891 г. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 27 января 1892 года. По анамнезу: первые регулы съ 13½ лѣтъ, по 7 дней, черезъ мѣсяцъ. Крови до замужества всегда были безболѣзненны, въ незначительномъ количествѣ. Какъ вышла замужъ, черезъ мѣсяцъ же, крови, хотя также скудныя, но уже болѣзненныя. Вышла замужъ на 17 году, на первомъ же году забеременѣла. Родила мальчика совершенно благополучно, послѣ родовъ не болѣла, ребенка кормила сама. Черезъ 6 недѣль послѣ родовъ, не смотря на кормленіе, были очень сильныя крови, съ болью и продолжались, по обыкновенію, 7 дней. Крови аккуратно являлись во все время кормленія, но въ промежуткахъ между ними, были постоянныя бѣли, продолжающіяся и теперь.

На Рождество пришли регулы во время, но вмѣсто недѣли, продолжались только три дня. Съ остановкой кровей явилась сильная боль внизу живота, такъ что больная должна была обратиться за врачебной помощью.

Въ теченіи трехъ дней ей клали ледъ на животъ и боль и рвѣзъ исчезли.

Черезъ 12 дней, т. е. 13 января, явилось сильное кровотеченіе, сгустками и продолжалось 6 дней. Вмѣстѣ съ этимъ снова боль въ лѣвомъ паху и ощущеніе въ немъ опухоли. Кромѣ того, больная жаловалась на сильную слабость, головокруженіе, тошноту, временами бываетъ рвота, поносъ, продолжающійся съ 15 января. Сонъ плохъ.

*Status praesens.* Больная крѣпкаго тѣлосложенія, подкожнаго жира достаточно, окраска кожи блѣдно желтая, слизистыя оболочки очень блѣдны. Температура тѣла нормальна. Языкъ съ бѣлымъ налетомъ. Аппетитъ плохъ. Кромѣ поноса больная жалуется на боль, урчаніе, вздутіе въ кишкахъ. Печень, по ощущенію, также болѣзненна, особенно въ мѣстѣ нахождения желчнаго пузыря. Селезенка увеличена и тоже болѣзненна.

Ислѣдованіе легкихъ показало: жесткое дыханіе въ большихъ бронхахъ и *ronchi sonores*.

Больная жалуется на кашель съ мокротой и на боль въ грудной кости.

По выслушиваніи сердца: тоны его чисты; пульсъ учащенъ до 132 ударовъ въ минуту.

Въ области почекъ—ощущеніе болѣзненности. Мочеиспусканіе довольно часто.

По изслѣдованіи половыхъ органовъ: цвѣтъ слизистой оболочки влагалища интесивно красный; стѣнки—дряблы и покрыты довольно значительнымъ количествомъ бѣлей. Своды сзади и слѣва выпячиваются въ полость влагалища. Опухоль въ заднемъ сводѣ довольно плотная, болѣзненна, въ лѣвомъ боковомъ сводѣ тѣстоватая и также болѣзненная.

Матка наклонена и придавлена впередъ къ symphisis'у, почти неподвижна, увеличена въ объемѣ. Стѣнки ея тѣстоватой консистенціи и болѣзненны на ощупь.

Форму матки опредѣлить трудно, такъ какъ матка составляетъ одно цѣлое съ воспалительною опухолью въ Дугласовомъ пространствѣ и въ области лѣвой широкой связки. Дно матки прощупывается на четыре поперечныхъ пальца выше лобка. Прощупать яичники нельзя. Давленіе въ обоихъ пахахъ и особенно въ сторонѣ трубъ болѣзненно.

Осторожно введенное зеркало показало: увеличенное отдѣленіе изъ полости матки, въ видѣ густой желтоватой слизи.

Судя по указаннымъ признакамъ, діагнозъ мною былъ поставленъ peri- para-metritis sinistra et salpingitis exudativa duplex.

*Лѣченіе.* Произведена гальванизация: анодъ—широкій губчатый электродъ—на животъ и катодъ—углевой зондъ *Apostoli*—въ своды вокругъ влагалищной части матки. шагъ за шагомъ, черезъ  $\frac{1}{2}$  минуты перемѣщая электродъ по всему своду. Сила тока отъ 10 до 20 МА.

Послѣ 10 минутной гальванизации напряженіе опухоли и сама опухоль замѣтно уменьшились. Больная ощущаетъ, что у нея стало свободнѣе въ тазу и болѣзненность исчезла.

На слѣдующій день боль снова усилилась, такъ что больная уже не могла явиться къ электризации, такъ какъ у нея случилось обострѣніе. Явилось лихорадочное состояніе и очень сильная боль въ лѣвомъ паху, а также и напряженіе опухоли.

Этотъ случай и послѣдующіе интересны въ томъ отношеніи, что, не принявъ во вниманіе острый періодъ заболѣванія, я употребилъ при электризации довольно значительной силы токъ, который давъ сначала временное улучшеніе, въ періодъ послѣдующаго расширенія сосудовъ обусловилъ на столько сильную гиперемію, что произошло ухудшеніе воспалительнаго процесса. Для уменьшенія боли и опухоли я долженъ былъ употребить накожную гальванизацию, сначала кисточкой, а потомъ губками, примѣняя лябильный токъ.

Такая гальванизация, какъ показала мнѣ опытъ, дѣйствуетъ рефлекторно замѣчательно сильно на воспалительные процессы въ подлежащихъ органахъ.

Послѣ такой гальванизации быстро и надолго исчезаетъ боль и напряженіе въ воспаленныхъ органахъ, что указываетъ на сильное и продолжительное сокращеніе сосудовъ въ воспаленныхъ органахъ. Гальванизация кисточкой на кожу въ тоже время дѣйствуетъ, какъ отвлекающее средство.

Дѣйствительно, во время гальванизации кожи металлической кисточкой, соединенной съ отрицательнымъ полюсомъ, происходитъ, послѣ предварительнаго сжуженія, такое сильное расширение кожныхъ сосудовъ, что по ходу кисточки является яркая краснота, какъ отъ горчишника, даже сильнѣе, такъ какъ на мѣстѣ болѣе продолжительнаго дѣйствія кисточки, являются пузырьки съ выпотомъ, вокругъ которыхъ краснота особенно интензивна. Послѣ кисточки гальванизация губками, и именно, лябильная, ощущается больными очень хорошо, вызывая у нихъ ясное сокращеніе подлежащихъ поверхностныхъ и глубокихъ мускуловъ. Сокращеніе послѣднихъ для наблюдателя, разумѣется, не видно, но ясно ощущается больной.

При накожной гальванизации постоянно наблюдается слѣдующее явленіе: *чѣмъ сильнѣе воспалительный процессъ въ глубоко-лежащихъ органахъ, тѣмъ менѣе чувствительна надъ ними кожа на гальванизацию не только губками, но и сильно раздражающей кисточкой.*

Съ возстановленіемъ кожной чувствительности, является и тонусъ сосудовъ воспаленныхъ частей, а черезъ это усиливается циркуляція крови, уничтожается застойная гиперемія и коллатеральный отекъ. Чтобы дѣйствовать долѣе отвлекающимъ образомъ, особенно надъ мѣстомъ наибольшей боли и эксудативной опухоли, я поставилъ мушку на лѣвый пахъ и назначилъ suppositoria изъ ammonio-sulpho-ichtiolico, который также, какъ извѣстно, способствуетъ всасыванію эксудатовъ.

Подъ вліяніемъ этого комбинированнаго лѣченія боль исчезла довольно скоро, а затѣмъ и эксудативная опухоль стала постепенно всасываться. Всѣхъ сеансовъ накожной гальванизации было 8, а мушекъ поставлено надъ лѣвымъ пахомъ всего три.

Съ 15 марта больная встала съ постели, а 1 апрѣля, по изслѣдованіи оказывается, что опуханіе, главнымъ образомъ, остается сосредоточеннымъ въ области лѣвой трубы. Такъ какъ у больной еще покровы живота, послѣ бывшей беременности, очень растянуты и дряблы, то, для предупрежденія образованія брюшной грыжи, съ 1-го же апрѣля начата была фарадизация первичнымъ токомъ (courant de quantité) брюшныхъ мускуловъ.

Надъ лѣвымъ пахомъ еще разъ поставлена мушка. 5 мая того же года, послѣ 10 сеансовъ фарадизации, по 2 раза въ недѣлю, дряблость въ стѣнкахъ живота значительно уменьшилась и всѣ явленія бывшаго тазоваго воспаления исчезли. Больная, чувствуя себя совершенно здоровой, прекратила лѣченіе.

6-й случай (№ 7382). С. Х. Ш—ва, акушерка, 38 лѣтъ отъ роду, заболѣла съ сентября 1890 г., обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 28 февраля 1892 г.

Носитъ мѣсячное съ 14 лѣтъ, по 3 дня, черезъ 3 недѣли. Замужъ вышла на 19 году, имѣла 7 беременностей, послѣдняя беременность окончилась выкидышемъ трехмѣсячнаго плода, 6 сентября 90 г., и съ этого времени начались частыя кровотеченія. 3 октября, послѣ простуды, сдѣлалось воспаленіе тазовой

брюшины, послѣ котораго остался эксудатъ. Большая двѣ недѣли пролежала въ постели, а затѣмъ, хотя и встала, но чувствовала постоянную боль въ поясницѣ. препятствующую при ходьбѣ, и кромѣ того, боль и тяжесть внизу живота. Нервная система сильно растроилась, явились истерическіе припадки.

*St. praesens.* Больная крѣпкаго тѣлосложенія, подкожного жира достаточно, слизистыя оболочки блѣдноваты. Со стороны кишекъ замѣчается урчаніе, вздутіе и запоры. Изслѣдованіе органовъ дыханія и кровообращенія указываетъ на нормальное ихъ состояніе. Со стороны мочевыхъ органовъ наблюдается катаральное состояніе пузыря: моча съ осадкомъ слизи и щавелево кислыхъ солей, мочеиспусканіе часто.

