

Молодцевскому и др.
проф. Мухомору Владимирову
Мухомору

1874.

XXV. 11. III - 1900

1899. *от Т. Рейна*



618.1
T-78

ДВАДЦАТИПЯТИЛѢТІЕ

УЧЕНОЙ ДѢЯТЕЛЬНОСТИ

Профессора Т. Е. Рейна.

Со включеніемъ описанія Акушерско-Гинекологической Клиники

ИМПЕРАТОРСКАГО университета св. Владиміра.



Кіевъ. 1900 г.

КИСЛОВОДСКАЯ
ЦЕНТРАЛЬНАЯ КУРОРТНАЯ
БИБЛИОТЕКА

Акушерско-Гинекологическая Клиника

Императорскаго университета св. Владиміра.

Ея основаніе, развитіе, дѣятельность и устройство.

Г. Ф. Писемскаго.

Перваго ноября 1899 года исполнилось 55 лѣтъ существованія Акушерской Клиники при Императорскомъ университетѣ св. Владиміра¹⁾. Получивъ при своемъ основаніи самые скромные размѣры, въ настоящее время учрежденіе это, по своей величинѣ, устройству и по своей дѣятельности, смѣло можетъ занять мѣсто въ ряду наиболѣе выдающихся клиникъ не только въ Россіи, но и заграницей. Расширеніе клиники до настоящихъ размѣровъ послѣдовало не одновременно, за одинъ разъ, но совершалось постепенно, въ нѣсколько сроковъ, въ теченіе всего времени ея дѣятельности. Однако, нужно замѣтить, что въ послѣднія 16 лѣтъ увеличеніе это совершалось болѣе быстрыми шагами, благодаря настойчивости и энергіи нынѣшняго директора клиники проф. *Г. Е. Рейна*, громко заявлявшаго о нуждахъ клиники и преподаванія и сумѣвшаго привлечь къ этому дѣлу не только вниманіе высшей университетской администраціи, но и частную благотворительность. Въ силу этого клиника за время директорства проф. *Г. Е. Рейна*, т. е. за послѣднія 16 лѣтъ, увеличилась вдвое, а именно: вмѣсто бывшихъ 25 кроватей, въ настоящее время она имѣетъ 50.

Въ нижеслѣдующемъ будетъ изложена краткая исторія роста клиники и, въ зависимости отъ этого, развитіе ея дѣятельности.

¹⁾ До 1888 года въ этотъ день, считавшійся клиническимъ праздникомъ, ежегодно, въ память открытія клиникъ, происходило полуофициальное празднество, которое устраивали обыкновенно въ стѣнахъ клиникъ студенты-клиницисты, совмѣстно съ клиническими профессорами. Нельзя не пожалѣть, что этотъ обычай, служившій къ сближенію профессоровъ со студентами, почему то забытъ въ настоящее время.

I.

Старая Клиника (1844—1888).

Акушерско-Гинекологическая Клиника при университетѣ св. Владиміра была открыта 1-го ноября 1844 года. Первоначально предполагалось устроить ее на 20 коекъ, но затѣмъ, на первое время, рѣшено было удовольствоваться только 8 койками „съ тѣмъ, чтобы впослѣдствіи, по мѣрѣ надобности, число кроватей было увеличено“ ¹⁾.

Эти незначительные размѣры клиники, повидимому, соотвѣтствовали и потребностямъ того времени. Дѣйствительно, какъ видно изъ исторіи университета ²⁾, въ 1844 году число студентовъ на всѣхъ курсахъ медицинскаго факультета было всего девяносто шесть человѣкъ, а число окончившихъ университетъ медиковъ въ первыя восемь лѣтъ существованія клиникъ колебалось между 3 и 38. Въ другихъ русскихъ университетахъ преподаваніе акушерства и гинекологіи производилось въ такихъ же условіяхъ. Такъ, въ старѣйшемъ русскомъ университетѣ—Московскомъ—до 1846 года студенты могли изучать акушерство практически при повивальномъ институтѣ и родильномъ госпиталѣ, открытомъ (въ 1806 г.) при университетскомъ домѣ, на первый случай, лишь на 4 кровати для бѣдныхъ роженицъ ³⁾. Въ С.-Петербургской Военно-Медицинской Академіи почти одновременно съ открытіемъ акушерской клиники въ Кіевѣ, въ 1842 году, были устроены клиники на 3 отдѣленія—дѣтское, гинекологическое и акушерское—по 10 кроватей въ каждомъ ⁴⁾. Въ другихъ русскихъ университетахъ, въ первой половинѣ нынѣшняго столѣтія, было тоже: въ Харьковскомъ—акушерская клиника имѣла сначала 4, а затѣмъ 6 кроватей ⁵⁾, въ Казанскомъ—въ 1841 году открыта была на 14 кроватей ⁶⁾.

