

# КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

## Письма изъ Берлина.

### Клиника А. Martin'a.

*Martin* безспорно принадлежитъ къ числу выдающихся гинекологовъ Германіи. Онъ былъ однимъ изъ первыхъ сторонниковъ оперативнаго направленія въ гинекологіи, направленія, которое въ послѣдніе 10—20 лѣтъ стало господствующимъ. Работы *Martin'a* почти по всѣмъ отраслямъ гинекологіи составили ему репутацію не только опытнаго и смѣлаго оператора, но и выдающагося ученаго.

Частная клиника *Мартина* устроена съ большими удобствами, приблизительно на 50 кроватей. При клиникѣ имѣется поликлиника, которая очень усердно посѣщается, такъ что въ теченіи года число амбулаторныхъ больныхъ доходитъ до 4500 человекъ. При этомъ надо замѣтить, что удаленіе остатковъ выкидыша, выскабливанія матки и другія мелкія пособія производятся амбулаторно; въ клинику же принимаются больныя съ болѣе сложными заболѣваніями и при томъ исключительно подлежащія оперативному пособию.

Такимъ образомъ, *Мартинъ* въ теченіи года производитъ на стационарныхъ больныхъ около 500 операций, въ томъ числѣ около 200 лапаротомій. Раньше количество лапаротомій было больше: такъ наприм., въ 1893 году оно равнялось 249; въ послѣднее же время оно уменьшилось, такъ какъ *Мартинъ* во многихъ случаяхъ, гдѣ онъ раньше производилъ лапаротомію, теперь производитъ кольпотомію, т. е. вскрытіе брюшной полости черезъ переднюю стѣнку влагалища. Количество выскабливаній полости матки, вслѣдствіе эндометрита или для удаленія остатковъ выкидыша, производимыхъ, какъ уже выше сказано, амбулаторно, колеблется между 1400 и 1500.

Въ теченіе осеннихъ и весеннихъ вакацій, *Мартинъ* читаетъ курсы для врачей. Эти курсы пользуются большою популярностью: сюда съѣзжаются со всѣхъ странъ свѣта. *Мартинъ* уснѣваетъ,

не смотря на краткую продолжительность курсовъ, ознакомить слушателей со своими воззрѣніями во всѣхъ болѣе или менѣе спорныхъ пунктахъ гинекологіи. Понятно, что эти воззрѣнія иногда своеобразны и не согласуются съ мнѣніями большинства гинекологовъ, почему и требуютъ критическаго къ нимъ отношенія, но, во всякомъ случаѣ, онѣ результаты многолѣтняго труда и какъ таковыя заслуживаютъ полнаго вниманія и уваженія.

Особенно замѣчательнъ *Martin* какъ операторъ.

При лапаротоміяхъ поражаетъ зрителя, съ какой увѣренностью и ловкостью онъ удаляетъ новообразованія, разрываетъ обширныя сращения, и съ какою точностью останавливаетъ часто довольно сильное кровотеченіе, обкалывая кровоточащія сосуды. Благодаря этому, лапоротоміи производятся крайне быстро, такъ наиримѣръ, при мнѣ онъ удалилъ всю матку съ обширною субсерозной интерлигаментарно развившейся міомою, въ теченіе 24 минутъ.

Часто *Martin*'у дѣлали упреки, что онъ, во первыхъ, черезъ чуръ часто прибѣгаетъ къ ножу, а во вторыхъ, что онъ не ставитъ до операціи точнаго діагноза заболѣванія. Съ первымъ я безусловно не могу согласиться. Мнѣ не разъ приходилось видѣть, что *Martin* отказывалъ въ операціи больнымъ съ различными воспалительными заболѣваніями придатковъ, которыя были присланы пользующимися ихъ врачами специально для операціи; онъ имъ назначалъ лѣченіе разсасывающими и противовоспалительными средствами, и только если, продолжительное лѣченіе не приводило къ цѣли и боли лишали подобныхъ больныхъ возможности работать, онъ производилъ операцію. Тоже самое при пролапсахъ и измѣненіяхъ положенія матки, и здѣсь онъ только тогда приступалъ къ операціи, когда цѣлесообразное консервативное лѣченіе не приводило къ цѣли.

Что же касается втораго упрека, то онъ до нѣкоторой степени вѣренъ. *Martin* дѣйствительно въ случаяхъ, гдѣ даны показанія для операціи, т. е., гдѣ болѣзненные ощущенія довольно значительны и гдѣ обычное консервативное лѣченіе осталось безъ успѣха, не старается ставить, по возможности, точнаго діагноза относительно характера и мѣста развитія какой нибудь опухоли. Вслѣдствіе этого онъ цѣлому ряду методовъ изслѣдованія, — какъ изслѣдованію *per rectum* и при низведеніи матки пулевыми щипцами, зондированію при опухоляхъ тѣсно съ нею связанныхъ, пункціи кистовидныхъ опухолей, не придаетъ большаго значенія. Анамнезъ обыкновенно также не собирается съ должною тщательностью.

