

VI.

Гинекологическая клиника въ Бреславлѣ.

(ЗАМѢТКИ И ВПЕЧАТЛѢНІЯ) ¹⁾.

В. Н. Гороцкаго.

М.м. Г.г. Въ настоящемъ 1896 году я провелъ около 4 мѣ-
сяцевъ лѣтняго учебнаго семестра въ Бреславлѣ. Составъ
профессоровъ Бреславльскаго медицинскаго факультета, во
главѣ которыхъ стоятъ такія лица, какъ *Флюге*, *Понфикъ*,
Гейденгейнъ, *Конъ*, *Микулъицъ*, *Кюстнеръ*, *Нейссеръ*, я полагаю,
вполнѣ оправдываетъ сдѣланный выборъ. Большую часть
времени я посвящалъ клиникѣ *Микулъица* и главнымъ обра-
зомъ занятіямъ бактеріологіей въ гигиеническомъ институтѣ
проф. *Флюге*, чѣмъ я обязанъ любезному содѣйствію много-
уважаемаго проф. *Высоковича*. Во время занятій въ Бреславлѣ,
я, какъ специалистъ, конечно, особенно интересовался клиникой
проф. *Кюстнера* и, хотя не отдавалъ ей много времени, но все таки
успѣлъ познакомиться болѣе или менѣе подробно съ ея дѣя-
тельностью. Я надѣюсь, что моя попытка изложить наблюденія
и впечатлѣнія, которыя я вынесъ изъ клиники проф. *Кюстнера*,
быть можетъ представить нѣкоторый интересъ. Я, конечно,
далекъ отъ мысли дать полный отчетъ дѣятельности клиники
проф. *Кюстнера*, а постараюсь лишь передать, что видѣлъ
и слышалъ на лекціяхъ и при операціяхъ и что вынесъ изъ
собственныхъ наблюденій.

Мой рассказъ будетъ носить отрывочный характеръ, такъ
какъ я буду касаться лишь тѣхъ сторонъ дѣятельности кли-

¹⁾ См. Проток. № 84.

ники, которыя особенно характеризуютъ фізіономію учрежденія. Недостатокъ статистическихъ данныхъ обусловливается тѣмъ, что я не могъ получить официальныхъ отчетовъ Бреславльской клиники за послѣдніе годы, такъ какъ таковыхъ вовсе не имѣется.

Акушерско-Гинекологическая клиника въ Бреславлѣ одна изъ лучшихъ въ Германіи по своей обстановкѣ и громаднѣмъ размѣрамъ. Зданіе клиники вмѣстѣ съ зданіями другихъ клиникъ и патолого-анатомическимъ институтомъ расположены внѣ города въ прекрасномъ паркѣ, который прежде назывался Maxgarten; отсюда и названіе Max-Kliniken. Соединеніе поддерживается коннымъ трамваемъ, который открываетъ движеніе въ 6½ часовъ утра. Громадное въ два съ половиной этажа зданіе акушерской клиники построено въ красивомъ готическомъ стилѣ, окрашено въ коричневую краску и разукрашено узоромъ блестящихъ изразцовъ. Зданіе имѣетъ форму буквы Н, причемъ средняя часть перекладины имѣетъ 3 этажа, чтобы дать два свѣта аудиторіи.

Въ средней части зданія помѣщаются лишь служебныя и научныя учрежденія клиники, какъ то: двѣ аудиторіи, бібліотека, лабораторія, амбулаторія, квартиры для 6 ординаторовъ, изъ которыхъ, впрочемъ, пять платятъ за помѣщеніе, квартиры фельдшерицъ, кабинетъ проф. *Кюстнера*.

Въ глаголяхъ размѣщены палаты для больныхъ и чистая операціонная для чревосѣченій и большихъ гинекологическихъ операцій.

При входѣ въ клинику низкій и довольно узкій темный срединный корридоръ производитъ нѣсколько мрачное впечатлѣніе, но въ глаголяхъ корридоръ становится одностороннимъ свѣтлымъ. Полы, за исключеніемъ палатъ и жилыхъ комнатъ, тонетовые. Всѣ двери въ клиникѣ снабжены механическими затворами.