Изслѣдованіе половыхъ органовъ: матка понижена и придавлена къ *simpthesis*'у, неподвижна. За маткой въ заднемъ сводѣ, плотная шаровидная, болѣзненная опухоль, выпячивающая задній сводъ въ полость влагалища. Опухоль непосредственно соединяется съ маткой и на первое ощущеніе представляетъ какъ будто увеличенное, перегнутое назадъ дно матки. Но болѣе тщательное изслѣдованіе показываетъ, что тѣло и дно матки, нѣсколько увеличенное и болѣзненное, придавлено къ передней стѣнкѣ таза и нѣсколько влѣво и лежитъ непосредственно на заматочной опухоли; причѣмъ за дно, со стороны покрововъ живота, можно зайти пальцами на заднюю поверхность дна, гдѣ прощупывается верхняя граница эксудативной опухоли, уровень которой нѣсколько выше матки, особенно съ лѣвой стороны. Лѣвый сводъ влагалища сглаженъ и натянутъ, въ этомъ мѣстѣ ощущается разлитая, болѣзненная припухлость, тѣстоватой консистенціи и болѣе плотная кверху, по направленію къ лѣвому боку угла матки и широкой связки, сливаясь въ одно цѣлое съ заматочной опухолью. Прощупать лѣваго яичника не удалось, правый увеличенъ въ объемъ и болѣзненъ.

Діагнозъ: *perimetritis et parametritis sinistra chronica et metrophoritis dextra.*

Въ тотъ же день начато лѣченіе, посредствомъ брюшновлагалищной гальванизациі. На животъ широкій, влажный, губчатый электродъ съ надавливаніемъ болѣе съ лѣвой стороны, а отрицательный электродъ—углевой толстый зондъ *Apostoli*—начиная справа, въ задній сводъ и затѣмъ, шагъ за шагомъ, приводя въ лѣвый боковой и часть въ передній. Сеансъ 5 минутъ и сила тока, на первый разъ, отъ 8 до 12 МА. Результатъ отъ электризациі получился очень хорошій: болѣзненность немедленно уменьшилась, можно было свободно давить на эксудатъ и на нижнюю часть живота. Больная чувствовала, что и напряженіе и тяжесть въ тазу ослабѣли и при движеніи она уже чувствуетъ большую свободу.

Электризациа продолжалась черезъ день амбулаторно, каждый разъ съ одинаковымъ результатомъ. При этомъ силу тока можно было постепенно увеличивать и на 5-й сеансъ довести до 40 МА. Съ усиленіемъ и промежутки между сеансами увеличивались, до

двухъ разъ въ недѣлю. Черезъ 8 сеансовъ эксудатъ сзади всосался, но слѣва сзади и съ боку всасываніе наблюдалось болѣе медленное. Получивъ значительное облегченіе, больная стала являться на электризацію неаккуратно, а именно, въ недѣлю или въ двѣ—разъ, не смотря на это остатки эксудатовъ продолжали всасываться. Послѣ 17 сеансовъ остается небольшой желвачекъ въ области лѣваго свода влагалища, гдѣ ощущается и натяженіе свода, въ видѣ утолщенной ленты. Чувствуя себя хорошо при чемъ и регулы стали правильны, больная прекратила лѣченіе.

Больная эта интересна еще въ томъ отношеніи, что на нее очень благотворно вліяетъ и лѣченіе фарадизаціей. Такъ въ мартѣ 93 г., неизвѣстно отъ какой причины, явились у нее гемороидальныя шишки и сильная болѣзненность въ нихъ. Сначала я фарадизировалъ ихъ вторичнымъ токомъ, одинъ проводникъ на животъ въ области *S. Romanum*, а другой на шишки. По уменьшеніи болѣзненности, для сокращенія шишекъ примѣнилъ фарадизацію первичнымъ токомъ, какъ наиболѣе дѣйствующимъ на сокращеніе мускулатуры. Въ 7 сеансовъ шишки совершенно исчезли.

Вскорѣ послѣ этого, вслѣдствіе подъема тяжелаго узла съ бѣльемъ появилось расхожденіе прямыхъ мышцъ живота и растяженіе пупочнаго кольца. Растянутый пупокъ сталъ болѣть и въ него начала входить кишечная петелька. Проталкивая ее внутрь, палецъ ощущаетъ кольцо, черезъ которое онъ могъ входить почти до половины перваго сустава. Фарадизація первичнымъ токомъ (*courant de quantité*) мускуловъ живота, особенно прямыхъ, въ 5 сеансовъ уничтожило ихъ расхожденіе и пупочное кольцо такъ сдузилось и втянулось внутрь, что грыжа окончательно исчезла.

Подобный случай въ моей практикѣ не единственный, но объ этомъ поговоримъ когда нибудь послѣ.

Въ началѣ декабря прошлаго года больная обратилась ко мнѣ съ просьбой сдѣлать еще нѣсколько гальванизацій, надъ оставшимся желвачкомъ въ области лѣваго свода, такъ какъ послѣднія менструаціи сопровождались непріятнымъ ощущеніемъ въ области лѣваго паха. Вслѣдствіе этого ощущенія она во время менструаціи чувствовала нервную раздражительность.

Хотя во время осмотра я не нашелъ видимаго ухудшенія въ мѣстѣ выше упомянутаго желвачка и лентовиднаго утолщенія лѣваго свода, но всетаки, согласно желанію больной, я снова началъ гальванизировать ее, употребляя теперь, въ теченіе 3—4 минутъ, силу тока въ 25—30 МА. Послѣ 4 сеансовъ лентовидное утолщеніе исчезло и вмѣсто желвачка остается слѣдъ припухлости. Больная чувствуетъ теперь себя отлично, всякая нервность исчезла.

7-й случай (№ 7482). А. А. М—ва, 41 года, замужняя, занятія имѣетъ домашнія, живетъ постоянно въ Бирскѣ, Уфимской губ., больна 5 лѣтъ. Ко мнѣ обратилась за совѣтомъ 13 мая 1892 г.

Носить мѣсячное начала съ 18 лѣтъ, сильно, безъ боли, по 4 дня, черезъ мѣсяцъ. Такъ регулы продолжались и по выходѣ замужъ на 23 году.

Беременна была 9 разъ и послѣдняго ребенка родила пять лѣтъ назадъ. Послѣ этихъ родовъ регулы стали сильнѣе и продолжаются отъ 10 до 12 дней. Промежутокъ времени между родами, обыкновенно, былъ равенъ полутора или двумъ годамъ. 7-го ребенка родила мертвымъ, а 8-го выкинула на 3 мѣсяцѣ беременности. При всѣхъ беременностяхъ плодовыхъ водъ бывало очень много. Въ послѣродовомъ періодѣ схватки обыкновенно бываютъ очень болѣзненны. Кромѣ того, почти всегда недѣли по двѣ больная страдаетъ геммороидальными шишками. Дѣтей кормила сама.

Послѣ 9 ребенка явились бѣли, густыя, ѣдкия, зеленоватаго цвѣта, появляются теперь между регулами и очень истощаютъ больную. Съ того же времени постоянно ощущается боль внизу живота и особенно въ лѣвомъ паху. Думаетъ, что причина заболѣванія раннее вставаніе съ постели послѣ родовъ и тяжелая работа.

*Status praesens.* Больная средняго тѣлосложенія, подкожнаго жира немного. Окраска кожи блѣдно-желтоватая. Слизистыя оболочки блѣдны.

Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія ничего ненормальнаго. Со стороны пищевыхъ органовъ: отрыжка и временами даже рвота. Послѣ ѣды почти постоянная боль и тяжесть подъ ложечкой. Затѣмъ частые запоры. Кромѣ того ежемѣсячно страдаетъ головными болями.

По изслѣдованіи половыхъ органовъ оказывается, что матка увеличена нѣсколько въ объемѣ, болѣзненна на ощупь, съ плотными стѣнками и подвижность ея ограничена особенно слѣва, что зависитъ отъ тѣстоватой, разлитой опухоли въ области лѣвой широкой связки, причемъ и лѣвая Фаллопьева труба увеличена въ объемѣ и болѣзненна. На объемистой шейкѣ матки прощупываются многочисленныя железы *Nabot'a*.

Судя по даннымъ изслѣдованіямъ, здѣсь имѣется: *metro-cervicitis chronica follicularis et salpingo-parametritis sinistra*.

*Лѣченіе.* Наботовы железы были проколоты и затѣмъ произведена гальванизация въ области лѣваго паха. Анодъ на животъ, а катодъ, въ видѣ углеваго толстаго зонда *Apostoli*, въ лѣвый сводъ, подъ параметрическую опухоль. Кромѣ того, съ цѣлью уменьшенія ослабленія покрововъ живота, сдѣлавшихся дряблыми и отвислыми, по случаю частыхъ беременностей, произведена еще фарадизация первичнымъ токомъ брюшныхъ мускуловъ. Гальванизация производилась ежедневно токомъ средней силы, до 20 МА.

Послѣ 8-го сеанса, т. е. 21 мая, опухоль въ лѣвой широкой связкѣ почти вся разсосалась. Остается только узелокъ, въ волоцкѣй орѣхъ, ближе къ боковой стѣнкѣ матки. Чувствуя себя хорошо, больная хотѣла продолжать лѣченіе до полнаго выздоровленія, но по домашнимъ обстоятельствамъ должна была вскорѣ уѣхать.

Матка у нея оставалась еще увеличенной въ длину, хотя общій ея объемъ уменьшился.

Чтобы довести матку до нормы, былъ данъ совѣтъ брать дома 3 раза въ недѣлю, ванны.

8-й случай (№ 7600). М. А. М.—чѣ, 40 лѣтъ отъ роду, замужняя, занятія имѣетъ домашнія, живетъ постоянно въ Лаишевѣ, больна съ замужества, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 14 января 1893 года.

Носить мѣсячное начала съ 12 лѣтъ. Крови бываютъ довольно сильныя, безъ всякой боли, по 5 дней, черезъ 3 недѣли. Замужъ вышла на 16-мъ году, и съ перваго же года замужества стали являться сильныя боли передъ и во время регулъ. Ритмъ кровей измѣнялся. Регулы то часты, то рѣдки, а по лѣтамъ, въ жаркое время, совсѣмъ не бывали. Временами являються бѣли, густыя, слизистыя, свѣтлыя и иногда молочнаго цвѣта.

Беременности не было. Съ перваго же года замужества начала ощущать боль въ лѣвомъ паху и въ крестцѣ. Первое время, при супружескихъ сношеніяхъ, ощущала удовольствіе, а потомъ и до настоящаго времени этого пріятнаго ощущенія не испытываетъ, а, напротивъ, сношеніе только раздражаетъ ее, потому что каждый разъ вызываетъ боли.

*Status praesens.* Тѣлосложенія средняго. Количество подкожнаго жира немного. Кожа и слизистыя оболочки блѣдно окрашены. Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Appetitъ, хотя довольно хорошъ, но часто бываетъ отрыжка, боль и тяжесть подъ ложечкой, особенно послѣ ѣды. Запоры.