Лапаротоміи производятся въ небольшой специально для нихъ устроенной комнатѣ. Всѣмъ больнымъ, кромѣ обычныхъ ваннъ и обмываній, производится за 24 часа до операціи тампонація влагалища сулемовою марлею. Что касается асептики, употребляемой въ клиникѣ *Martin*'а, то ее нельзя назвать совершенно безупречною, такъ какъ на всякомъ шагу встрѣчаются, хотя и небольшія понятныя, упущенія. Что, не смотря на это, большинство операцій протекаетъ весьма хорошо, надо, по моему мнѣнію, приписать

тому, что, во первыхъ, количество ассистентовъ весьма ограничено; во вторыхъ, операціи производятся крайне быстро, при чемъ обращается особенное вниманіе на тщательную остановку кровотечения и по возможности избѣгается введеніе всевозможныхъ губокъ, салфетокъ и инструментовъ, которые, разъ они не хорошо стерилизованы, могли бы быть источникомъ инфекціи. Субъективная же антисептика какъ оператора, такъ и ассистентовъ, входящихъ въ соприкосновеніе съ раной, производится весьма тщательно. При лапаротоміяхъ ассистируютъ всего двое—д-ръ *Orthmann*, весьма опытный ассистентъ, уже много лѣтъ занимающійся въ клиникѣ *Martin'a* и госпожа *Горнъ*, главная фельдшерница, пользующаяся большимъ уваженіемъ въ клиникѣ. Такъ какъ оба ассистента очень хорошо знаютъ свое дѣло и какъ бы угадываютъ всѣ желанія оператора, то операція производится весьма спокойно и быстро.

Для наркоза употребляется исключительно хорошо очищенный хлороформъ. Раньше *Мартинъ* употреблялъ и эфиръ, но въ послѣднее время онъ совершенно отъ него отказался, не потому, чтобы онъ имѣлъ плохіе результаты отъ эфира, а вслѣдствіе того, что эфирный наркозъ требуетъ много времени и потому весьма неудобенъ, когда приходится производить нѣсколько лапаротомій (до 8) подъ рядъ.

Столъ для лапаротомій, употребляющійся въ клиникѣ *Мартина*, своеобразенъ. Это простой низенькій и короткій металлическій столъ, сдѣланный по указаніямъ г-жи *Е. Горнъ*. Верхняя доска этого стола состоитъ изъ трехъ частей; послѣ окончанія операціи средняя часть отстегивается и этимъ дается возможность наложить повязку, не поднимая и вращая больной. Столъ этотъ стоитъ въ небольшой жестяной ваннѣ, куда во время операціи сливаютъ грязную воду и бросаютъ запачканныя губки.

Захлороформированную больную кладутъ на этотъ столъ такимъ образомъ, чтобы крестецъ ея находился на краю стола; операторъ садится между ногами больной, такъ что ноги ея черезъ его колѣни свободно свисаютъ внизъ. Положеніе это нѣсколько напоминаетъ положеніе, предложенное въ акушерствѣ *Walcher'омъ*, и имѣетъ то преимущество, что вслѣдствіе значительнаго наклоненія таза, облегчаетъ доступъ къ органамъ малаго таза. Кромѣ того въ сидячемъ положеніи операторъ не такъ быстро устаетъ и можетъ свободно производить нѣсколько лапаротомій подъ рядъ. Слѣва отъ больной садится д-ръ *Orthmann*, главная обязанность котораго состоитъ въ удерживаніи кишекъ и обнаженіи операціоннаго поля. Съ другой стороны больной стоитъ г-жа *Горнъ*, которая подаетъ инструменты и лигатуры и по временамъ губкою удаляетъ кровь съ краевъ раны. Инструментарій, употребляемый *Мартиномъ* во время лапаротоміи, весьма ограниченъ—одинъ ножъ, ножницы, нѣсколько иглъ различной величины, иглодержатель, нѣсколько держателей для губокъ и 2—3 пинцета. Жомовъ и кровоостанавливающихъ пинцетовъ онъ почти совершенно не употребляетъ. Большія кровотечения у *Мар-*

*тина* бываютъ крайне рѣдко, вслѣдствіе того, что онъ весьма умѣло накладываетъ лигатуры передъ отрѣзаніемъ какой нибудь части опухоли. Даже при удаленіи всей матки съ обширными, очень богатыми кровеносными сосудами міомами—больныя почти совершенно не теряютъ крови. Не большія кровотеченія, бывающія иногда изъ надорванной брюшины, онъ останавливаетъ обкалываніемъ. Для удаленія сгустковъ крови, гноя и другихъ жидкостей употребляются губки, приготовленныя обычнымъ способомъ и смоченныя въ очень слабомъ растворѣ сулемы. При лапаротоміяхъ *Мартинъ* употребляетъ почти исключительно кетгутъ различной толщины, только брюшная рана соединяется рядомъ глубокихъ шелковыхъ швовъ. Кетгутъ готовится слѣдующимъ образомъ: изъ продажнаго кетгута выбираются только лучшія нити, которыя наматываются на стеклянныя пластинки и кладутся на одинъ день въ растворъ сулемы (1:1000). Затѣмъ для высушиванія кетгутъ кладется въ смѣсь *ol. juniperi*—1 часть и *alcohol absolutus*—2 части. Эта жидкость скоро мутнѣетъ, почему черезъ день должна быть замѣнена новою, въ которой кетгутъ долженъ лежать не меньше двухъ недѣль, чтобы быть годнымъ для операціи, въ этой же жидкости онъ и сохраняется.

*Лапаротоміи при воспалительныхъ измѣненіяхъ придатковъ.* Какъ уже выше сказано, *Мартинъ* не оперируетъ всѣ подобныя случаи безъ разбора, онъ придерживается мнѣнія, что даже довольно далеко зашедшія воспалительныя заболѣванія трубъ, могутъ излѣчиваться консервативно. Во всѣхъ такихъ случаяхъ, гдѣ *Мартинъ* прибѣгаетъ къ операціи, страданіе обыкновенно существуетъ давно и упорно противодѣйствуетъ консервативному лѣченію; придатки при этомъ значительно измѣнены и представляютъ обыкновенно обширныя срощенія съ сосѣдними органами, однимъ словомъ, это большею частью весьма тяжелые случаи. Обычнымъ разрѣзомъ по *l. alba* онъ вскрываетъ брюшную полость; разрѣзь этотъ онъ дѣлаетъ по возможности меньшимъ, только чтобъ вся ручная кисть могла бы быть проведена.