Помѣщеніе клиники рассчитано на 120 коекъ, но обыкновенно и особенно въ зимній семестръ количество коекъ доводится до 150. Палаты устроены на 16—20 больныхъ. Есть кромѣ того нѣсколько небольшихъ номеровъ для одиночныхъ больныхъ. Общія палаты очень обширныя комнаты съ хорошей вентиляціей. Отопленіе центральное водяное. Обстановка очень

простая—дешевыя желѣзныя кровати, небольшіе деревянные столики подлѣ постелей и большой обѣденный столъ по срединѣ. Дѣтскія кровати даже очень неуклюжи, но удобны. Въ сравненіи съ нашей клиникой бросается въ глаза обиліе желтаго и коричневаго цвѣта дверей и мебели въ ущербъ бѣлому. Больничное бѣлье сдѣлано изъ довольно грубаго холста, платья изъ розовой полосчатой бумази. Больныя имѣютъ очень чистый приличный видъ. Бросается въ глаза недостатокъ низшаго персонала, вслѣдствіе чего затрудняется подача услугъ больнымъ, и, что особенно неудобно,—даже оперированнымъ. Палаты освѣщаются Ауэровскими газовыми горѣлками. Вездѣ устроены гидравлическіе подъемы.

Койки распредѣляются по 60 на акушерское и на гинекологическое отдѣленія, причемъ однако, въ зависимости отъ условій и та и другая цифра повышается. Всѣ койки считаются платными, хотя директору клиники предоставлено право освобождать извѣстныхъ больныхъ отъ платы. Это особенно относится къ акушерскому отдѣленію, гдѣ всѣ 60 коекъ могутъ быть обращены въ бесплатныя. Кромѣ штатныхъ коекъ есть сверхштатныя платныя I и II классовъ, съ платой 4 м. 50 пф. и 6 м. 50 пф. въ сутки.

Движеніе больныхъ опредѣляется цифрой 1500; изъ нихъ 800 акушерскихъ и 700 гинекологическихъ больныхъ. Число оваріотомій доходитъ до 200 и больше въ годъ. Годичный бюджетъ клиники—около 90000 марокъ. Плата съ больныхъ вся поступаетъ въ казну. Продовольствіе больныхъ производится по порціонной системѣ.

Врачебный персоналъ клиники состоитъ изъ директора клиники проф. *Кюстнера* и семи ассистентовъ, изъ которыхъ старшій, бывшій студентъ Дерптскаго Университета д-ръ *Кейльманъ*, очень опытный и образованный врачъ. Вообще, многіе изъ ассистентовъ въ Бреславльскихъ клиникахъ студенты Юрьевского Университета и даже русскіе подданные. Кромѣ указанныхъ лицъ при клиникѣ состоятъ три акушерки—2 для акушерскаго отдѣленія и одна для гинекологическаго.

Амбулаторія Бреславльской клиники принимаетъ въ годъ до 2000 больныхъ. Пріемъ производится старшимъ ассистентомъ всегда безъ студентовъ, съ одной лишь фельдшерницей.

Старшій ассистентъ уполномоченъ принимать больныхъ въ клинику.

Профессоръ *Кюстнеръ* принялъ Бреславльскую клинику лишь нѣсколько лѣтъ тому назадъ и былъ преемникомъ *Фритча*, который перешелъ въ Боннъ. По вѣѣжности проф. *Кюстнеръ* является типичнымъ представителемъ германской расы. Онъ высокій полный блондинъ, лѣтъ 45, очень крѣпкаго сложенія съ голубыми глазами. Какъ бывший гвардейскій офицеръ, онъ сохранилъ осанку и рѣшительность движеній военного человѣка. При красивой представительной наружности, проф. *Кюстнеръ* отличается очень привѣтливымъ обращеніемъ и сразу производитъ очень хорошее впечатлѣніе.

Въ лѣтнемъ семестрѣ проф. *Кюстнеръ* начинаетъ чтеніе лекцій въ семь часовъ утра.