Слѣдовательно, ограниченные размѣры Кіевской Акушерской Клиники, при ея основаніи, соотвѣтствовали, съ одной стороны, потребностямъ того времени въ только что открытомъ Кіевскомъ университетѣ, а съ другой,—размѣры эти шли въ параллель и съ тѣмъ ограниченнымъ положеніемъ, которое занимало преподаваніе акушерства и гинекологіи въ первой половинѣ нынѣшняго столѣтія въ русскихъ университетахъ вообще.

Въ исторіи дѣятельности Акушерской Клиники въ Кіевскомъ университетѣ нужно различать два рѣзко разграниченныхъ періода. Первый періодъ обнимаетъ промежутокъ времени отъ 1844 по 1888 годъ, когда Акушерская Клиника не имѣла собственнаго зданія, а находилась „временно“ въ главномъ зданіи университета (См. фиг. 1), гдѣ по-

¹⁾ Учрежденія университета св. Владиміра. Юбилейное изданіе. Кіевъ, 1884 г. „Акушерская Клиника“. Записка проф. Г. Е. Рейна.

²⁾ *Владимірскій-Будановъ*. Исторія Императорскаго университета св. Владиміра. Кіевъ, 1884.

³⁾ *Флоринскій*. Введеніе въ гинекологію. СПб. 1869, стр. 189.

⁴⁾ *Груздевъ*. Историческій очеркъ кафедры акушерства и женскихъ болѣзней Императорской Военно-Медицинской Академіи. СПб. 1898 г.

⁵⁾ *Флоринскій*. Ibid, стр. 194.

⁶⁾ *Флоринскій*. Ibid, стр. 197.

мѣщеніе ея было мало приспособлено для правильнаго и современнаго преподаванія акушерства и гинекологіи (старая клиника). Второй періодъ исторіи клиники начинается съ 1888 года. Съ этого времени клиника располагаетъ уже совершенно отдѣльнымъ, спеціально для нея выстроеннымъ зданіемъ, снабженнымъ всѣми необходимыми приспособленіями, соотвѣтственно новѣйшимъ требованіямъ науки (новая клиника). Безъ сомнѣнія, благодаря этому, научная и педагогическая дѣятельность учрежденія за это время быстро шагнула впередъ и достигла нынѣ столь значительнаго развитія.

Съ 1844 по 1867 годъ клиника имѣла въ распоряженіи 8 коекъ, на которыхъ размѣщался весь акушерскій и гинекологическій матерьялъ. Въ 1867 году, на основаніи университетскаго устава 1863 г., число штатныхъ коекъ было увеличено до 25, а въ 1888 году, съ переходомъ клиники въ новое зданіе, учреждено было еще 5 сверхштатныхъ платныхъ коекъ. Въ 1893 году, благодаря надстройкѣ верхняго этажа въ клиническомъ павильонѣ, прибавилось еще 10 коекъ (отдѣленіе въ память барона и баронессы *Штейнгель*), и, наконецъ, въ этомъ (1900) году, съ окончаніемъ пристройки въ память *В. Л. Бродской*, клиника увеличилась до 50 кроватей.



Фиг. 1. Внѣшній видъ старой клиники, помѣщавшейся въ нижнемъ, полуподвальномъ этажѣ сѣверной части главнаго университетскаго зданія. Клиникѣ соотвѣтствуетъ нижній рядъ оконъ. На фотографіи представлена половина главнаго фасада университета св. Владиміра.