Срощенія придатковъ съ различными органами, бывающія иногда весьма обширными, онъ разрываетъ обыкновенно тупымъ путемъ, только изрѣдка разрѣзаетъ ихъ безъ всякихъ предварительныхъ лигатуръ ножницами. Термокаутера для раздѣленія срощеній онъ никогда не употребляетъ. Понятно, что вслѣдствіе такихъ энергичныхъ манипуляцій, опухоли очень часто разрываются и сплошь и рядомъ гной свободно изливается въ полость малаго таза. *Martin* однако не боится при этомъ тяжелой инфекціи, такъ какъ, основываясь на нѣсколькихъ бактериологическихъ изслѣдованіяхъ гнойныхъ салпингитовъ, произведенныхъ между прочимъ и въ его клиникѣ *Kiefer*'омъ, онъ считаетъ этотъ гной, въ большинствѣ случаевъ, стерильнымъ. Гной этотъ тщательно удаляется губками, смоченными въ слабомъ растворѣ сулемы, прополаскиваній полости таза онъ никогда не производитъ. Заболѣвшіе и значительно измѣненные придатки удаляются обычнымъ образомъ, послѣ наложенія 3—4 лигатуръ. Но и здѣсь

онъ старается поступать по возможности консервативно, особенно если женщина находится въ разгарѣ своей половой дѣятельности.

При одностороннихъ заболѣваніяхъ онъ ограничивается удаленіемъ придатковъ одной стороны, а не обѣихъ, какъ это когда то было предложено *Lawson Tait* омы. Но и при двухстороннихъ заболѣваніяхъ у молодыхъ женщинъ онъ только въ крайнихъ случаяхъ производитъ полную кастрацію, обыкновенно же удаляетъ только болѣе сильно пораженные придатки, на другой же сторонѣ поступаетъ консервативно: такъ на примѣръ, при *hydrosalpinx* ѣ онъ не удаляетъ всей трубы, а только резецируетъ ампулярную часть ея и сшиваетъ непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ слизистую оболочку трубы съ брюшиною, т. е. производитъ *salpingostomatotomy*. Съ яичниками въ такихъ случаяхъ онъ также поступаетъ консервативно; такъ при частичныхъ заболѣваніяхъ яичниковъ онъ просто ножницами срѣзаетъ пораженную часть, рану же сшиваетъ кетгутовымъ швомъ; при множественномъ, кистовидномъ перерожденіи яичниковъ онъ производитъ обильную скарификацію и опорожненіе расширенныхъ фолликуловъ, а затѣмъ яичники погружаетъ въ брюшную полость. Понятно, что злокачественныя новообразованія яичниковъ не могутъ подлежать такой терапіи. *Мартинъ* при этомъ консервативномъ способѣ имѣлъ очень хорошіе результаты. Только въ весьма небольшомъ числѣ случаевъ, болѣзненнымъ явленіемъ послѣ операціи возобновились и потребовалась вторичная лапаротомія. Но за то онъ имѣетъ цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ больныя выздоравливали и даже забеременѣвали. Такъ на гинекологическомъ конгрессѣ въ Бреславлѣ въ 1893 г. *Мартинъ* сообщилъ о 27 случаяхъ резекціи яичниковъ у больныхъ, затѣмъ совершенно выздоровѣвшихъ; въ 8 случаяхъ больныя послѣ операціи забеременѣли и родили въ срокъ.

Послѣ удаленія заболѣвшихъ придатковъ и очищенія полости таза отъ кровеныхъ сгустковъ и гноя, онъ всегда зашиваетъ брюшную рану на глухо. Дренажированіе полости таза онъ считаетъ въ высшей степени нецѣлесообразнымъ. такъ какъ нѣтъ никакой возможности дренировать всѣ щели и закоулки полости брюшины, самъ же дренажъ часто служитъ проводникомъ инфицирующихъ началъ снаружи внутрь. Передъ зашитіемъ раны, въ полость брюшины вводится плоская губка, пропитанная въ стерилизованномъ оливковомъ маслѣ, которая вынимается послѣ наложенія швовъ. Масло, по мнѣнію *Мартина*, препятствуетъ образованію перитоническихъ сращеній послѣ операціи. Швы накладываются слѣдующимъ образомъ: съ начала накладываются 5—6 шелковыхъ узловатыхъ швовъ, которые захватываютъ всѣ слои брюшной стѣнки; прежде чѣмъ ихъ завязать, сшивается тонкимъ непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ брюшина и фасція. Затѣмъ завязываются шелковые швы и накладывается еще нѣсколько поверхностныхъ узловатыхъ кетгутовыхъ швовъ.

Послѣоперационное теченіе подобныхъ случаевъ обыкновенно совершенно гладкое, безлихорадочное; даже тѣ случаи, гдѣ при

операциі довольно большое количество гноя изливалось въ брюшную полость, протекали безъ повышенія температуры и другихъ воспалительныхъ явленій. При мнѣ оперировали около 10 подобныхъ больныхъ, и только одна изъ нихъ лихорадила въ теченіе первыхъ 2 недѣль; но у этой уже во время операциі существовали явленія подостраго перитонита; впоследствии она совершенно поправилась. Уже на десятый день повязка совершенно снимается, при чемъ рана представляется совершенно сухой безъ всякихъ признаковъ реакціи. Рана стягивается двумя полосками липкаго пластыря и слегка покрывается кускомъ ваты. На 15-й день больнымъ разрѣшается вставать. Даже послѣ весьма серьезныхъ операций—такъ послѣ полного удаленія всей матки съ громадными миомами, больныя такъ рано вставали съ постели.