Аудиторія невелика, но очень свѣтла и содержитъ достаточное количество воздуха для 45—50 слушателей. Проф. *Кюстнеръ* очень хорошій лекторъ, хотя лекціи его носятъ нѣсколько популярный характеръ. Послѣ часа чтеній систематическаго курса, проф. *Кюстнеръ* ведетъ до 9 часовъ клиническую лекцію. Передъ лекціей за 10' проф. *Кюстнеръ* обсуждаетъ съ ординаторами всѣ случаи, наблюдавшіеся за день въ клиникѣ и поликлиникѣ. Методъ чтенія приблизительно тотъ же, что и у проф. *Рейна*. Лекція начинается съ патолого-анатомической демонстраціи, при чемъ демонстрируется весь матеріалъ, полученный за сутки. Во время демонстрацій студентамъ показывается цѣлый рядъ стереоскопическихъ фотографій, снятыхъ съ опухолей и больныхъ. Между прочимъ въ настоящее время заканчивается изданіе акушерскаго, хирургическаго и дерматологическаго атласовъ стереоскопическихъ фотографій подъ редакціей профф. *Кюстнера*, *Микуллица* и *Нейссера*.

Къ каждому рисунку приложено объясненіе.

По окончаніи демонстраціи, обыкновенно разбираются всѣ клиническіе и поликлиническіе акушерскіе случаи, наблюдавшіеся за сутки. Затѣмъ происходитъ краткій разборъ цѣлой серіи клиническихъ больныхъ, въ зависимости отъ предмета лекціи. Исторіи болѣзней носятъ нѣсколько госпитальный характеръ и очень коротки. На разборъ каждой больной посвя-

щается не больше 8—10 минут. Тут же изслѣдуютъ ее кураторы. Съ 9 часовъ проф. *Кюстнеръ* приступаетъ къ операціямъ.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію методовъ гинекологическихъ операцій въ клиникѣ проф. *Кюстнера*, я въ нѣсколькихъ словахъ опишу особенности обстановки въ акушерскомъ отдѣленіи.

Акушерское отдѣленіе, какъ я уже сказалъ, рассчитано на 60 кроватей. Палаты большія на 16—20 родильницъ.

Всякій разъ, какъ я обходилъ ихъ, онѣ были полны. Обстановка очень простая, но чистая. Въ акушерскомъ отдѣленіи имѣется два родильныхъ покоя, въ каждомъ глаголѣ зданія по одному. Родильные покои представляютъ очень небольшія комнаты. По срединѣ двѣ койки для роженицъ, у стѣнъ нѣсколько табуретокъ, столъ и шкафъ съ инструментами.

Рядомъ съ родильнымъ покоемъ расположены съ одной стороны ванная, съ другой—отдѣльная комната для кураторовъ. Такихъ комнатъ, въ общемъ, въ клиникѣ 3 или 4.

Инструментарій очень не сложный. Популярны щипцы *Негеле*. Изъ новыхъ инструментовъ я замѣтилъ лишь серповидный ножъ *Шулце* для эмбриотоміи и декапитации. Проф. *Кюстнеръ* и его ассистентъ д-ръ *Кейльманъ* очень рекомендуютъ этотъ инструментъ. Въ родильномъ покоѣ вывѣшены объявленія, предписывающія студентамъ элементарныя правила асептики. Асептика проводится строго—руки моются очень педантично. Внутреннее изслѣдованіе на одной роженицѣ производится 1—2 раза. Наружное изслѣдованіе, однако, не пользуется исключительнымъ предпочтеніемъ. Промежность шьется шелкомъ. Дезинфицирующіе растворы—сулема и лизоль.

Промыванія матки производятся очень рѣдко и то лишь лизолемъ. Корнугинъ въ большемъ примѣненіи, и имъ очень довольны. Показанія къ оперативнымъ пособіямъ ставятся довольно свободно. Въ общемъ есть тенденція оцѣнивать выше жизнь матери нежели, жизнь ребенка.

Родильницы выдерживаются въ клиникѣ до 10 дней, иногда и долѣе.

Въ послѣродовомъ періодѣ соблюдается строго асептический принципъ. Примѣняютъ лишь наружныя обмыванія сулемой. Промываній матки избѣгаютъ, а если моютъ—то лизо-

лемъ. Въ случаяхъ послѣродовыхъ заболѣваній спринцуютъ влагалище сулемой.