Со стороны груди, сердца, мочевыхъ органовъ—ничего ненормальнаго. Относительно нервной системы: общая раздражительность, истеричное состояніе. Сонъ плохой. По осмотру половыхъ органовъ: матка увеличена въ объемъ, имѣетъ опухшія и болѣзненныя на ощупь стѣнки. Въ области правой трубы ощущается опухоль съ куриное яйцо, нѣсколько подвижная и болѣзненная при давленіи.

Въ лѣвой широкой связкѣ сплошная опухоль, разлитая, тѣстоватой консистенціи.

Вслѣдствіе этой опухоли матка фиксирована довольно крѣпко.

*Диагнозъ: metro salpingitis dextra et parametritis sinistra.*

Лѣченіе тотчасъ же начато брюшно-влагалищной (въ своды), отрицательной гальванизацией, послѣ которой напряженіе опухоли и боль значительно ослабли. Электризація производилась по вышеуказанному методу.

30 января, послѣ 6-ти сеансовъ гальванизации, опухоли оказались значительно уменьшенными въ объемъ и общее самочувствіе рѣзко улучшилось. Боль подъ ложечкой, постоянно ощущаемая больной, исчезла окончательно. Остается только ощущеніе напряженія въ лѣвомъ паху, гдѣ находившаяся прежде сплошная опухоль теперь значительно уменьшалась въ объемъ.

Больная, чувствуя себя хорошо, пожелала уѣхать домой. Для поддержанія дальнѣйшаго всасыванія параметрической опухоли,

назначены большой горячія души, два раза въ недѣлю, теплыя ванны и пессарій изъ ammonio-sulpho-ichtyolico.

Очень жаль, что этотъ случай, такъ хорошо начавшій поддаваться гальваническому лѣченію, не былъ доведенъ до конца, т. е. до полного излѣченія.

9-й случай (№ 7648). А. З—на, 27 лѣтъ, замужня, занятія домашнія, живетъ въ Казани, больна пять лѣтъ. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 22 февраля 1893 года.

Мѣсячное носить съ 17 лѣтъ, по три дня, черезъ 4 недѣли; крови до замужества были сильны и безъ всякой боли. Послѣ замужества и родовъ, крови нѣсколько обильнѣе и продолжаются по 7 дней. Первое время послѣ родовъ, въ теченіе трехъ мѣсяцевъ, крови являлись черезъ каждую недѣлю. Лѣчилась въ клиникѣ и послѣ того регулы являются черезъ 3 недѣли и бывають по 3 дня. Послѣднія регулы были недѣля тому назадъ.

Замужъ вышла по 20-му году и въ первый же годъ забеременѣла. Беременность прошла нормально. Роды тянулись дня три, но окончились силами природы. Ребенокъ умеръ на 11-й день. Послѣ родовъ явилась боль въ животѣ, которая съ тѣхъ поръ и беспокоить больную. Послѣ же родовъ долго были бѣли, которыя прекратились отъ лѣченія.

*Status praesens.* Тѣлосложенія средняго, подкожнаго жира немного, окраска кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдновата. Аппетитъ плохъ. Часто страдаетъ отрыжкой и изжогой. Послѣ ѣды является боль подъ ложечкой и тяжесть; часто урчаніе, боль и вздутіе въ кишкахъ, изрѣдка запоры.

Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія ничего особеннаго нѣтъ. Больная жалуется на частое сердцебиеніе, но въ данную минуту число ударовъ пульса равно 96. По осмотру половыхъ органовъ: матка увеличена противъ нормы, болѣзненна, особенно въ днѣ, стѣнки утолщены, плотноваты; на передней стѣнкѣ, въ полости шейки, прощупывается, величиною меньше воложскаго орѣха, фиброзная подслизистая опухоль. Баллотированіе матки затруднено, вслѣдствіе заматочной болѣзненной опухоли, выпячивающей задній сводъ.

Заматочная опухоль разлитая, неподвижная. Яичники и лѣвая Фаллопиева труба опухшіе и болѣзненны.

Въ зеркало: слизистая оболочка шейки интензивно краснаго цвѣта, изъ полости выдѣленіе густоватой слизи.

*Диагнозъ.* *Metro salpingo-oophoritis sinistra, endometritis et perimetritis chronica.*

*Лѣченіе:* брюшно-влагалищная негативная гальванизация; угольный электродъ къ маткѣ и въ задній сводъ влагалища. Сила тока 40 МА. (при 15 элементъ). При измѣреніи реостатомъ, сопротивление тканей = 270 омамъ.

Послѣ перваго же сеанса, продолжавшагося 5 минутъ, значительное облегченіе боли въ днѣ матки и въ области лѣваго яичника.

Въ теченіе полутора мѣсяцевъ всего сдѣлано 8 сеансовъ, по 2 раза въ недѣлю. Около двухъ недѣль электризации не было,

по случаю регуль; заматочная опухоль (perimetрическая) рассосалась окончательно. Лѣвая труба также нормальной величины. Остается незначительная опухоль только въ яичникѣ. Лѣчение прекращено.

*10-й случай* (№ 7697). А. Ф. С—ва, 31 года, замужняя, занятія имѣетъ домашнія. Мѣстожителство Уфа, больна съ декабря 1892 г. Обратилась за совѣтомъ ко мнѣ 1 мая 1893 г. Менструируетъ съ 11 лѣтъ, крови бываютъ сильныя, съ болью, по 7 дней, черезъ три недѣли. Замужъ вышла 17 лѣтъ и въ первый же годъ забеременѣла. Роды были благополучны. Всѣхъ оконченныхъ беременностей было 7. Промежутки времени между родами, большею частью, былъ равенъ двумъ годамъ. При восьмой беременности, черезъ 2½ мѣсяца, произошелъ выкидышъ, а именно, въ декабрѣ мѣсяцѣ, и съ тѣхъ поръ постоянныя кровотеченія, продолжающіяся по двѣ недѣли, съ свободнымъ промежуткомъ въ одну недѣлю и 3 дня. Недавно показались еще бѣли.

*Status. praes.* Больная средняго тѣлосложенія,—подкожного жира немного, окраска кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдная. Appetitъ хотя хорошъ, но часто бываетъ изжога, тошнота, отрыжка. Послѣднее время, передъ регулами, является боль, тяжесть и давленіе подъ ложечкой. Часто бываетъ урчаніе, вздутіе, боль въ кишкахъ. Запоры. Со стороны легкихъ, сердца, мочевыхъ органовъ—ничего ненормальнаго. Сонъ плохой. По изслѣдованіи половыхъ органовъ оказывается слѣдующее: матка удлинена и увеличена въ объемѣ, болѣзненна. Шейка, въ видѣ чалмы, плотная, усѣянная увеличенными слизистыми железами.

Наружное устье зияетъ; конецъ пальца свободно входитъ въ полость шейки, гдѣ на задней стѣнкѣ, находятся два плотныхъ узелка, повидимому, небольшихъ, подслизистыя фибромы. Выше полость шейки съ продолговатыми, довольно глубокими бороздами. Матка перегнута впередъ выше внутренняго устья, но дно ея возможно отклонить нѣсколько взадъ, между тѣмъ какъ шейка матки фиксирована къзади неподвижно. За шейкой въ Дугласовомъ пространствѣ ощущивается плотная, болѣзненная опухоль.

Кромѣ того наблюдается зыблющая опухоль въ сторонѣ лѣваго яичника, повидимому киста яичника, но въ общей массѣ опухоли рѣшить это еще трудно.

Диагнозъ поставленъ: *subinvolutio uteri cum cervicite folliculare perimetritis chronica et cysta ovarii sinistra.*

*Лѣчение.* Прежде всего были проколоты железы *Naboti*, послѣ чего шейка, по отдѣленіи крови въ количествѣ, приблизительно трехъ столовыхъ ложекъ, тотчасъ же уменьшилась въ объемѣ и болѣзненность матки исчезла. Затѣмъ произведена отрицательная влагалитно-брюшная гальванизація, посредствомъ угольнаго зонда въ задній и лѣвый боковые своды, при силѣ тока отъ 10 до 20 МА.

10 мая долженъ былъ быть 4-й сеансъ, но, вслѣдствіе наступившаго наканунѣ лихорадочнаго состоянія, гальваническое лѣчение было приостановлено, и больной было назначено внутрь, въ виду опухшей селезенки, chinin съ ergotin'омъ и микстура съ раз-

веденной соляной кислотой. На слѣдующій день выяснилось, что больная заболѣла гриппомъ и вслѣдствіе этой болѣзни, повидимому, отъ кашлевыхъ движеній, въ заматочной опухоли усилилось напѣяженіе и болѣзненность, почему и поставлена была мушка на крестецъ. На другой же день, послѣ того, какъ мушка натянула большой пузырь, напѣяженіе и болѣзненность въ периметрической опухоли значительно уменьшились.

Influenza была въ легкой формѣ, лихорадочное состояніе скоро исчезло и съ 16 мая можно было снова начать мѣтное гальваническое лѣченіе.

28 мая былъ 5-й и послѣдній сеансъ, послѣ перерыва или 8-й, съ начала лѣченія. Изслѣдованіе показало, что опухоль за маткой уменьшилась вдвое. Задній сводъ сталъ замѣтно свободнѣе, шейку матки уже можно оттягивать впереди. Опухоль въ сторонѣ лѣваго яичника также болѣе выясняется и предположеніе о кистѣ подтверждается. Больной данъ совѣтъ лечь въ клинику къ проф. *Фенномену*, для удаленія кисты, посредствомъ оваріотоміи; но больная, чувствуя себя лучше, оставила лѣченіе до осени. Осенью больную я не видалъ и ничего не могу сообщить о дальнѣйшей ея судьбѣ. Хотя этотъ случай и не вполне доказателенъ, относительно благоприятнаго вліянія влагалищно-брюшной гальванизации на периметрическую опухоль, такъ какъ здѣсь примѣнена была еще мушка, но я счелъ возможнымъ описать его, въ виду наступавшаго яснаго улучшенія, которое чувствовала больная каждый разъ послѣ сеанса.

*11-й случай* (№ 7721). А. К—ва, 20 лѣтъ, замужняя (жена мастерового на Ижевскомъ заводѣ). Заболѣла послѣ родовъ, съ 18 марта 1892 г., обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 29 мая 1893 года.