При мнѣ былъ только одинъ смертный случай на 25 лапаротомій. Это была пожилая, слабая особа, у которой была удалена небольшая совершенно свободная киста яичника. Послѣоперационное теченіе было совершенно гладкимъ; я ее еще видѣлъ на 10-й день послѣ операциі и убѣдился въ безукоризненномъ состояніи брюшной раны. На 17-й день, накануне выписки, внезапно послѣдовала весьма быстрая смерть при явленіяхъ асфиксіи. При вскрытіи найдена эмболія легочной артеріи. При этомъ *Мартинъ* указалъ на то, что это рѣдкое осложненіе лапаротоміи у него въ клиникѣ наблюдалось сравнительно довольно часто. Мнѣ кажется, что тутъ до нѣкоторой степени слѣдуетъ видѣть причину въ томъ, что *Мартинъ* черезъ чуръ рано разрѣшаетъ больнымъ вставать.

*Операции при миомахъ матки.* При небольшихъ множественныхъ миомахъ матки *Martin* удаляетъ всю матку черезъ влагалище. Въ 4 случаяхъ, гдѣ миомы были единичными и сидѣли на передней стѣнкѣ матки, *Мартинъ* произвелъ кольпотомію, извлекъ матку наружу, энуклеировалъ міому и зашилъ ее ложе; матку же онъ снова репонировалъ въ брюшную полость и фиксировалъ тремя швами къ передней стѣнкѣ влагалища. Въ случаяхъ, гдѣ миомы достигаютъ значительной величины и гдѣ полное удаленіе черезъ влагалище становится невозможнымъ, онъ производитъ удаленіе матки per laparotomiam. Здѣсь слѣдуетъ замѣтить, что *Мартинъ* при влагалищной экстирпациі матки употребляетъ исключительно лигатуры для перевязки сосудовъ, вслѣдствіе чего онъ болѣе тяжелыя фиксированныя матки предпочитаетъ удалять per laparotomiam. Изъ способовъ удаленія матки per laparotomiam онъ самымъ совершеннымъ считаетъ полное удаленіе пораженной матки. Надвлагалищную ампутацію матки по какому бы ни было способу онъ считаетъ менѣе цѣлесообразною, такъ какъ при этомъ удаляется не весь пораженный органъ, кромѣ того смертность при полномъ удаленіи матки, у него, по крайней мѣрѣ, не больше, чѣмъ при надвлагалищной ампутаціи. *Мартинъ* съ 1883 года производитъ исключительно полную экстирпацию матки и имѣетъ на 83 случая, изъ которыхъ нѣкоторые были весьма сложны, 6 смертей: 2 отъ эмболій легочной артеріи на 9-й и 18-й день болѣзни, 3 отъ перитонита, и одинъ отъ кол-

лапса; процентъ смертности равенъ, такимъ образомъ, приблизительно 7,2.

Операцію эту *Martinъ* производитъ слѣдующимъ образомъ: послѣ обычнаго разрѣза по *I. alba*, онъ первымъ дѣломъ старается освободить матку и сидящія на ней опухоли отъ сращеній и, если возможно, вывести ее наружу. Затѣмъ, онъ съ обѣихъ сторонъ, начиная съ *ligamentum infundibulopelvicum*, накладываетъ острою иглою рядъ лигатуръ у основанія широкихъ связокъ; обыкновенно съ каждой стороны приходится наложить 3—4 кетгутовыя лигатуры. При этомъ операторъ старается самую центральную лигатурую какъ можно ближе держаться шейки матки, чтобы по возможности перевязать *ant. uterina* со всѣми ея развѣтвленіями. Послѣ этого у основанія широкихъ связокъ съ обѣихъ сторонъ матки накладываются временно длинныя слегка изогнутыя жомы *Richelot*, выше которыхъ матка вмѣстѣ съ придатками отрѣзается отъ широкихъ связокъ до самаго прикрѣпленія сводовъ, затѣмъ вводится во влагалище корнцангъ, которымъ протыкается по срединной линіи задній сводъ. Здѣсь я спѣшу замѣтить, что влагалище за 24 часа до операціи тщательно дезинфицируется и плотно тампонируется сулемовою марлею, которая вынимается передъ операціею. Расширяя корнцангъ, увеличиваютъ отверстіе въ заднемъ сводѣ; начиная отсюда производятъ постепенно обкалываніе свода и по мѣрѣ того какъ лигатуры накладываются, матка вмѣстѣ съ шейкою отрѣзается отъ сводовъ. Въ концѣ концовъ остается только передній сводъ въ видѣ узкаго мостика, на которомъ виситъ вся матка вмѣстѣ с опухолью. Перевязавъ его одной или двумя лигатурами, отрѣзаятъ матку, послѣ чего пузырь мочевоы весьма легко тупымъ путемъ отдѣляется отъ шейки. Кровотеченіе обыкновенно при этомъ не наблюдается; если же кое гдѣ еще замѣтно небольшое кровотеченіе, то приходится это мѣсто обколотъ нѣсколькими кетгутовыми швами. Затѣмъ корнцангомъ, который все время находился во влагалище, захватываютъ концы всѣхъ лигатуръ и выводятъ ихъ во влагалище. Вслѣдствіе этого получается воронкообразное углубленіе тазоваго дна, при чемъ стѣнки таза очень тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, чѣмъ и достигается закрытіе брюшной полости отъ влагалища. Въ первое время *Martinъ* сшивалъ еще стѣнки брюшины поверхъ лигатуръ, чтобы такимъ образомъ прочнѣе закрыть брюшную полость; въ послѣднее же время онъ это оставилъ, находя, что и безъ сшиванія стѣнки тазоваго дна плотно прилегаютъ и скоро срастаются другъ съ другомъ. Рана живота сшивается вышеописаннымъ образомъ.