Спорынья дается лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда инволюція матки замедлена. Для дѣтей, которыхъ почему либо не могутъ кормить матери, держатъ здоровыхъ кормилицъ, которыхъ выбираютъ изъ числа родильницъ. Впрочемъ, въ извѣстныхъ предѣлахъ примѣняется и искусственное вскармливаніе по *Briedest*'у, коровьимъ молокомъ. Пупокъ содержится асептически въ чистой гигроскопической ватѣ и ничѣмъ не присыпается. Во избѣжаніе увлаженія пупка, дѣтей въ первые 5—6 дней не купаютъ, а вытираютъ влажными губками. Этотъ приемъ хорошо провѣренъ въ Бреславльской, а раньше въ Дерптской клиникахъ, и служить предметомъ законченной работы ассистента *Кюстнера* д-ра *Кейльмана*.

Вообще, въ Бреславльской клиникѣ особенно разрабатываются вопросы по физиологіи новорожденного. Въ виду этого для записей о дѣтяхъ существуютъ особые печатные бланки съ подробными рубриками, и дѣти съ матерями выдерживаются часто въ клиникѣ до 2—3 недѣль. Интересная и довольно важная особенность акушерскаго отдѣленія есть существованіе при немъ 15 коекъ для беременныхъ, сверхъ упомянутыхъ 60. Беременные помѣщаются въ двухъ большихъ комнатахъ въ нижнемъ, полуподвальномъ этажѣ.

До родовъ онѣ выполняютъ всевозможныя работы по клиникѣ, чѣмъ нѣсколько вознаграждается недостатокъ низшаго служебнаго матеріала. Изъ акушерскихъ операцій могу лишь упомянуть объ одномъ случаѣ надвлагалищной ампутаціи беременной матки, при очень узкомъ и обезображенномъ тазѣ карлицы—рахитички.

Эта операція представила лишь ту особенность, что культи была перевязана двойной толстой шелковой лигатурой и укрѣплена въ нижнемъ углу брюшной раны не помощью карлсбадскихъ булавокъ, а посредствомъ 4—5 шелковыхъ швовъ.

Другой замѣчательный случай касается операціи *Freund*'а при ракѣ влагалищной части матки на 6 мѣсяцѣ беременности. Симфизеотомія за истекшій учебный годъ была произведена лишь одинъ разъ. Къ этой операціи вообще относятся очень сдержанно.

Переходя къ отдѣлу гинекологіи, я долженъ сказать, что клиника проф. *Кюстнера* отличается чисто оперативнымъ направлениемъ. Въ этомъ отношеніи можно, пожалуй, даже указать на увлеченіе сальпинготоміей и кастраціей, которая здѣсь замѣняетъ французскую экстирпацію матки по *Réan*'у.

Электричество и массажъ почти не примѣняются, какъ методы лѣченія воспалительныхъ заболѣваній придатковъ матки, или миомъ. Преобладающая операція есть чревосѣченіе во всевозможныхъ оперативныхъ формахъ.

Проф. *Кюстнеръ* обладаетъ очень хорошей хирургической техникой, работаетъ онъ спокойно, красиво и скоро. Особенность его техники есть очень быстрый и вѣрный разрѣзъ. Замѣчательна также въ немъ способность быстрой ориентировки. По личному впечатлѣнію и по отзывамъ другихъ компетентныхъ лицъ, онъ считается въ настоящее время однимъ изъ лучшихъ хирурговъ—гинекологовъ въ Германіи. Ежедневно можно видѣть въ его клиникѣ два, а иногда три чревосѣченія и затѣмъ еще одну-две болѣе простыхъ гинекологическихъ операцій.

Менѣе сложныя гинекологическія операціи производятся въ аудиторіи. Обстановка этихъ операцій слѣдующая: простой операціонный столъ. Ноги больной фиксированы особеннымъ ногодержателемъ, какъ при камнесѣченіи. Ногодержатель состоитъ изъ металлическаго стержня съ кожными кольцами для охватыванія ногъ и ремнемъ, который перекидывается черезъ голову на затылокъ. Ногодержатель очень удобенъ и значительно облегчаетъ работу ассистентовъ. Обмываніе наружныхъ половыхъ частей производится по общеизвѣстному методу (между прочимъ примѣняется патентованный мыльный растворъ). Послѣ обмыванія ягодицъ, окружность наружныхъ половыхъ частей и нижняя часть живота прикрывается стерилизованными полотенцами. Открытой остается лишь половая щель. Инструментарій очень простой. Имѣется много всевозможной формы подъемниковъ. Иглы и иглодержатель *Haagedorn*'а. Для извлеченія иглы, послѣ ея вкола, примѣняется инструментъ похожій на обыкновенные плотничьи плоскогубцы. Этотъ инструментъ находится всегда въ рукахъ ассистента. Инструменты кладутся въ стеклянный сосудъ съ стерилизо-

ванной водой. Матеріаль для шва-шелкъ для слизистой, силькъ-вормъ для кожного шва, и кѣтгутъ для швовъ погружныхъ и швовъ, оставляемыхъ въ брюшной полости.