Первыя регулы съ 14 лѣтъ. До замужества крови были небольшіе, безъ всякой боли. По выходѣ замужъ, на 18 году, крови стали значительно обильнѣе, хотя ритмъ сохранился прежній: черезъ 4 недѣли, по 3 дня. Послѣ же родовъ, бывшихъ 18 марта прошлаго года, болѣла 4 мѣсяца и съ тѣхъ поръ не можетъ поправиться до настоящаго времени. Регулы теперь бываютъ очень сильныя, каждый разъ съ сгустками и продолжаются по 8 и 12 дней, черезъ 4 недѣли.

Какъ вышла замужъ страдаетъ бѣдами, которыя являются въ промежуткѣ между регулами. Съ самыхъ родовъ чувствуетъ въ крестцѣ и внизу живота боль, которая во время сношенія настолько усиливается, что супружескія отношенія становятся невозможными.

*Status praes.* Больная средняго тѣлосложенія, подкожнаго жира очень немного. Страдаетъ постоянными запорами. Мочиспусканіе часто, моча прозрачна и безъ осадка. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія ничего ненормальнаго. Сонъ плохой.

Изслѣдованіе половыхъ органовъ показало: матка неподвижна, придавлена къ передней стѣнкѣ таза, велика, влагалищной части почти нѣтъ. Позади матки сводъ выпяченъ, прощупывается довольно плотная опухоль съ поперечнымъ валикомъ. Давленіе на опухоль и матку вызываетъ боль.

*Діагноз: Perimetritis chronica et metritis.*

Лѣченіе начато брюшно-влагалищно-негативной гальванизацией, съ силою тока отъ 20 до 40 МА.

Послѣ перваго сеанса напряженіе и болѣзненность въ зачаточной опухолѣ и въ самой маткѣ уменьшились. Больная тотчасъ же почувствовала облегченіе боли внизу живота.

9 мая 1893 г., послѣ 5-го сеанса, зачаточная опухоль значительно уменьшилась, поперечный валикъ исчезъ. Влагалищная часть матки, особенно сзади, начинаетъ обозначаться и вся матка въ объемѣ меньше. Баллотированіе матки уже указываетъ на нѣкоторую ея подвижность, при чемъ и болѣзненность значительно меньше.

Получивъ облегченіе, больная проситъ отпустить ее домой, такъ какъ долше жить въ Казани она не имѣетъ средствъ. Ей данъ совѣтъ ставить на крестецъ повторныя мушки, брать теплыя ванны 2 раза въ недѣлю и дѣлать горячія души, чтобы подобнымъ лѣченіемъ поддерживать начавшееся рассасываніе периметрической опухолѣ.

*12-й случай (№ 7787).* А. Ф—ва, 35 лѣтъ, замужняя, занятія имѣетъ домашнія, больна съ 15 сентября, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 22 октября 1893 г.

Носитъ мѣсячное начала съ 13 лѣтъ, крови всегда обильная, по 8 дней и черезъ 3 недѣли. Какъ вышла замужъ, на 17 году, передъ регулами стала чувствовать боли въ животѣ, головокруженіе, но съ послѣдними родами опять регулы безболѣзненны. Послѣдній разъ были 1½ недѣли назадъ. Имѣла 8 беременностей (6 мальчиковъ, 2 дѣвочки). Послѣдняя беременность окончилась шесть лѣтъ тому назадъ, вслѣдствіе поднятія тяжелаго сундука, выкидышемъ на второмъ мѣсяцѣ. До этого выкидыша дѣти рождались обыкновенно одинъ за другимъ, черезъ 1 годъ 8 мѣсяцевъ. Характеръ беременностей нормальный; роды всегда были правильны и въ срокъ. Дѣтей кормила сама. Послѣ выкидыша страдала воспаленіемъ матки, въ теченіе двухъ мѣсяцевъ. Затѣмъ, чувствовала себя сносно; временами являлись бѣли, но продолжались обыкновенно недолго. 15 сентября 1893 года, послѣ долгой разлуки съ мужемъ, имѣла съ нимъ повторныя бурныя сношенія, послѣ которыхъ на другой день должна была нѣсколько верстъ проѣхать въ тряскомъ экипажѣ и въ тотъ же день заболѣла. Докторъ, лѣчившій больную, діагностицировалъ воспаленіе матки и назначилъ ей на низъ живота ледъ, который больная держала безпрерывно въ теченіе 4 дней. Послѣ того все время кладетъ согрѣвающіе компрессы и дѣлаетъ раза три въ день горячія души. Теперь, хотя съ трудомъ, можетъ вставать съ постели, но чувствуетъ боль внизу живота, въ лѣвой сторонѣ поясницы и въ крестцѣ.

*St. p.* Больная средняго тѣлосложенія, подкожнаго жира немного. Окраска кожи, слизистыхъ оболочекъ нормальна. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія, мочевыхъ, пищеварительныхъ органовъ, кромѣ запоровъ, ничего не нормального не наблюдается.

По осмотру половых органовъ: матка почти неподвижна и болѣзненна. На шейкѣ много опухшихъ железъ. Въ заднемъ сводѣ плотная, валикообразная, болѣзненная опухоль, имѣющая большой объемъ съ лѣвой стороны. Лѣвый яичникъ также болѣзненъ и опухшій. Лѣвая труба равномерно утолщена, натянута и болѣзненна на ощупь.

Измѣненная труба, яичникъ, матка и опухоль держатся почти неподвижно.

*Распознаваніе: Perimetritis et metro-salpingo-perioophoritis sinistra.*

*Лѣченіе* начато проколами опухшихъ железъ на шейкѣ, причемъ крови вышло, приблизительно, съ десертную ложку и послѣ того боль въ маткѣ при дотрагиваніи уменьшилась.

Съ слѣдующаго дня была сдѣлана брюшно-влагалищная гальванизація, послѣ которой больная почувствовала сейчасъ-же облегченіе, выразившееся въ ощущеніи большой свободы въ лѣвой сторонѣ таза и въ ослабленіи боли. Послѣднее констатировалось изслѣдованіемъ послѣ сеанса.

Сила тока, соотвѣтственно переносливости больной, въ первый разъ была доведена отъ 8 до 12 МА. Въ слѣдующихъ сеансахъ сила тока, могла быть постепенно усилена и при седьмомъ сеансѣ больная свободно выносила силу тока уже въ 25 МА., при сопротивленіи тѣла въ 550 оммовъ. Послѣ 7-го сеанса, 8-го ноября 1893 года, при изслѣдованіи, опухоль сзади замѣтно уменьшилась, вслѣдствіе чего матку довольно высоко можно прощупать сзади.

Опухоль и болѣзненность въ трубѣ и яичникѣ значительно меньше. Больная чувствуетъ себя хорошо. Два дня, какъ кончились крови, продолжавшіяся 10 дней. Въ этотъ разъ болѣзненность при регулахъ была сравнительно слабѣе, чѣмъ до лѣченія электричествомъ, но кровоизліяніе почти такое-же обильное, какъ и раньше.

10-го ноября, черезъ 8 сеансовъ, изслѣдованіе показало, что съ лѣвой стороны заматочная периметрическая опухоль почти всосалась. Яичникъ замѣтно меньше въ объемъ и его конфигурація много яснѣе. Опуханіе въ области Фаллопьевой трубы едва замѣтно. Матка слѣва болѣе подвижна, чѣмъ справа, гдѣ сводъ еще сглаженъ и натянута, въ видѣ толстой перемычки, и задерживаетъ шейку при ея движеніи. Дно матки теперь свободно можно двигать почти во всѣ стороны. Больная чувствуетъ себя совсѣмъ хорошо. Ощущеніе внизу живота и крестцѣ постоянной боли и тяжести, мѣшающей при ходьбѣ, теперь исчезло.

22-го ноября, послѣ 10 сеансовъ, заматочная опухоль окончательно исчезла, только есть еще незначительная задержка справа, при баллотированіи матки. Матку можно опускать и приподнимать безъ всякой боли.

9-го декабря. Больная явилась послѣ регулъ, которые продолжались только 8 дней и были уже не такъ обильны, какъ во время существованія опухоли. По изслѣдованіи: опухоли больше нѣтъ, матка баллотирована свободно и безболѣзненно. Первый

боковой сводъ нѣсколько стянуть, но это зависитъ отъ маленькаго рубца, который произошелъ, какъ оказывается, изъ дополнительныхъ расприсовъ, послѣ Эмметовской операціи, бывшей по случаю разрыва, во время родовъ, шейки матки и части свода съ правой стороны. Я посоветовала больной прекратить лѣчение, но она просила еще продолжать, потому что при усиленной ходьбѣ чувствуетъ еще тяжесть внизу живота, хотя боли уже не ощущаетъ. Черезъ слѣдующіе три сеанса наступило полное выздоровленіе.

*13-й случай* (№ 7804). М. К.—нъ, 37 лѣтъ, замужняя, занятія домашнія. Заболѣла 2 года назадъ, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ въ половинѣ августа (1892 г.)<sup>13)</sup>. Носить мѣсячное начала съ 12 лѣтъ, сильно, безъ боли. Годъ была остановка, а затѣмъ регулы аккуратны, черезъ 3 недѣли, по 1 недѣлѣ. Замужъ вышла на 16 году. Регулы стали сильнѣе. Беременна была 5 разъ, родила трехъ мальчиковъ и двухъ дѣвочекъ. Послѣдніе роды 15 лѣтъ назадъ и послѣ нихъ крови стали являться съ болью, хотя ритмъ сохранился прежній.

Черезъ полгода послѣ родовъ, во время регулъ, долго сидѣла на холодной каменной лѣстницѣ и въ тотъ же день крови остановились. Явилась сильная боль внизу живота, а затѣмъ на другой день кровотеченіе, продолжавшееся 6 недѣль. Далѣе 3 мѣсяца правильные регулы, а затѣмъ снова кровотеченіе пѣлый мѣсяць и съ тѣхъ поръ чувствуетъ себя больной. Крови являются часто и безъ всякаго ритма, черезъ одну, двѣ и три недѣли.

Года три назадъ, опять, послѣ простуды, явилась сильная боль внизу живота и въ поясницѣ, затрудненное мочеиспусканіе, упорный запоръ. Пролежала съ мѣсяць въ постели. Съ тѣхъ поръ осталась боль въ поясницѣ и животѣ, запоры по 3—4 дня, урчаніе и частое вздутіе въ кишкахъ, невозможность поднимать что либо тяжелое и имѣть супружескія отношенія. Послѣднія каждый разъ вызываютъ сильнѣйшую боль.