До 1888 года, какъ уже выше сказано, Акушерская Клиника была поставлена, въ своей дѣятельности, въ очень невыгодныя условія, а именно: съ 1844 по 1857 г. помѣщенія клиники находились въ нижнемъ, полуподвальномъ этажѣ сѣверной части главнаго университетскаго зданія, съ низкими сводчатыми потолками, и занимала всего 7 комнатъ, изъ коихъ 5 служили для помѣщенія больныхъ и рожениць. Въ теченіе 10 лѣтъ—съ 1857 по 1867 г.г.—клиника занимала помѣщеніе, состоящее изъ

4 палатъ, во второмъ этажѣ университета, обращенныхъ окнами въ сѣверный дворъ, гдѣ потомъ находились палаты хирургической факультетской клиники, а нынѣ—физическій институтъ университета. Эти четыре комнаты, хотя были и лучше, чѣмъ палаты въ прежнемъ помѣщеніи клиники, но въ то же время были совершенно не приспособлены для своего назначенія и уже по тому времени были недостаточны какъ для больныхъ, такъ и для цѣлей преподаванія. Такъ, по словамъ д-ра *А. С. Лыскова*, автора отчета клиники за 1854—1864 г.г., роженицы подвергались внутреннему изслѣдованію по нѣскольکو десятковъ а иногда и сотенъ разъ (до 300!) многими студентами и ученицами повивальной школы. Разумѣется, это крайне невыгодно отражалось на теченіи послѣродоваго періода и смертности рожениць. Въ отчетѣ д-ра *А. С. Лыскова* за 10 лѣтъ на 414 родильницъ вычислено 19 смѣртныхъ случаевъ, или около $4\frac{1}{2}\%$ смертности.

Въ 1867 году, вслѣдствіе увеличенія числа коекъ до 25, клиника была переведена обратно въ нижній этажъ и заняла то помѣщеніе, въ которомъ она оставалась до 1888 года, т. е. до перехода въ отдѣльный павильонъ, собственно для нея выстроенный.

Первымъ директоромъ Кіевской Акушерской Клиники былъ проф. *А. П. Матвѣевъ*, который завѣдывалъ ею съ 1844 по 1882 г., т. е. въ теченіе 38 лѣтъ.

Заимствуемъ біографическія данныя о немъ изъ „Біографическаго словаря профессоровъ и преподавателей Императорскаго университета св. Владиміра“. Кіевъ 1884 года, стр. 401.

Фиг. 2.

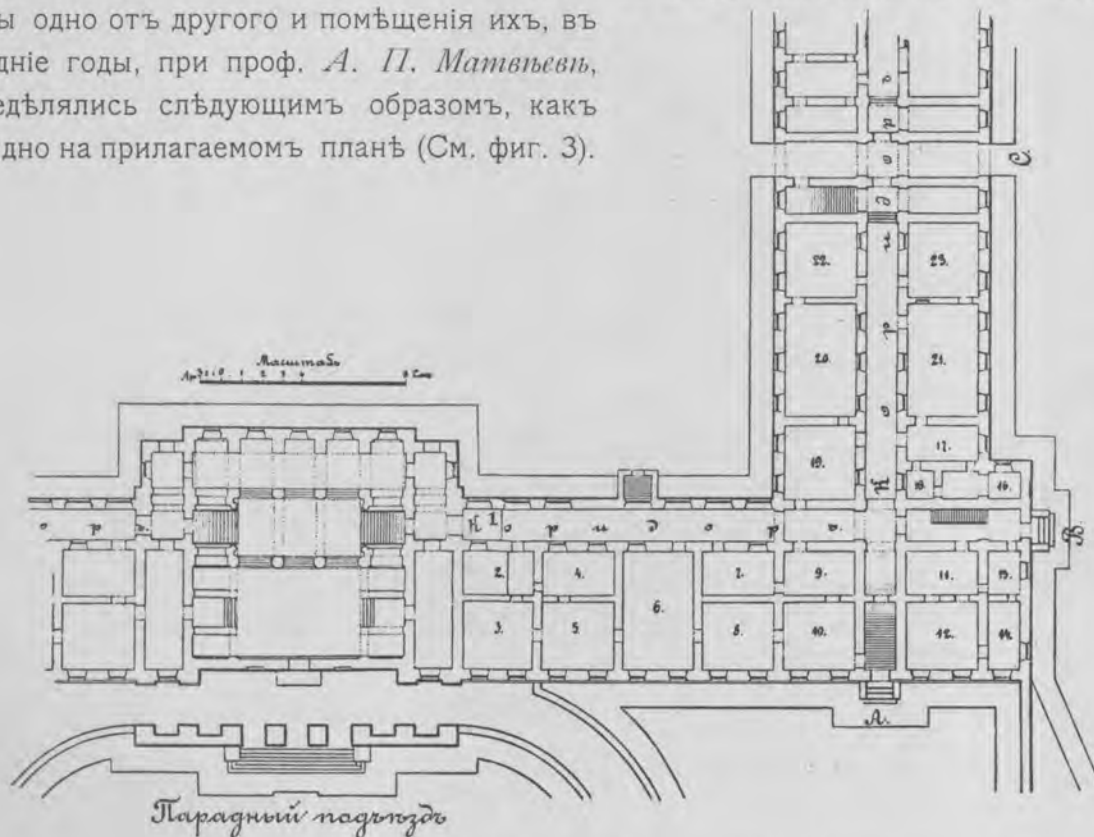


Александръ Павловичъ Матвѣевъ.