*Colpotomia cum vaginofixatione.* Какъ извѣстно, послѣ неудачныхъ попытокъ *Zweifel*'я и *Schücking*'а, основанныхъ больше на теоретическихъ соображеніяхъ, *Dürssen* и *Mackenrodt* первые почти одновременно описали въ 1892 году новый способъ прикрѣпленія ретрофлектированной матки къ передней стѣнкѣ влагалища. Сначала эта фиксація производилась безъ вскрытія брюшины

передняго Дугласова пространства; при этомъ пришивалась очень низко лежащая часть тѣла матки, вслѣдствіе чего эффектъ получался очень не прочный и быстро наступали рецидивы. Шагомъ впередъ была вагинофиксация со вскрытіемъ брюшины. При этомъ авторы убѣдились, что этимъ путемъ дается свободный доступъ не только къ тѣлу матки, дно котораго очень плотно удается фиксировать къ влагалищной стѣнкѣ, но и къ придаткамъ матки, которые этимъ путемъ могутъ подвергаться различнымъ терапевтическимъ дѣйствіямъ. Первый былъ *Dürssen*, который этимъ путемъ въ 1894 г., удалилъ нѣсколько небольшихъ кистъ яичниковъ; онъ эту операцію назвалъ *coeliotomia vaginalis*. Въ послѣднее время эта операція приобрѣла себѣ вездѣ въ Германіи право гражданства. Особенно заинтересовались ею *Chrobak* въ Вѣнѣ и *Martin*. *Martin* ее производитъ, что называется, *larga manu*, не только при ретрофлексіяхъ матки, но и при различныхъ небольшихъ опухоляхъ и воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ. Главныя преимущества этой операціи онъ видитъ въ томъ, что, во первыхъ, при ней устраняются всѣ неудобства, которыя связаны съ рубцемъ по *linea alba*—какъ грыжи и т. д.; во вторыхъ, при кольпотоміи вся операція производится какъ бы экстраперитонеально, такъ какъ послѣ выведенія матки и придатковъ наружу передъ вульварное кольцо, стѣнки влагалища выше матки тѣсно сближаются и такимъ образомъ закрываютъ брюшную полость. Что касается ретрофлексій матки, то при этой операціи даютъ не только подвижныя ретрофлексіи хорошій результатъ, какъ это было при первомъ способѣ, безъ вскрытія брюшины, но и ретрофлексіи съ обширными периметрическими сращениями. При этомъ два пальца вводятся черезъ отверстіе въ передней стѣнкѣ влагалища въ брюшную полость и здѣсь тупымъ путемъ освобождаютъ какъ матку, такъ и придатки отъ сращеній.

Способъ кольпотоміи *Мартина* отличается нѣсколько отъ способа, описаннаго *Dürssen*омъ въ *Centralblatt f. Gynaecologie*, 1894 г., вслѣдствіе чего я себѣ позволю подробнѣе описать эту операцію. Сначала низводится шейка; для этого *Martin* исключительно употребляетъ инструментъ *Orthmann*'а. Послѣдній подробно описанъ въ *Centralblatt f. Gynaecologie*, 1893 г., № 45; это очень крѣпкіе двузубчатые пулевые щипцы, въ которыхъ одна часть замѣнена плотнымъ зондомъ. Зондъ вводится въ полость матки, вѣтвь же пулевыхъ щипцовъ ложится на переднюю губу шейки матки. Когда инструментъ закрытъ, шейка матки въ немъ плотно фиксирована и, потягивая и опуская инструментъ, можно безъ помощи другихъ инструментовъ низвести и въ то же время выпрямить матку. Затѣмъ, передняя стѣнка влагалища расщепляется по срединѣ въ сагитальномъ направленіи, начиная немного выше устья мочеиспускательнаго канала, почти до наружнаго зѣва матки. Оба влагалищныхъ лоскута тщательно отсепааровываются отъ подлежащей соединительной ткани; затѣмъ непосредственно надъ шейкою матки, ближе придерживаясь

послѣдней, разрѣзается *septum vesicoservicale*, послѣ чего мочево́й пузырь обыкновенно очень легко удаётся отодвинуть къверху, пока не обозначится вполне отчетливо брюшинная складка—*plica vesicauterina*. Послѣдняя осторожно вскрывается ножницами; разрѣзъ потомъ расширяется въ стороны. Теперь вводятъ въ полость брюшины пулевые щипцы и захвативъ ими матку, вынимаютъ инструментъ *Orthmann'a*, послѣ чего шейка матки отодвигается взадъ, чтобы облегчить наклоненіе дна матки впередъ. Если матка подвижна, то это удаётся весьма легко; если же она фиксирована, то приходится, захватывая постепенно все выше лежащія части матки, какъ бы вырывать ее изъ ея сросеній. Иногда стараются ввести пальцы въ полость брюшины, чтобы здѣсь тупымъ путемъ освободить матку отъ ея сросеній. Не рѣдко при этихъ манипуляціяхъ, серозный покровъ матки, на значительномъ протяженіи, повреждается; особенно же сильныхъ кровотеченій я у *Мартина*, по крайней мѣрѣ, не видалъ. Освободивъ, такимъ образомъ, матку и выведя ее наружу передъ вульварное кольцо, остается еще осмотрѣть придатки. Послѣдніе, разъ они не сращены, довольно легко выводятся позади матки наружу и поддерживаются различными терапевтическимъ мѣропріятіямъ; если же они сросены, то приходится ихъ освободить пальцами тупымъ путемъ, что не всегда легко удаётся. Затѣмъ, матка и придатки репонированы въ брюшную полость, при чемъ матка удерживается корнцангомъ въ сильно антефлектированномъ положеніи, и накладываются швы. Сначала фиксируются дно и тѣло матки къ стѣнкѣ влагалища тремя узловатыми кетгутowymi швами, такимъ образомъ, чтобы каждый шовъ прошелъ черезъ стѣнку влагалища, край брюшины и толщу матки. Эти швы сейчасъ же завязываются; иногда еще прибавляется четвертый шовъ внизу, соединяющій шейку матки съ влагалищною стѣнкою. Остающаяся обыкновенно немного зияющая рана влагалища соединяется непрерывнымъ кетгутowymъ швомъ.