*Status praes.* Больная средняго тѣлосложенія, подкожнаго жира немного. Слизистыя оболочки блѣдны. По изслѣдованію органовъ дыханія, кровообращенія и мочевыхъ—ничего не нормальнаго.

При осмотрѣ половыхъ органовъ, найдено: матка лежитъ низко, неподвижна, придавлена нѣсколько впередъ. Понятка приподнять ее кверху и баллотировать вызываетъ сильную боль. Въ заднемъ сводѣ, позади матки, а также въ сторонѣ яичниковъ и широкихъ связокъ и, особенно справа, бугристая, плотная, болѣзненная опухоль. Опухоль неподвижна, сзади сдавливаетъ прямую кишку, чѣмъ и обусловливаются запоры. Матка съ опухолью составляетъ какъ бы одно цѣлое.

Діагнозъ *peri-et-parametritis duplex chronica.*

*Лѣчение* въ тотъ же день начато брюшно-влагалищной отрицательной гальванизаціей. Широкой электродъ на животъ и углевой

<sup>13)</sup> Этотъ случай по порядку долженъ быть 8-мъ, но я помѣщаю его 13-мъ по вторичной записи моей книги для больныхъ.

зондъ во влагалище, кругомъ по своду. Сначала токъ брался отъ 10 до 20 МА, а затѣмъ черезъ 10 сеансовъ силу тока можно было довести до 45 и 50 МА. (при 21 элементѣ). По измѣренію сопротивленіе тѣла равнялось 400 омамъ. Съ каждымъ сеансомъ субъективныя и объективныя явленія улучшались. Большая лѣчилась гальванизацией болѣе года. Первое время (10 сеансовъ) электризовалась аккуратно два раза въ недѣлю, потомъ, по мѣрѣ улучшенія, по одному разу въ недѣлю и въ 2 недѣли разъ. Лѣтомъ въ 92 году три мѣсяца не лѣчилась, по случаю моего отъѣзда. Зимѣ 92 года и весну 93-го электризовалась по разу въ недѣлю. Чувствую себя хорошо, съ конца мая 93 перестала лѣчиться. 19 ноября того-же года явилась ко мнѣ, вслѣдствіе заболѣванія *influenz* іей. Пользуясь случаемъ я изслѣдовалъ половыя органы и нашелъ слѣдующее: положеніе матки нормально, она почти вполне подвижна; ея движеніе нѣсколько задерживаетъ остатки опухоли, въ большой володкѣй орѣхъ, плотноватой консистенціи, сзади и слѣва матки.

Опухоль эта, или скорѣе припухлость, совершенно безболѣзненна. Сзади, справа и слѣва, за указаннымъ исключеніемъ не осталось и слѣда бывшей, плотной бургистой, сплошной, неподвижной опухоли. Супружескія отношенія рѣшилась выполнять съ мѣсяцъ назадъ и они совершенно безболѣзненны. 2 мѣсяца, какъ регулы являюся совершенно правильно, черезъ 3 недѣли, по 7 дней.

Въ виду остающейся припухлости слѣва, я посоветовалъ больной еще походить ко мнѣ по разу въ недѣлю и 10 декабря былъ 4 сеансъ. Упомянутая припухлость разсосалась окончательно. Въ настоящемъ 94 году, въ мартѣ мѣсяцѣ К—нъ лѣчилась у меня отъ сѣдалищной невралгіи, появившейся вслѣдствіе простулы. Я поинтересовался опять изслѣдовать ее и не нашелъ уже никакихъ слѣдовъ прежде бывшаго воспаленія въ тазовой области.

*14-й случай* (№ 7794). М. А—ва, 46 лѣтъ, вдова, кухарка, больна съ мая мѣсяца 1892 года. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 17 сентября 93 г. Первое появленіе кровей съ 18 лѣтъ. До замужества регулы были скудны, послѣ замужества сильнѣе, по 6 дней, черезъ 3½ недѣли. Послѣдніе регулы были въ маѣ 93 г.

Замужъ вышла 18 лѣтъ, беременна была три раза, послѣдняго ребенка родила 15 лѣтъ назадъ. Послѣ этихъ родовъ явились боли, продолжающіяся до настоящаго времени.

Въ началѣ мая, 92 г. послѣ бани долго сидѣла на сквознякѣ и въ тотъ же день заболѣла. Почувствовала сильную боль въ животѣ, затѣмъ появился знобъ и жаръ и сильное кровотеченіе, совершенно безвременное. Кровь отдѣлялась сгустками и продолжалась цѣлыя сутки. Боль въ животѣ была на столько сильна, что больная должна была обратиться къ врачебной помощи.

Назначены были согрѣвающие компрессы, спорынья внутрь и спринцованія изъ опія. Боль сосредоточивалась въ правомъ паху, внизу живота и въ поясницѣ и продолжалась мѣсяца два. Затѣмъ, послѣ ежедневныхъ горячихъ душъ, болѣзненность уменьшилась, но ходитъ и особенно наклоняться можетъ больная только съ

большимъ трудомъ и должна отказаться отъ всякой тяжелой работы. Послѣ ходьбы, боль и тяжесть внизу живота и въ поясницѣ усиливаются и кромѣ того является сильная ломота въ ногахъ. Больная жалуется на плохой аппетитъ, постоянную жажду и запоры.

По наружному осмотру больная крѣпкаго тѣлосложенія съ малымъ количествомъ подкожнаго жира, слизистыя оболочки блѣдноваты. Легкія, сердце, мочевые органы—нормальны.

Ислѣдованіе половыхъ органовъ показало: позади матки въ области правой широкой связки и за нею сплошная, плотная, неровная опухоль. Задній сводъ выпяченъ, боковой правый сглаженъ. Опухоль почти хрящевой консистенціи, совершенно неподвижная, слитая со стѣнками таза. сдавливаетъ прямую кишку и на верхней границѣ этой опухоли отъ правой повздошной ямки прощупываются твердые бугры, изъ которымъ одинъ наибольшій—соотвѣтствуетъ мѣсту праваго яичника, состояніе котораго въ общей массѣ опухоли распознать нельзя. Тоже самое нужно сказать и о правой Фоллопьевой трубѣ. Уровень заматочной опухоли—выше дна матки и представляетъ менѣе бугристую поверхность, чѣмъ справа. Вся опухоль имѣетъ разлитую форму, нѣсколько сплюсненную спереди назадъ. Матка смѣщена влѣво, внизъ, впередъ и совершенно неподвижна. Она слита съ опухолью въ одно цѣлое и, при ислѣдованіи, дно ея прощупывается въ верхнемъ краю опухоли въ видѣ придатка. Только тѣсное и непосредственное соединеніе этого придатка съ ислѣдуемой влагалищной частью матки указываетъ, что это дно ея. Промежутокъ между смѣщенной влѣво маткой и лѣвой боковой стѣнкой таза очень малъ. Въ лѣвомъ паху нельзя прощупать ни яичника, ни трубы. Давленіе на опухоль и матку болѣзненно. Сзади влагалищная часть матки только на половину поперечнаго пальца свободна, далѣе сливается непосредственно съ вышеупомянутой очень плотной и неровной заматочной опухолью.

*Диагнозъ: perimetritis et perisalpingo-perioophoritis dextra chronica.*

Лѣченіе начато брюшновлагалищной гальванизаціей, причѣмъ, въ виду крайней плотности опухоли, сила тока быстро была доведена до 60 МА. Токъ выше этой силы больная не могла выносить.

Такъ какъ шипѣніе воздушныхъ пузырьковъ во влагалищѣ, подъ вліяніемъ дѣйствія углеваго (электрода) катода, ясно слышалось, то, для избѣжанія сильнаго вліянія тока на слизистую оболочку влагалищнаго свода, катодъ удерживался на каждомъ мѣстѣ не болѣе 12—16 секундъ. При каждой перемѣнѣ мѣста, токъ ниводился до 0. При этомъ быстромъ ниспусканіи тока отъ 60 МА. до 0, каждый разъ получалось незначительное сокращеніе въ мускулахъ живота, а слѣдовательно, и во всей мускулатурѣ тазовыхъ органовъ.

Справа, гдѣ наблюдалась въ эксудативной опухоли бугристость и большая плотность, при электризаціи наружный широкій проводникъ—анодъ въ этомъ мѣстѣ прижимался сильнѣе, а катодъ въ каждой точкѣ праваго влагалищнаго свода удерживался до

20 и 25 секундъ. Въ этомъ мѣстѣ и сопротивленіе было больше, а именно, чтобы получить силу тока въ 60 МА., при электризаціи праваго паха, приходилось брать 27 элементовъ, при электризаціи же сзади и спереди матки—только 21 эллем. По измѣренію на реостатъ *Gaiff*'а сопротивленіе опухоли сзади равнялось 170 оммамъ, а въ правомъ сводѣ—200 оммамъ.

Сеансъ всего продолжался около 4 минутъ. Послѣ перваго же сеанса, больная почувствовала уменьшеніе напряженія и давленія въ тазовой области.

Черезъ день (19 сентября) больная заявила, что, послѣ перваго же сеанса, она могла свободно наклоняться и ходить съ большей легкостью.

При изслѣдованіи я нашелъ, что справа, въ томъ мѣстѣ, гдѣ держался дольше катодъ, въ опухоли появились ямочки.

Послѣ 3-го сеанса ясно прощупывалось уплощеніе вышеупомянутыхъ бугровъ и увеличеніе ямокъ въ правомъ и заднемъ сводахъ.

Первые 9 сеансовъ были чаще по 3 раза въ недѣлю, потомъ по 2, а затѣмъ, съ начала ноября, по 1 разу въ недѣлю и даже рѣже. Всего до половины декабря 1893 года, сдѣлано 21 сеансъ, и изслѣдованіе въ то время показало слѣдующее: матка лежитъ почти на срединѣ, немного еще влѣво, влагалищная часть сзади нормальной величины, слѣдовательно, выпячиваніе верхушки свода исчезло. За стѣнкой задняго свода еще прощупывается уплощенная, плотная опухоль, придавливающая прямую кишку, хотя въ значительно меньшей степени, чѣмъ прежде. Верхняя граница заматочной опухоли не представляетъ уже сплошную, бугроватую поверхность, а прощупывается въ видѣ плотныхъ перемычекъ, съ которыми, по видимому, срослена нижняя часть сальника. По крайней мѣрѣ, давленіе снаружи, по направленію къ пуку и выше, даетъ ощущеніе натянутой толстой перемычки. Правый боковой сводъ сталъ замѣтно свободнѣе, вышеупомянутые бугры на верхнемъ уровнѣ опухоли исчезли, за исключеніемъ одного, въ которомъ затканъ правый яичникъ. Эта паховая опухоль, величиной въ гусиное яйцо, еще тѣсно соединена съ правой боковой поверхностью крестца, но уже свободно отдѣляется отъ правой боковой стѣнки таза, такъ что снаружи, между опухолью и тазовой стѣнкой, можно вдавить концы пальцевъ и нѣсколько двигать опухоль сверху внизъ. Для свободнаго движенія препятствіе существуетъ только со стороны крестца. Отъ дна матки правую Фаллопиеву трубу можно хорошо прощупать до опухоли, а далѣе она сливается съ послѣдней.