Бѣлье, употребляемое при операціи, и перевязочный матеріаль стерилизуются тутъ же въ переносномъ стерилизаторѣ *Шиммельбуша*. Не могу не обратить вниманія на этотъ простой приборъ, который даетъ возможность стерилизовать въ любой моментъ значительное количество бѣлья и перевязочнаго матеріала и вынимать его во время операціи соотвѣтственно потребности. Наркозъ примѣняется исключительно хлороформный, хлороформированіе поручается всегда одному ассистенту, который сидитъ на табуреткѣ, въ головахъ у больной. Примѣняется маска *Эсмарха*. Хлороформированіе, по правдѣ, производится немного небрежно.

Между началомъ хлороформированія и началомъ операціи проходитъ не менѣе полчаса, что вовсе не безразлично для организма больного. Въ теченіе лѣтняго семестра мнѣ пришлось видѣть нѣсколько тяжелыхъ асфиксій и одну смерть отъ хлороформа на операціонномъ столѣ. Какъ интересный фактъ, отмѣчу то обстоятельство, что при операціяхъ въ Бреславльской клиникѣ я, за рѣдкими исключеніями, совершенно не видѣлъ студентовъ, да и вообще, не считая лекцій, студентовъ очень рѣдко можно видѣть въ клиникѣ.

Операціонная для чревосѣченій представляетъ небольшую комнату, покрашенную масляной краской, съ тонетовымъ поломъ и очень хорошимъ боковымъ и верхнимъ освѣщеніемъ. Особенность этой операціонной есть операціонный столъ. Столъ цинковый съ желобами для стока жидкости; при столѣ имѣется подвижная наклонная плоскость, также цинковая, очень хорошо приспособленная къ столу. Съ той стороны, гдѣ расположены инструменты и перевязочный матеріаль, часть комнаты отгорожена.

Операціи чревосѣченія производятся при строго асептической обстановкѣ. Руки моютъ очень долго и педантично. Интересное приспособленіе для мытья рукъ—душъ съ ножными педалями для горячей и холодной воды. Кромѣ обычныхъ стерилизованныхъ халатовъ, операторъ и ассистенты одѣваютъ на головы полотняные колпаки.

Всѣ чревосѣченія, за исключеніемъ крупныхъ кистъ, которыя встрѣчаются чрезвычайно рѣдко, производятся на наклонной плоскости. Благодаря этому, очень хорошо открывается поле операціи. Надо прибавить, что больныя предъ чревосѣченіемъ, по крайней мѣрѣ два дня подъ рядъ, получаютъ касторовое масло и нѣсколько клизмъ. Опорожненный кишечникъ, при положеніи больной на наклонной плоскости, совершенно прячется вглубь брюшной полости. Ни разу мнѣ не пришлось видѣть вздутаго кишечника, или выхода кишечника изъ брюшной полости.

Ассистируютъ обыкновенно три врача. Два изъ нихъ состоятъ при ранѣ, одинъ хлороформируетъ. У инструментовъ—фельдшерица. Хлороформированіе начинается въ сосѣдней комнатѣ, и больная переносится въ операціонную уже въ полномъ наркозѣ. Брюшная стѣнка и половые органы моются обычнымъ способомъ, затѣмъ на брюшныя стѣнки накладывается сулемовый ватный компрессъ, и поле операціи окружается стерилизованными полотенцами. Сулемовый компрессъ снимается непосредственно передъ разрѣзомъ брюшной стѣнки.