Всего *Мартинъ* по этому способу оперировалъ около 170 случаевъ; въ большинствѣ случаевъ это были фиксированныя ретрофлектированные матки. Кромѣ того посредствомъ кольпотомій *Мартинъ* удалялъ небольшія опухоли—кисты яичниковъ, субсерозныя міомы и воспалительно измѣненные придатки, *hydrosalpinx* и *pyosalpinx*'ы, разъ они не достигали большихъ размѣровъ. Не смотря на то, что въ большинствѣ случаевъ приходилось при этой операціи разрушать обширныя сросенія, и въ полости таза оставались большія раневыя поверхности, не покрытыя брюшиною, результаты получались весьма удовлетворительные. Теченіе было въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно безлихорадочнымъ; больныя уже на другой день послѣ операціи были совершенно бодрыми; здѣсь никогда не наблюдались тѣ непріятныя явленія, которыя такъ часто наступаютъ послѣ лапаротомій: упорная рвота, мучительная жажда, метеоризмъ; самочувствіе послѣ кольпотомій никогда не разстраивалось въ такой рѣзкой степени, какъ это бываетъ послѣ лапаротомій. Только

дѣятельность мочевого пузыря въ нѣкоторыхъ случаяхъ разстраивалась, больныя не могли произвольно мочиться и приходилось мочу удалять катетеромъ; но обыкновенно на 4—5-й день все приходило въ порядокъ. Только въ двухъ случаяхъ наступили довольно упорные циститы, которые для своего полного излѣченія потребовали 3—4 недѣли. Въ двухъ случаяхъ теченіе осложнилось развитіемъ ограниченныхъ периметрическихъ экссудатовъ, совершенно разсосавшихся при консервативномъ лѣченіи. Смертныхъ случаевъ не было ни одного. О результатахъ относительно ретрофлексіи судить еще рано, такъ какъ самые первые случаи *Мартинъ*, посредствомъ колпотоміи, сталъ оперировать только 12—14 мѣсяцевъ тому назадъ. Во всякомъ случаѣ, у всѣхъ больныхъ, которыхъ приходилось изслѣдовать 10 мѣсяцевъ, даже годъ послѣ операціи, матка находилась въ антефлексіи, очень хорошо фиксированною къ передней стѣнкѣ влагалища. Беременности *Мартинъ* въ своихъ случаяхъ послѣ этой операціи ни разу не наблюдалъ.

Здѣсь я хочу еще упомянуть о двухъ докладахъ, прочитанныхъ въ послѣднемъ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Берлинѣ, 25 октября 1895 г. Они въ значительной степени могутъ подорвать довѣріе къ вышеописанной операціи—вагинофиксаци; особенно интересно то, что главную оппозицію эта операція встрѣчаетъ со стороны *Mackenrodt'a*, который первый ее разработалъ и сталъ примѣнять на практикѣ.

Первый докладъ *Strassmann'a* „О вліяніи, которое имѣютъ различные методы прикрѣпленія ретрофлексированныхъ матокъ кпереди на теченіе беременности и родовъ“. Онъ при этомъ разсматриваетъ прикрѣпленіе къ мочевому пузырю, передней брюшной стѣнкѣ и влагалищу. Первую операцію онъ разсматриваетъ вкратцѣ, такъ какъ она имѣетъ только историческій интересъ. Изъ прикрѣпленій къ передней брюшной стѣнкѣ онъ сначала разсматриваетъ вліяніе операціи *Alexander-Adams'a*. При ней нѣкоторые авторы наблюдали абортъ, хотя въ общемъ она не имѣла особенно вреднаго вліянія на теченіе беременности. Но такъ какъ эффектъ этой операціи не востояненъ, то она большинствомъ авторовъ оставлена. Болѣе вѣрные результаты относительно исправленія положенія матки даютъ способы вентрофиксаци, т. е. прикрѣпленія самого тѣла матки къ передней стѣнкѣ живота по *Ohlshausen-Kelly* или по способу *Leopold'a*. Послѣ этой операціи уже гораздо чаще встрѣчается неправильное теченіе беременности, которое высказывается или въ видѣ абортовъ, несрочныхъ родовъ или наконецъ срочныхъ родовъ съ неправильною, часто весьма болѣзненною потужною дѣятельностью, послѣродовыми кровотечениями и т. д. При послѣднемъ самомъ новомъ методѣ фиксаціи матки кпереди, при вагинофиксаци, неправильное теченіе родовъ встрѣчается еще чаще, что вполне естественно вытекаетъ изъ анатомическаго отношенія частей. При вентрофиксаци увеличивающаяся матка растетъ кверху къ мѣсту фиксаціи и только въ концѣ беремен-