Въ лѣвомъ сводѣ уже хорошо прощупываются неизмѣненные яичникъ и труба. Конфигурація матки ясно обозначается и всю матку можно немного приподнимать, наклонять впередъ и назадъ. Болѣзненности почти нѣтъ ни въ маткѣ, ни въ опухоли.

Субъективное ощущеніе боли и тяжести внизу живота и въ поясицѣ настолько ослабли, что больная опять принялась за обычныя занятія кухарки. Она можетъ теперь свободно и быстро ходить, наклоняться, поднимать тяжести, мыть полы.

Постоянная жажда исчезла уже послѣ 3-хъ сеансовъ, аппетитъ теперь хорошъ, запоры очень рѣдки, бѣли окончательно исчезли.

Въ виду такого блестящаго результата, полученнаго черезъ 21 сеансъ, я надѣюсь, что при дальнѣйшей гальванизациі периметрическая и періофорическая опухоль разсосется вполне. И дѣйствительно, мое предположеніе, высказанное въ половинѣ декабря прошлаго года, начало оправдываться.

По случаю моего отъѣзда въ Петербургъ на V Широковскій съѣздъ, лѣченіе было приостановлено на цѣлый мѣсяць. За это время никакого ухудшенія въ состояніи больной не было замѣчено.

Съ 17 января больная снова начала лѣченіе гальванизацией, по одному разу въ недѣлю. Теперь, послѣ 34-го сеанса, считая отъ начала лѣченія, положеніе матки нормально; она баллотируется свободно, задержка небольшая справа. За матку снаружи можно завести пальцы почти до встрѣчи съ пальцемъ, введеннымъ въ задній сводъ.

Опухоль въ области праваго яичника сдѣлалась болѣе плоской и меньше въ поперечномъ діаметрѣ, хотя сохраняетъ еще бугристый характеръ и плотно прилегаетъ сзади, сбоку крестцовой кости. Различныя манипуляціи при изслѣдованіи не вызываютъ никакой боли.

По словамъ больной, она теперь свободно выполняетъ свои обязанности, не ощущая никогда никакой боли.

Изъ этихъ 14 случаевъ тазовыхъ экссудатовъ, какъ видно изъ приведенныхъ исторій болѣзней, въ восьми послѣ гальваническаго лѣченія получено полное исчезновеніе экссудатовъ, въ двухъ почти полное излѣченіе, въ двухъ неполное, по случаю недоконченнаго лѣченія, и только въ одномъ вмѣсто улучшенія, было обострѣніе, зависѣвшее отъ неосторожнаго примѣненія довольно сильнаго тока.

Въ одномъ лѣченіе еще не окончено, но, судя по ходу лѣченія, и этотъ случай окончится полнымъ выздоровленіемъ.

Большинство наблюдаемыхъ мною пери- пара-метритовъ имѣло хроническую форму, гдѣ примѣнялись всѣ другія средства, кромѣ электричества, безрезультатно.

Методъ лѣченія, которому я слѣдовалъ, значительно отличается отъ метода *Apostoli*, какъ въ силѣ, такъ и въ приложеніи активнаго электрода, а между тѣмъ онъ далъ мнѣ замѣчательно благопріятные результаты. Я долженъ былъ отступить отъ рекомендованнаго метода *Apostoli* въ силу необходимости. Больныя, которыхъ я наблюдалъ, лѣчились всѣ амбулаторно. Примѣнять токъ большой силы, послѣ дѣйствія котораго больныя, какъ я лично видѣлъ у *Apostoli*, оставались

лежать у него по нѣсколько часовъ въ особой для этого комнатѣ, въ нашихъ амбулаторіяхъ нельзя, потому что никакихъ приспособленій для отдыха не имѣется.

Кромѣ того, крайне не удобно подвергать приходящихъ больныхъ такому лѣченію, послѣ котораго онѣ должны лежать въ постели нѣсколько часовъ и даже дней, и тѣмъ самымъ лишать ихъ возможности продолжать свои домашнія работы.

Изъ приведенныхъ исторій болѣзней видно, что даже и нѣтъ большой необходимости въ примѣненіи сильныхъ токовъ. Слабой и средней силы токи дѣйствуютъ такъ-же хорошо, какъ и сильные, имѣя еще то преимущество, что неизмѣняютъ образа жизни больныхъ, хотя и требуютъ болѣе продолжительнаго времени для лѣченія.

Первый случай *perimetrit'a* я началъ было лѣчить по методу *Apostoli*, посредствомъ отрицательнаго зонда—электрода въ полость матки, но этотъ способъ беретъ много времени на предварительную и послѣдующую дезинфекцію оперативнаго поля и производитъ довольно рѣзкія измѣненія слизистой оболочки матки, послѣ которыхъ являются обильныя сукровичныя выдѣленія. Одновременное лѣченіе стенозовъ полости матки, посредствомъ отрицательной гальвано-химико-каустики, съ силою тока свыше 40 МА., не смотря на антисептику, дало мнѣ въ двухъ случаяхъ развитіе воспалительныхъ явленій съ образованіемъ параметрическихъ экссудатовъ и тѣмъ самымъ заставило меня избѣгать внутриматочной гальванизации при *экссудатахъ*. Тѣмъ болѣе, что, особенно въ параметритахъ, въ маткѣ рѣдко наблюдаются рѣзкія воспалительныя измѣненія, слѣдсвательно, нѣтъ и необходимости подвергать ее напрасному раздраженію. На слизистой же оболочкѣ матки, послѣ дѣйствія тока вышеупомянутой силы, является извѣстной толщины струпъ, рыхлой желеобразной консистенціи, окрашенный въ рѣзко вишневый цвѣтъ. Такое измѣненіе зависитъ отъ вліянія развивающихся ѣдкихъ щелочей у отрицательнаго полюса.

Щелочная же среда даетъ возможность развиваться патогеннымъ микробамъ, которыхъ, по *Винтеру*, не мало, особенно въ полости шейки матки, и тѣмъ самымъ вызывать инфекцію съ образованіемъ воспалительныхъ явленій и нагноеній.

Послѣдующіе случаи тазовыхъ экссудатовъ я лѣчилъ уже брюшно-влагалищной гальванизаціей. Какъ видно изъ описанія каждаго случая въ отдѣльности, для влагалищнаго электрода употреблялись мною углеродныя короткіе зонды *Apostoli*.

Причина, почему я, именно, остановился на этихъ электродахъ, будетъ ясна изъ слѣдующихъ соображеній.

*Nagel* <sup>14)</sup> своими опытами на трехъ кроликахъ показалъ, какія наступаютъ измѣненія слизистой оболочки, подъ вліяніемъ металлическаго электрода, при электризаціи постояннымъ токомъ. Онъ вводилъ кроликамъ маточный зондъ—электродъ насколько возможно глубже въ верхній отрѣзокъ влагалища и постепенно усиливалъ токъ до 50—60 МА., продолжая каждый сеансъ до 10 мин. По вскрытіи животнаго онъ находилъ сильную гиперемію влагалища и окружающей тазовой клѣтчатки. Всего сильнѣе гиперемія наблюдалась въ брюшинѣ, покрывающей влагалище и въ ближайшей окружности того мѣста, гдѣ дѣйствовалъ зондъ. По внутренней поверхности влагалища мѣстами были настоящія геморрагіи. Подъ микроскопомъ было найдено, что эпителий былъ собранъ въ глыбы съ запекшимися отдѣленіями, въ которыхъ совершенно нельзя было узнать эпителиальныхъ клѣтокъ.

При силѣ тока свыше 50 МА., по наблюденіямъ *Nagel*'я, у людей это вредное побочное дѣйствіе тока наступаетъ даже въ томъ случаѣ, если шарикъ электрода обложенъ толстымъ слоемъ ваты.

По удаленіи электродовъ, послѣ сеанса *Nagel* нѣсколько разъ изслѣдовалъ влагалище зеркаломъ и находилъ, что поверхность влагалища, въ мѣстѣ нахожденія шарика, получала сухой бѣлоснѣжный видъ. Если въ этомъ мѣстѣ раньше была язвинка или слизистая оболочка нечаянно соприкасалась съ непокрытымъ отрѣзкомъ металлическаго электрода отъ смѣщенной ваты, тогда въ этомъ мѣстѣ появлялись черныя грануляціи. Подобныя измѣненія наблюдались почти одинаковыя, какъ при дѣйствіи анода, такъ и катода.

При изслѣдованіи больной, черезъ 2—4 дня, *Nagel* находилъ, что вышеописанное бѣловатое мѣсто принимаетъ грязно-

<sup>14)</sup> Archiv für Gynäkol., Bd. 38.

сѣрый цвѣтъ, другими словами, получается некрозъ, настоящій струпь отъ прижиганія, который около этого времени начинаетъ отпадать. Позднѣе, по отдѣленіи омертвѣлой слизистой оболочки, остается изъязвленіе, которое вполнѣ излѣчивается, приблизительно, въ теченіе двухъ недѣль.

Чтобы избѣжать подобнаго прижигающаго дѣйствія, я и употребляю углевой электродъ, черезъ который, въ силу большаго его специфическаго сопротивленія, въ сравненіи съ металломъ, токъ дѣйствуетъ не такъ энергично. Кромѣ того, по совѣту *Engelmann'a*, я довольно быстро перемѣщаю электродъ съ одного мѣста на другое, всякій разъ вполнѣ прерывая токъ. Чтобы при этомъ не вызвать сильнаго сотрясенія въ организмѣ, я производжу перерывъ тока не внезапнымъ размыканіемъ дѣпи въ ручкѣ электрода, а, напротивъ, постепеннымъ низведеніемъ силы тока до 0, посредствомъ избирателя тока (*Stromwähler*).