Докторъ-медицины, *заслуженный ординарный профессоръ* по кафедрѣ акушерства, женскихъ и дѣтскихъ болѣзней, тайный совѣтникъ, православнаго вѣроисповѣданія, происходилъ изъ дворянъ; род. въ 1816 году, въ родовомъ имѣніи Орловской губ. Первоначальное воспитаніе получилъ въ Московскомъ дворянскомъ университетскомъ пансіонѣ. По окончаніи же, въ 1841 году, курса медицинскихъ наукъ, въ томъ же

университетѣ, со степенью лекаря 1-го отдѣленія, состоялъ въ теченіе одного года при Московской Екатерининской больницѣ, а затѣмъ отправился, на свой счетъ, въ путешествіе за границу для усовершенствованія въ наукахъ. За границей онъ занимался въ теченіе двухъ лѣтъ по преимуществу акушерствомъ и женскими болѣзнями у *Кивиша, Негелл* и *Буша*. Послѣдній рекомендовалъ его, какъ выдающагося молодого ученаго, министру народнаго просвѣщенія *С. С. Уварову*. По прочтеніи пробной лекціи въ Петербургѣ, *А. П. Матвѣевъ* былъ назначенъ въ университетъ св. Владимира, въ 1844 году, и. д. адъюнкта по кафедрѣ акушерства, женскихъ и дѣтскихъ болѣзней. Назначеніе *А. П. Матвѣева* состоялось по смерти проф. *Крамаренкова*, опредѣленнаго на кафедру акушерства 29 іюля 1841 года и тогда же отправленнаго для приготовления къ занятію этой кафедры въ Германію, Францію и Англию, но умершаго въ Прагѣ до возвращенія изъ этой командировки. Въ 1847 году *А. П.* удостоенъ медицинскимъ факультетомъ Кіевскаго университета степени доктора медицины и утвержденъ экстра-ординарнымъ профессоромъ по занимаемой имъ кафедрѣ, а въ 1848 году—ординарнымъ профессоромъ. Въ 1864 году произведенъ въ дѣйствительные статскіе совѣтники. Въ 1867 году, по выслугѣ 25 лѣтъ, оставленъ на службѣ еще на 5 лѣтъ. Въ 1869 году утвержденъ въ званіи заслуженнаго профессора. Въ 1872 году оставленъ на службѣ на 2-е пятилѣтіе. Въ 1877 году произведенъ за отличіе въ тайные совѣтники и оставленъ на службѣ еще на 3-е пятилѣтіе. Былъ деканомъ медицинскаго факультета съ 1862 по 1865 г.; проректоромъ—со 2-го апрѣля 1865 по 9-е сентября 1865 г. и съ 1872 по 1875 г. и ректоромъ—съ 1865 по 1871 г. и съ 1875 по 1878 годъ. Пожалованъ кавалеромъ русскихъ орденовъ до ордена св. Владимира 2-й степени. Скончался въ Кіевѣ 23 мая 1882 года.—*А. П. Матвѣевъ* приобрѣлъ громкую извѣстность и обширный кругъ почитателей во всемъ Юго-Западномъ краѣ своею многолѣтнею, успѣшною практическою дѣятельностью. Какъ преподаватель, онъ отличался чрезвычайно яснымъ и талантливымъ изложеніемъ предмета. Онъ былъ извѣстенъ всей русской медицинской публикѣ, какъ авторъ одного изъ весьма немногихъ русскихъ оригинальныхъ учебниковъ по медицинѣ: *Руководство къ Акушерству*. Книга эта составлена весьма удачно для своего времени (1856 г.) и выдержала 3 изданія. Кромѣ того проф. *А. П. Матвѣевъ* издалъ: *Руководство къ повивальному искусству для повивальныхъ бабокъ*, выдержавшее 4 изданія. Изъ оригинальныхъ работъ проф. *А. П. Матвѣева* извѣстны: 1) *De morbis puerperalibus*, диссертация 1847 г. и 2) *Объ оперативномъ леченіи хроническаго выворота матки помощью медленно стягиваемой лигатуры* (*Соврем. Мед.* 1865 г.).