ности, когда матка значительно увеличивается, особенно вследствие выпячивания верхней-задней стѣнки, происходит довольно значительное напряжение передней фиксированной стѣнки матки, которое можетъ привести къ преждевременнымъ родамъ. При вагинофиксациі же, вследствие того, что матка съ самаго начала беременности растетъ отъ фиксированнаго мѣста, очень рано могутъ появляться разныя осложнения въ теченіи беременности. При этомъ слѣдуетъ различать два метода—первоначально предложенный *Dürssen*'омъ и *Mackenrodt*'омъ, безъ вскрытія брюшины,—трансперитонеальный и послѣдовательный, со вскрытіемъ брюшины,—интраперитонеальный. При первомъ, матка фиксируется срощеніемъ двухъ серозныхъ оболочекъ, которыя по изслѣдованіямъ *Smüssa* даютъ менѣе прочный рубецъ, чѣмъ срощеніе серозной оболочки съ фиброзою тканью. Послѣднее имѣетъ мѣсто при второмъ—интраперитонеальномъ способѣ—вагинофиксациі, гдѣ серозная оболочка, покрывающая матку, обыкновенно срастается съ фиброзою тканью влагалищной стѣнки, вследствие чего получается весьма плотное срощеніе и эффектъ относительно исправленія положенія получается въ лучшей степени. Что же касается вліянія, которое эта операція оказываетъ на теченіе беременности, то слѣдуетъ принять за правило, что чѣмъ плотнѣе матка фиксирована у стѣнки влагалища, тѣмъ легче наступаютъ въ теченіи послѣдовательной беременности различныя неприятыя осложнения. Уже при трансперитонеальной вентрофиксациі *Dürssen* наблюдалъ 24 случая беременности, при которой, 6 т. е. 25% кончились абортomъ, 13 родили въ срокъ, хотя съ различными осложнениями, 5 же еще находились въ срединѣ беременности. При интраперитонеальной вагинофиксациі, уже разсуждая а priori, слѣдовало предположить легкость наступленія всевозможныхъ осложнений, принимая въ соображеніе плотность срощеній между маткою и стѣнкою влагалища. И дѣйствительно, *Strassmann* приводитъ два случая родовъ послѣ подобной вагинофиксациі, имѣвшіе оба весьма тяжелое теченіе. Въ обоихъ случаяхъ больныя доносили до конца; но съ самаго начала родовъ родовыя боли были весьма болѣзненны, неправильны. Наружный зѣвъ былъ значительно смѣщенъ къзади и совершенно не расширялся, вследствие того, что нижній передній сегментъ матки былъ на значительномъ протяженіи срощенъ съ переднею стѣнкою влагалища. Такъ какъ наружный зѣвъ такимъ образомъ не совпадалъ съ осью таза, то правильное вставленіе головки было затруднено, вследствие этого въ обоихъ случаяхъ наблюдалось выпаденіе пуповины. Въ первомъ случаѣ послѣ весьма труднаго поворота удалось извлечь живаго ребенка; во второмъ же случаѣ, гдѣ больная поступила въ клинику послѣ четырехдневной крайне мучительной родовой дѣятельности, наступилъ уже довольно большой разрывъ передней стѣнки влагалища. Зѣвъ и здѣсь былъ не расширенъ и значительно смѣщенъ къзади; также наблюдалось выпаденіе пуповины. Кромѣ того у второй больной было нѣсколько припадковъ эклампсіи, которую *Strassmann* приводитъ въ связь съ вагинофиксацией, при которой мочеточники могли быть легко

сжаты. Въ этомъ случаѣ произведено кесарское сѣченіе по *Porro*, но большая погибла вслѣдствіе уже наступившаго септического зараженія. Здѣсь я хотѣлъ бы замѣтить, что вторая больная рожала повторно и что всѣ предъидушіе роды протекали совершенно правильно.

Обсуждая терацію въ подобныхъ случаяхъ, *Strassmann* считаетъ отдѣленіе передней стѣнки матки отъ влагалища во время родовъ, разрѣзомъ черезъ переднюю стѣнку влагалища, какъ это предложилъ на предъидущемъ засѣданіи *Martin*, не совсѣмъ рациональнымъ, такъ какъ при этомъ можно легко поранить ткань дѣтскаго мѣста, разъ оно сидитъ на передней стѣнкѣ. *Strassmann* считаетъ самымъ цѣлесообразнымъ произвести въ подобныхъ тяжелыхъ случаяхъ кесарское сѣченіе по возможности по *Porro*, чтобы этимъ лишить больную возможности снова забеременѣть. Въ концѣ своего доклада авторъ предостерегаетъ отъ увлеченій вагинофиксаціею и совѣтуетъ ограничивать показанія къ примѣненію послѣдней. Въ случаяхъ кольпотомій, т. е. вскрытій брюшной полости черезъ переднюю стѣнку влагалища для произведенія различныхъ операцій на придаткахъ, онъ совѣтуетъ, разъ тѣло матки находится до операціи въ нормальномъ положеніи, не фиксировать его у передней стѣнки влагалища, какъ это до сихъ поръ дѣлалось сплошь и рядомъ.