Для влагалищнаго электрода *Энгельманъ и Навель* совѣтуютъ употреблять шарикъ обложенный ватой, и я примѣнялъ этотъ методъ на нѣкоторыхъ больныхъ, которыхъ не помѣщены мною въ число описанныхъ потому только, что лѣченіе ихъ по тѣмъ или другимъ обстоятельствамъ не окончено. Оказалось, что при такомъ методѣ для полученія извѣстнаго, указаннаго ниже результата, необходимо продолжать сеансъ отъ 10 до 15 минутъ.

Чтобы не затягивать такъ долго сеансъ и въ то же время быстро вызвать полярное дѣйствіе, которое, по *Engelmann'у*, составляетъ необходимое условіе для всасыванія эксудатовъ, я и предпочитаю углевой электродъ. Послѣдній при непосредственномъ соприкосновеніи со слизистой оболочкой дѣйствуютъ полярно слабѣе металлическаго электрода, но значительно сильнѣе чѣмъ электродъ обложенный ватой. Полярное дѣйствіе углевого электрода уже при 12 и выше МА. довольно энергично, поэтому я держу его на каждомъ мѣстѣ только до половины минуты, а при сильныхъ токахъ всего отъ 15 до 25 секундъ. Благодаря этой предосторожности, даже при 60 МА. изслѣдованіе зеркаломъ не указываетъ никакого рѣзкаго измѣненія слизистой оболочки въ мѣстахъ соприкосновенія съ электродомъ. При этомъ въ полости влагалища наблюдается только присутствіе незначительнаго количества бѣловатой пѣнистой

жидкости. Между тѣмъ, какъ видно изъ описанія каждаго отдѣльнаго случая, вліяніе тока совершенно ясное.

Тотчасъ же, послѣ сеанса, напряженіе въ опухоляхъ уменьшается, болѣзненность также, и часто до полного исчезновенія на нѣсколько часовъ. При этомъ общее самочувствіе замѣчательно быстро улучшается.

Такіе результаты чрезвычайно благопріятно дѣйствуютъ на больную, вызывая въ ней увѣренность, что отъ электричества она дѣйствительно получитъ исцѣленіе. Такъ какъ послѣ быстрого облегченія, черезъ нѣсколько часовъ снова наступаетъ на нѣкоторое время ухудшеніе, это надобно имѣть въ виду и всякій разъ предупреждать объ этомъ больныхъ: иначе увѣренность ихъ пропадаетъ и больныя прекращаютъ лѣченіе не дождавшись яснаго результата.

Въ хроническихъ случаяхъ, не смотря даже на довольно сильную болѣзненность, наблюдаемую особенно въ периметрическихъ эксудатахъ, я постоянно примѣняю, вмѣсто рекомендуемаго *Apostoli* и другими, положительнаго, отрицательный полюсъ, потому что дѣйствіе его несравненно сильнѣе. Чтобы уменьшить раздражающее вліяніе этого полюса, слѣдуетъ только самый сеансъ еще болѣе укорачивать, а это на практикѣ представляетъ даже удобство, особенно когда амбулаторныхъ больныхъ бываетъ много.

Главное же преимущество употребленія активнаго отрицательнаго полюса, заключается въ свойствѣ производить рассасывающее дѣйствіе.

По *Kleinwächter*'у <sup>15)</sup> полярное дѣйствіе того и другаго полюса постояннаго тока бываетъ химическое, физиологическое и термическое, послѣднее впрочемъ, не имѣетъ особеннаго значенія. Химическое дѣйствіе тока заключается въ томъ, что ткани и находящіяся въ нихъ жидкости (кровяная сыворотка) разлагаются на составныя части; у полюсовъ собираются такъ называемыя іоны: на анодѣ О и кислоты на катодѣ Н и щелочи. Ёдкое, разжижающее и расплывающееся дѣйствіе послѣднихъ сильнѣе, чѣмъ кислотъ и вызываетъ при этомъ сильную гиперемію. Послѣднее (физ. дѣйствіе тока)

<sup>15)</sup> Die Grund. der Gynäko-elect.

доказано экспериментами *Shaw*'а на ножныхъ абсцессахъ, *Apostoli* при скарлерикации рыльца матки и опытами *Nagel*'я какъ мы видѣли выше, на кроликахъ. По *Конейму* же для всасыванія воспалительныхъ продуктовъ необходимо возбужденіе кровянаго тока. Съ этой цѣлью давно уже введено въ практику употребленіе средствъ, вызывающихъ измѣненіе кровообращенія и резорбцію, какъ на примѣръ, согрѣвающие компрессы и горячія души.

Отрицательный же полюсъ постояннаго тока долженъ обладать разсасывающимъ свойствомъ въ высшей степени, такъ какъ онъ, по *Engelmann*'у сильно разрушая и нарушая питаніе ткани, а по *Apostoli*, и разжижая ее, дѣлаетъ ее болѣе удобной къ разсасыванію.

Положительный же полюсъ, напротивъ, сокращая сосуды и уничтожая гиперемію, всасывающаго дѣйствія не имѣетъ.

Обращая вниманіе главнымъ образомъ на полярное дѣйствіе тока, *Apostoli*, какъ мы выше упоминали, и рекомендуетъ употребленіе сильныхъ токовъ до 100 и выше МА. при тазовыхъ эксудатахъ, при чемъ въ хроническихъ, застарѣлыхъ случаяхъ совѣтуетъ даже прямо прибѣгать къ электропунктурѣ. Черезъ это происходитъ дѣйствительное разрушеніе ткани—гангрена и послѣдующее затѣмъ уменьшеніе опухоли.

Въ употребляемомъ же мною способѣ гальванизации полярное дѣйствіе, химико-каустическое, по *Apostoli*, почти отсутствуетъ; электролитическій процессъ на слизистой оболочкѣ выражается только появленіемъ незначительнаго количества пѣны водорода, но никакихъ слѣдовъ прижиганія или разрушенія ткани. Такъ что благотворное вліяніе тока, въ смыслѣ уменьшенія и разсасыванія опухоли, можно было объяснить именно вліяніемъ на сосуды и, быть можетъ, катодическимъ дѣйствіемъ, т. е. свойствомъ тока переносить молекулы отъ положительнаго къ отрицательному полюсу. Подъ вліяніемъ этого и происходитъ измѣненіе питанія и содержанія жидкости въ тканяхъ. Что при умѣренной силѣ тока и при короткомъ его вліяніи, а также и при быстромъ его низведеніи отъ высшей точки къ 0, соотвѣтствующемъ размыканію тока, главнымъ образомъ выражается вазомоторное вліяніе тока, доказывається тѣми явленіями, которыя приходится наблюдать

тотчасъ послѣ сеанса. А именно: напряженіе въ опухоли и самая опухоль уменьшаются, болѣзненность, чувство тяжести, давленія въ тазу, сопутствующія явленія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки ослабѣваютъ или даже на время совсѣмъ исчезаютъ и общее самочувствіе улучшается.

Появившееся за послѣднее время экспериментальное изслѣдованіе *Поляжковскаго*, къ вопросу о вліяніи гальваническаго постояннаго тока на кровяныя сосуды <sup>16)</sup> подтверждаетъ мое предположеніе, что при употребляемомъ способѣ гальванизациі, безъ химико-каутеризациі, эффектъ главнымъ образомъ объясняется вліяніемъ тока на сосудистую систему.

*Поляжковскій* доказываетъ, что при гальванизациі слабымъ токомъ (до 2—3 МА.) шейной и поясничной части симпатическаго нерва, содержащаго, какъ показали изслѣдованія *Остроумова*, сосудо-двигательныя волокны; подъ вліяніемъ того или другаго полюса, на анодѣ, вслѣдствіе аналектротона или пониженія возбудимости нервовъ, получается расширеніе сосудовъ, а на катодѣ, отъ повышенія возбудимости или каталектротона—сѣуженіе. Тоже самое и при непосредственномъ мѣстномъ раздраженіи сосудовъ или окончаній сосудо-двигательныхъ нервовъ, (напр., въ языкѣ лягушки). То и другое доказывалось какъ повышеніемъ и пониженіемъ температуры, такъ и непосредственнымъ наблюденіемъ подъ микроскопомъ. Въ послѣднемъ случаѣ вслѣдъ за замыканіемъ тока, при дѣйствіи катода кровообращеніе явственно ускоряется, кровяныя тѣльца на столько быстро пробѣгаютъ, что за ними трудно слѣдить; минуты черезъ 2—3 капилляры становятся уже и затѣмъ исчезаютъ, замѣняясь свѣтлыми полосками въ видѣ снуровъ. Мелкія артеріи также сѣуживаются, но это сѣуженіе не распространяется на весь сосудъ, немного далѣе на протяженіи сосуда, вслѣдъ за сѣуженнымъ мѣстомъ идетъ веретенообразное расширеніе отъ скопленія кровяныхъ тѣлецъ. Сосудъ какъ бы стремится съ усиленіемъ прогнать далѣе застрявшія тѣльца, сильно сокращается и дѣйствительно быстро прогоняетъ кровяные шарики въ различныхъ направленіяхъ. Но тѣльца длиннаго пути не совершаютъ, встрѣчая препятствіе въ другомъ мѣстѣ, вслѣдствіе также остановившихся

<sup>16)</sup> Versuche über die Hemmungsnerven der Hautgefösse Pflüger's Archiv, XII.

кровеныхъ тѣлецъ, гдѣ и образуется снова расширение сосуда. Послѣ того кровообращеніе замедляется, вены переполняются кровяными шариками, столбъ крови передвигается очень медленно, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже совсѣмъ останавливается. Послѣ 5 минутъ дѣйствія тока, въ ближайшей окружности полюса на мѣстѣ капилляровъ видны только безцвѣтные шнуры. Болѣе крупные сосуды представляютъ упомянутые перехваты (сѣуженія) и расширения съ прекращеніемъ въ нихъ кровообращенія, которое, впрочемъ, далѣе къ периферіи, не смотря на измѣненную форму сосудовъ, продолжается. На самой периферіи языка калибръ сосудовъ равномерный.

При дѣйствіи анодомъ, послѣ замыканія цѣпи въ мелкихъ венахъ (въблизи полюса) кровообращеніе прекращается, сосѣдніе капилляры и сосуды равномерно расширяются и сильно наполняются кровью, кровообращеніе въ нихъ замедляется и постепенно останавливается. Въ ближайшемъ районѣ сосуды также равномерно расширены чѣмъ далѣе отъ мѣста приложенія полюса. тѣмъ сильнѣе потокъ крови, не смотря на расширенное русло. Даже въ капиллярахъ, рѣзко контурированныхъ, кровяныя тѣльца пробѣгаютъ съ такой быстротой, что едва могутъ быть фиксированы глазомъ. Такія измѣненія въ сосудахъ языка живой лягушки можно наблюдать даже на второй и третій день послѣ опыта.