Вскрытіе брюшной полости проф. *Кюстнеръ* производитъ почти однимъ ударомъ ножа. Одинъ разъ, впрочемъ, надрѣзана была при этомъ кишка. Срощенія отжигаются термокаутеромъ *Пакелена*. Ножка перевязывается въ нѣсколько пучковъ длинными нитями кѣтгута. Брюшная рана, во время операціи, раздвигается подъемниками. Для осушенія брюшной полости употребляются, сосчитанные заранее, марлевые платки, которые потомъ раскладываются рядами на полу и вновь пересчитываются. Ножка также отжигается термокаутеромъ *Пакелена*. При сальпинготоміяхъ, которыя, какъ я уже сказалъ, представляютъ преобладающую форму чревосѣченія, проф. *Кюстнеръ* мало пользуется ножомъ, а главнымъ образомъ *Пакеленомъ* и пальцемъ. Міомотомія производится по *Freund*'у, т. е. матка удаляется вся цѣликомъ. Отдѣленіе матки; послѣ перевязки широкихъ связокъ, начинается со стороны пузыря. По удаленіи матки, рана сводовъ совершенно закрывается швами и затѣмъ накладывается еще брюшинный шовъ совершенно изолирующій рану отъ брюшной полости. Брюшной шовъ сквозной. Матеріаль—сильквормъ. Швы накладываются очень частые. Для наложе-

нія брюшного шва проф. *Кюстнеръ* пользуется большими иглами безъ иглодержателя. Брюшная рана всегда присыпается дерматоломъ. Накладывается легкая повязка. Веденіе послѣ-операционнаго періода не представляетъ особенностей.

Изъ операций, сопряженныхъ съ вскрытіемъ брюшной полости, остается еще упомянуть о *ventrofixatio*. Операция эта очень популярна при фиксированныхъ ретрофлексіяхъ и выпаденіяхъ матки. Въ послѣднемъ случаѣ она комбинируется съ *colporrhaphia*. Въ одномъ случаѣ операция *ventrofixatio* была комбинирована съ *colpocleisis mediana*. На передней и задней стѣнкѣ влагалища освѣжены большія ромбовидныя поверхности, по бокамъ оставлены полосы слизистой. Освѣженные поверхности соединены 5—6 толстыми шелковыми швами. По бокамъ искусственно образованной перегородки остаются при этомъ небольшіе каналцы для оттока отдѣленій. Непосредственно за этимъ произведена *ventrofixatio*. Матка фиксируется 2—3 швами изъ силъкворма въ нижнемъ углу брюшной раны. Иногда для *hysteropexia abdominalis* примѣняется поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки до мышечнаго слоя.

Изъ другихъ гинекологическихъ операций наиболѣе популярными являются: тотальная экстирпация матки черезъ влагалище, операция *Alexander'a*, *vagino-fixatio* и выскабливаніе слизистой матки. Кускованія я не видѣлъ ни разу. Пластическія операціи производятся сравнительно очень рѣдко. Такъ, я наблюдалъ лишь два случая зашиванія мочепузырной фистулы, и 3 или 4 случая зашиванія промежности. Обѣ фистулы представляли нетрудные случаи въ отношеніи оперативной техники. Удаленіе матки черезъ влагалище профессоръ *Кюстнеръ* никогда не производитъ съ наложеніемъ пинцетовъ, а постепенно перевязываетъ связки очень толстыми шелковыми лигатурами; каждая связка перевязывается въ 3—4 пучка. Рана сводовъ никогда не зашивается, а въ брюшную полость вводится толстый стержень изъ іодоформной марли. Часто матка запрокидывается черезъ задній сводъ.

Операция *Alexander'a* производится часто и именно при подвижныхъ перегибахъ матки кзади. Ощупывается пальцами направленіе пахового канала и круглой связки. Вдоль пахового канала по паховой складкѣ проводится линейный разрѣзъ

7—8 снт. длины. Послойно разрёзаются ткани, вскрывается по всей длинѣ паховой каналъ, круглая связка вытягивается на 5—6 снт. до появленія конуса брюшины и затѣмъ отрѣзается участокъ связки, длиной въ 5—6 снт. Конецъ укороченной связки пришивается двумя—тремя сквозными швами изъ флорентистой нити къ апоневрозамъ, образующимъ стѣнку пахового канала. Рана закрывается наглухо.