Затѣмъ, тотчасъ же слѣдовалъ второй докладъ *Mackenrodt*'а „О вагинофиксаціи“. Сначала онъ въ краткихъ словахъ разбираетъ исторію и постепенное развитіе этой операціи. Онъ самъ пришелъ къ заключенію, что старый способъ вагинофиксаціи безъ вскрытія брюшины, предложенный имъ и *Dürssen*'омъ почти одновременно, не ведетъ къ цѣли, такъ какъ число рецидивовъ послѣ этой операціи черезъ чуръ велико. Вирочемъ *Mackenrodt* самъ имѣлъ при этой операціи лучшіе результаты, чѣмъ другіе авторы—именно только 10% рецидивовъ, что онъ объясняетъ тѣмъ, что онъ старался захватить черезъ невскрытую брюшину по возможности вышележащую точку матки. Не смотря на это, онъ подобно всѣмъ другимъ авторамъ, перешелъ къ интраперитонеальному способу вагинофиксаціи. Всего онъ такимъ образомъ оперировалъ 30 случаевъ. Но и при этомъ способѣ онъ уже имѣлъ два случая рецидива. Онъ сознается, что положеніе матки при вагинофиксаціи не соответствуетъ ея физиологическому положенію, и что весь связывающій аппаратъ, поддерживающій матку въ нормальномъ положеніи, послѣ этой операціи исключается. Пузырь мочевоы при этомъ значительно смѣщается вверхъ и располагается надъ маткою, какъ онъ не разъ имѣлъ случай наблюдать, вводя катетеръ послѣ окончанія операціи. Изъ за этого такъ часто послѣ операціи наблюдаются различныя разстройства въ отпавленіи мочевоаго пузыря. Крімъ того, онъ при этой операціи три раза наблюдалъ развитіе параметрита и въ нѣсколькихъ другихъ случаяхъ, гдѣ во время операціи придатки были освобождены отъ старыхъ периметрическихъ сращеній, послѣ операціи придатки удерживались еще болѣе плотными

срощеніями. Причину такого неблагопріятнаго теченія, онъ видитъ въ томъ, что асептика влагалища весьма трудно выполняема, почему, по его мнѣнію, кольпотомія никогда не будетъ въ состояніи замѣнить лапаротомію. Кромѣ того, кровотеченія бывають при этой операціи послѣ разъединенія значительныхъ срощеній, весьма сильныя и трудно останавливаются, такъ какъ доступъ къ кровоточащему сосуду крайне затрудненъ. Разъ кровотеченіе не остановлено тщательнo и еще асептика не вполне безупречна, понятно, результатъ не можетъ быть хорошимъ. Особенно непріятныя осложненія наступають, когда такая вагинофиксированная матка забеременѣваетъ. Беременность въ такихъ случаяхъ только тогда протекаетъ благополучно, когда срощеніе матки со стѣнкою влагалища разрывается, т. е. снова наступаетъ рецидивъ. Вслѣдствіе этого онъ прямо высказывается противъ вагинофиксаціи со вскрытіемъ брюшины. Кольпотомію, т. е. влагалищную лапаротомію, онъ считаетъ показанною въ немногихъ случаяхъ заболѣваній и небольшихъ опухолей придатковъ; но во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, онъ совѣтуетъ оперировать строго асептически и, во вторыхъ, въ концѣ операціи не пришивать тѣло матки къ влагалищу, какъ это до сихъ поръ было принято. Теперь спрашивается, какъ же оперировать ретрофлексированныя матки, разъ трансперитонеальный способъ даетъ столько рецидивовъ, интраперитонеальный же способъ совершенно не примѣнимъ, вслѣдствіе массы осложнений, встрѣчающихся при немъ. Здѣсь *MacKenrodt* предлагаетъ новый способъ, состоящій въ слѣдующемъ: передняя стѣнка влагалища разрѣзается въ продольномъ направленіи и отсепаровывается отъ подлежащей соединительной ткани, какъ это дѣлается при обыкновенной вагинофиксаціи. Затѣмъ, поперечнымъ разрѣзомъ надъ шейкою разрѣзается *septum vesicoservicale*, послѣ чего тупымъ путемъ пузырь отдѣляется на возможно большемъ протяженіи отъ шейки и передней стѣнки матки. Также по сторонамъ матки это отдѣленіе происходитъ какъ можно дальше. Когда такимъ образомъ обнажена складка брюшины, переходящая съ матки на пузырь, она вскрывается на всемъ своемъ протяженіи. Вскрывъ брюшину избѣгаютъ всякихъ лишнихъ манипуляцій, какъ изсѣдованія придатковъ и т. д. Только осторожно захватываютъ дно матки, притягиваютъ его и дѣлають на немъ поперечный разрѣзъ, проходящій только черезъ брюшину немного ниже отхожденія трубъ. Затѣмъ, верхній край брюшиннаго лоскута соединяется непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ съ брюшиною мочеваго пузыря, послѣ чего вся дальнѣйшая операція уже происходитъ экстраперитонеально. Послѣ этого тѣмъ же кетгутовымъ швомъ постепенно соединяются на значительномъ протяженіи передняя стѣнка матки съ заднею стѣнкою мочеваго пузыря. Этимъ достигается полное запусѣніе передняго Дугласова пространства и, по мнѣнію автора, довольно плотная фиксація матки впереди въ положеніи, болѣе соотвѣтствующемъ ея фізіологическому положенію, чѣмъ при вагинофиксированной маткѣ. Опасность повреж-

денія пузыря, по мнѣнію *Mackenrodt*'а, ничтожна, такъ какъ стѣнки мочеваго пузыря очень толсты. Понятно, что эту операцію можно примѣнять только при совершенно подвижныхъ ретрофлексіяхъ и при операціяхъ пролапса, при которыхъ матка всегда имѣетъ наклонность повертываться кзади. При ретрофлексіяхъ же съ значительными периметрическими срощеніями *Mackenrodt* единственною возможною операціею считаетъ венгрофиксацію.

Къ сожалѣнію, за позднимъ временемъ, пренія объ обоихъ докладахъ, которыя обѣщаютъ быть очень оживленными, отложены до слѣдующаго засѣданія.

*Ф. Веберъ.*