Въ смыслѣ стаза—разница рѣзкая подѣ обоими полюсами. Послѣ дѣйствія катода на сравнительно обширномъ полѣ видны безцвѣтные шнуры капилляровъ, тромбозированные сосуды, контуры которыхъ то расширены веретенообразно, то необычайно тонки и только къ периферіи, гдѣ также мѣстами попадаетъ подобное измѣненіе контура сосудовъ, кровообращеніе не прекращается.

Послѣ же дѣйствія анода наблюдаются только очень немногіе капилляры, гдѣ нѣтъ кровообращенія, въ нѣкоторыхъ оно замедлено, въ другихъ же, какъ и въ крупныхъ сосудахъ усилено, не смотря на расширенное русло.

Я нарочно, почти цѣликомъ выписалъ все это изъ работы *Попялковскаго*, потому что микроскопическія картины, представленныя имъ, чрезвычайно характерны для вліянія того или другого полюса.

При гальванизациі же сильными токами, отъ 10 и свыше МА., оба полюса уже вызываютъ быстрое суженіе и опустѣніе сосудовъ и прекращеніе въ нихъ кровообращенія. При дѣйствіи катода и въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ мѣста его нахождения сосуды наоборотъ переполняются ссучивающимися и совершенно закупоривающимися просвѣтъ ихъ кровяными тѣльцами.

Подъ вліяніемъ анода является тотъ же эффектъ (суженіе сосудовъ и остановка кровообращенія), но только черезъ болѣе продолжительное время (черезъ  $2\frac{1}{2}$ —3 мин., а подъ катодомъ черезъ  $1\frac{1}{2}$ —2 мин.).

*Поялковскій*, согласно наблюденію *Голубева*<sup>17)</sup> и *Onimus'a*<sup>18)</sup> и своихъ опытовъ, объясняетъ суженіе сосудовъ и остановку въ нихъ кровообращенія при сильныхъ токахъ уже вліяніемъ на сосуды развивающихся кислотъ на анодѣ и щелочей на катодѣ.

Благодаря именно описанному здѣсь измѣненію сосудовъ и кровообращенію въ нихъ подъ вліяніемъ извѣстнаго полюса, и можно объяснить тѣ результаты, которые получаются при употребляемомъ мною методѣ лѣченія эксудатовъ.

Такъ какъ я преимущественно примѣняю дѣйствующимъ полюсомъ катодъ, то, слѣдовательно, получаю суженіе капилляровъ и мелкихъ артерій съ замедленіемъ и быть можетъ, съ остановкой въ нихъ кровообращенія; причеиъ дальше отъ полюса, т. е. въ глубинѣ опухоли, кровообращеніе, хотя и въ суженныхъ сосудахъ, продолжается.

Хотя я на каждомъ мѣстѣ влагалища держу электродъ не болѣе 15—25 секундъ и до  $\frac{1}{2}$  минуты, т. е. сравнительно очень ничтожное время, но за то сила тока, употребляемая мною во время сеанса, значительно выше (отъ 10 до 60 МА.) чѣмъ у *Поялковского*.

При такой силѣ тока, не смотря на непродолжительность сеанса, является уже электролитическій процессъ. Это доказываетъ ясно слышнымъ во время гальванизациі лопаніемъ пузырьковъ и образованіемъ пѣны, а слѣдовательно и образованіемъ щелочи.

<sup>17)</sup> О развитіи сосудовъ, 1868.

<sup>18)</sup> Journal d'anat., 1874, p. 456—663.

Въ щелочной реакціи пѣны я убѣждался не разъ съ помощью лакмусовой бумажки.

Такъ какъ въ общемъ сеансъ продолжается отъ 3—5 минутъ, то вліяніе щелочи на сокращеніе сосудовъ должно быть значительно.

На основаніи сказанныхъ измѣненій сосудовъ подъ вліяніемъ тока, я представляю себѣ процессъ полученныхъ результатовъ гальванизации слѣдующимъ образомъ: подъ вліяніемъ каталектротона возбудимость сосудодвигательныхъ нервовъ увеличивается, импульсы со стороны сосудодвигательныхъ центровъ усиливаютъ тонусъ расширенныхъ при воспаленіи сосудовъ, кровообращеніе ускоряется и воспалительный застой крови начинается исчезать.

Къ дѣйствию каталектротона скоро присоединяется раздраженіе нервовъ, образующеюся у катода щелочью; сосуды воспалительной опухоли сильно сокращаются и обильный притокъ крови къ воспаленной части быстро прекращается, оттокъ же, вслѣдствіе продолжающагося кровообращенія въ глубже лежащихъ отъ полюса сокращенныхъ сосудахъ, даже усиливается.

Вслѣдствіе этого лимфатическія пространства становятся свободнѣе, теченіе лимфы ускоряется, а черезъ это воспалительная инфильтрація лимфатическихъ щелей и сосудовъ исчезаетъ. Вся опухоль уменьшается въ объемѣ, давленіе на чувствительные нервы прекращается и боль значительно ослабѣваетъ или даже на время исчезаетъ. Понятно, съ прекращеніемъ боли и общее самочувствіе улучшается.

Такъ какъ вліяніе тока продолжается на нѣсколько часовъ или даже цѣлыя сутки, на каковое время отсутствуетъ и боль, то существующее въ это время нормальное вліяніе со стороны сосудодвигательныхъ центровъ на сосуды усиливаетъ въ нихъ тонусъ на столько, что снова являющійся, по прекращеніи вліянія тока, приливъ крови и опуханіе воспаленной части уже не такъ велики и болѣзненность сравнительно меньше.

Кромѣ того, продолжительное отсутствіе обильнаго притока питательнаго матеріала должно вызывать въ опухоли регрессивный метаморфозъ и послѣ каждаго сеанса постепенное рассасываніе воспалительныхъ продуктовъ до полного ихъ исчезновенія.

При токахъ значительной интензивности (40—60 МА.), не смотря на короткость сеанса, нельзя отрицать и интерполярнаго, катофорическаго и каталитическаго дѣйствія. Подъ вліяніемъ перваго происходитъ передвиженіе жидкости отъ положительнаго полюса къ отрицательному, а подъ вліяніемъ втораго — межполюсное расщепленіе сложныхъ тѣлъ на ихъ составные элементы, изъ которыхъ одни направляются къ положительному, а другіе къ отрицательному полюсу. Эти процессы въ межполюсномъ пространствѣ должны разжижать болѣе плотные эксудаты и, видоизмѣняя ихъ структуру, способствовать рассасыванію. Интерполярному дѣйствию придаютъ большое значеніе особенно *Engelmann* <sup>19)</sup>, *Apostoli* <sup>20)</sup>, *Franklin H. Martin* <sup>21)</sup>, *Rohe* <sup>22)</sup>, *Whitte* <sup>23)</sup>, *Steavenson* <sup>24)</sup>, *Willis Ford* <sup>25)</sup>, но всѣ они указываютъ на это дѣйствіе при значительной силѣ тока и большей его продолжительности.

При моемъ же методѣ гальванизациі, при которомъ полярное дѣйствіе тока проявляется въ начальныхъ стадіяхъ, собственно каталитическій процессъ долженъ быть незначительный и получаемый эффектъ скорѣе можно объяснить вліяніемъ тока на сосудистую систему.

*Miln* <sup>26)</sup>, *Murray* <sup>27)</sup>, *Klein* <sup>28)</sup> и *Bäcker* <sup>29)</sup> благопріятное дѣйствіе тока на опухоли также приписываютъ вліянію его на кровеносные сосуды. Именно, по *Miln*, *Murray* и *Bäcker*'у сосуды, питающіе опухоль, подъ вліяніемъ тока перестаютъ функционировать; вслѣдствіе чего опухоль получаетъ менѣе питательнаго матеріала и потому уменьшается въ объемѣ. При этомъ *Klein* высказываетъ гипотезу, что при гальванизациі на сосуды имѣютъ вліяніе первѣе всего химическія измѣненія. Гипотеза эта, какъ мы видѣли, блистательно и доказана докторомъ *Поляжовскимъ* при вліяніи сильныхъ токовъ на сосуды.

Благодаря этимъ изслѣдованіямъ, и избранный мною опытнымъ путемъ методъ гальванизациі тазовыхъ эксудатовъ получаетъ научную почву. Этотъ методъ я могу рекомендовать моимъ сотоварищамъ, потому что онъ имѣетъ не малыя пре-

<sup>19)</sup> *Kleinwächter*. Die Grundl. der Gynäko-elektrot.

<sup>20)</sup>, <sup>21)</sup> Тамъ-же.

<sup>22)</sup>, <sup>23)</sup>, <sup>24)</sup>, <sup>25)</sup>, <sup>26)</sup>, <sup>27)</sup>, <sup>28)</sup>, <sup>29)</sup>. Тамъ же (*Kleinwächter*).

имущества. Во первыхъ, онъ не дѣйствуетъ разрушающимъ образомъ на ткани, почти безболѣзненъ и потому не требуетъ анестезіи; во вторыхъ не заставляетъ больныхъ прекращать свои домашнія работы; въ третьихъ, можетъ быть примѣняемъ въ амбулаторіи; въ четвертыхъ, быстро уменьшаетъ болѣзненность и опуханіе въ воспалительныхъ опухоляхъ и улучшаетъ общее самочувствіе; въ пятыхъ, не требуетъ такой тщательной дезинфекціи половыхъ органовъ, какъ это необходимо при сильныхъ разрушающихъ тканъ токахъ; въ шестыхъ, не требуетъ большой продолжительности сеанса, что чрезвычайно важно для практическаго врача; въ седьмыхъ, не вызывая сильныхъ реактивныхъ явленій, позволяетъ чаще производить электризацію (отъ 2 — 3 разъ въ недѣлю) и въ восьмыхъ, дѣйствуетъ также хорошо, какъ и сильные, продолжительные токи, вызывая полное исчезновеніе экссудатовъ, хотя и болѣе медленнымъ путемъ, но безъ всякихъ побочных вредныхъ явленій, если только осторожно производить гальванизацию, сообразуясь съ индивидуальностью каждой больной.

---