Вопреки нападкамъ на операцію *vagino-fixatio*, проф. *Кюстнеръ* является ея сторонникомъ и доволенъ ея результатами. Что касается вліянія ея на родовой актъ, то въ Бреславльской клиникѣ, по свидѣтельству д-ра *Кейльмана*, наблюдалось уже 2 или 3 случая родовъ послѣ *vagino-fixatio*, причемъ роды протекли безъ осложнений. Что касается техники операціи, то она слѣдующая. Продольный разрёзъ передняго свода и влагалищной стѣнки въ 6—7 снт. длины. По вскрытіи передняго Дугласа, тѣло матки притягивается въ рану пулевыми щипцами и пришивается къ влагалищной ранѣ 2—3 швами изъ силькъ-ворма; рана зашивается кетгутотъ, или шелкомъ. Швы матки кладутся не высоко—въ нижней части тѣла ея—и такимъ образомъ избѣгается сильная степень ея наклоненія.

Если матка фиксирована, то предварительно вскрывается заднее дугласово пространство, пальцемъ разрушаются спайки, а затѣмъ производится *vagino-fixatio*.

Выскабливаніе слизистой матки производится часто и, по моему, небрежно. Предварительное расширение канала шейки помощью *laminaria*, или *tupelo* не примѣняется. Каналъ шейки расширяется небольшими Негар'овскими расширителями непосредственно передъ операціей. Самое выскабливаніе производится 5—6 движеніями *Volkmann*'овской кюретки. Этимъ операція заканчивается, если не считать смазыванія полости матки іодомъ посредствомъ банника. Послѣдовательное лѣченіе впрыскиваніями іода не примѣняется.

Что касается пластическихъ операцій, то онѣ представляютъ особенность лишь въ томъ отношеніи, что со стороны кожи швы накладываются только изъ флорентійской нити. Профессоръ *Кюстнеръ* особенно отмѣчаетъ тотъ фактъ, что эти швы не такъ легко прорѣзываютъ ткани, какъ другіе

матеріалы для шва. Зашиваніе промежности проф. *Кюстнеръ* часто производитъ по своему методу, похожему на способъ *Martin'a*; освѣженіе дѣлается соотвѣтственно анатомическому положенію рубца.

Заканчивая свои замѣчанія, прибавлю нѣсколько словъ отъ себя лично. Възвѣсивая результаты своей поѣздки съ точки зрѣнія моей спеціальности, я не могу сказать, чтобы я вынесъ что либо особенно новое въ области акушерства или гинекологіи. Тѣмъ не менѣе знакомство съ дѣятельностью такого громаднaго и благоустроеннаго учрежденія, каковымъ является клиника проф. *Кюстнера*, не можетъ остаться безъ слѣда для человѣка, который хоть сколько нибудь интересуется своей спеціальностью. Кипучая дѣятельность въ клиникѣ, громадный матеріалъ, нѣкоторыя особенности техники и иныя модификаціи оперативныхъ методовъ, вообще изученіе индивидуальности учрежденія, внесенной энергіей и знаніями главы учрежденія и выдающагося ученаго, — представляютъ несомнѣнно большой интересъ для спеціалиста и несомнѣнно расширяютъ его знанія. Но однимъ изъ важныхъ результатовъ знакомства съ иностранными клиниками и другими научными учрежденіями, я считаю, помимо расширенія общаго медицинскаго кругозора, развитіе въ смыслѣ собственнаго самосознанія, съ точки зрѣнія національной русской науки и оцѣнки ея представителей. Узнавши чужія учрежденія и ихъ представителей, мы начинаемъ учиться правильно цѣнить и свои учрежденія и своихъ учителей. Для меня было чрезвычайно дорого сознаніе, что, если наша русская наука и русскія клиники моложе по возрасту, чѣмъ германскія, то нисколько не уступаютъ имъ въ смыслѣ научности постановки дѣла и руководителей. Напротивъ, можно сказать, что наши клиники, какъ научныя и педагогическія учрежденія, въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ стоятъ даже выше.

Въ заключеніе, считаю своимъ нравственнымъ долгомъ принести искреннюю благодарность моему высокоуважаемому учителю профессору *Г. Е. Рейну* за его благосклонную помощь совѣтомъ и дѣломъ въ вопросѣ о моей поѣздкѣ и ея задачахъ.