Родильное и гинекологическое отдѣленія въ старой клиникѣ не были строго раздѣлены одно отъ другого и помѣщенія ихъ, въ послѣдніе годы, при проф. *А. П. Матвѣевѣ*, распредѣлялись слѣдующимъ образомъ, какъ это видно на прилагаемомъ планѣ (См. фиг. 3).



Фиг. 3. Планъ помѣщенія старой клиники (Ср. фиг. 1).

*Родильное отдѣленіе*¹⁾. Клиническій входъ (С) былъ со двора, въ концѣ гинекологическаго корридора. Всѣ помѣщенія, исключая родильной комнаты, состояли изъ 4 комнатъ (на планѣ №№ 3, 5, 6 и 8), съ низенькими окнами на улицу; при нихъ небольшая комната для дежурныхъ ученицъ, ванная и комната для служанки (№№ 4, 7 и 9). Палаты выходили дверьми въ широкій, сводчатый, односторонній корридоръ, обращенный окнами во внутренній университетскій дворъ. Родильная комната (2) находилась среди гинекологическихъ палатъ. Клозетъ (18) находился также вдали отъ палатъ и сообщался съ ними посредствомъ теплаго корридора. Всѣхъ кроватей въ акушерскомъ отдѣленіи считалось 14, хотя въ экстренныхъ случаяхъ приставлялись еще и добавочныя, а иногда родильницъ приходилось помѣщать и на полу. По палатамъ кровати приблизительно распредѣлялись такъ: въ первой палатѣ (8), рядомъ съ аудиторіей, помѣщались 4 кровати; въ слѣдующей (6) также 4 кровати; въ третьей палатѣ (5)—три койки и въ послѣдней (3)—три. Приемная, она-же *аудиторія*, (10) была небольшая комната съ дверью въ клиническій подъѣздъ²⁾. *Родильная комната* (21) находилась среди помѣщеній гинекологическаго отдѣленія и сообщалась съ родильными палатами посредствомъ того же теплаго корридора; при ней была небольшая комната, въ которой во время родовъ находился ординаторъ. По величинѣ своей она нѣсколько больше тѣхъ комнатъ (палатъ), въ которыхъ помѣщались беременныя и родильницы. Она имѣла 3 окна, обращенныя въ сѣверный дворъ университета. Приспособленія родильной комнаты при проф. *А. П. Матвѣевѣ*, необходимыя для демонстраціи, заключались въ томъ, что къ срединѣ глухой стѣны была придѣлана рѣшетка, съ дверцами, которая отдѣляла пространство, гдѣ помѣщалась родильная кровать, отъ остальной части комнаты. Во время родовъ въ этомъ пространствѣ, отдѣленномъ рѣшеткою, присутствовали только практикантъ, приемщица—ученица повивальнаго института—и старшая акушерка, а остальной учащейся персоналъ, т. е. студенты и акушерки, помѣщались внѣ рѣшетки. Транспортировка роженицъ изъ палатъ въ родильную комнату, а родильницъ изъ родильной комнаты въ палаты, производилась на перевозной кровати, устроенной по рисунку бывшаго ординатора клиники д-ра *Функе*, которая съ привезенною роженицею вкатывалась въ пространство, отдѣленное рѣшеткою, и прикрѣплялась посредствомъ крючковъ къ стѣнѣ. Кровать приспособлена была довольно удобно для родовъ и для операций, для чего она могла сдвигаться. Эта кровать служила для той же цѣли и при проф. *Г. Е. Рейнѣ* до перехода клиники въ новое зданіе.

Гинекологическое отдѣленіе. Палаты выходили въ срединный корридоръ, служившій продолженіемъ родильнаго корридора. Корридоръ гинекологическаго отдѣленія былъ совершенно темный, почему даже днемъ освѣщался керосиновыми лампами; полъ его былъ вымощенъ кирпичами, въ елку,—все это сообщало ему характеръ подвала. Гинекологическія палаты, числомъ пять, обращены были окнами во внутренній универ-

¹⁾ *Водягинъ*. Медицинскій отчетъ изъ Акушерской Клиники за три года. Универс. Изв. 1880 г.

²⁾ Клиническія лекціи состояли по преимуществу въ обходахъ палатъ со студентами.

ситетскій дворъ. Въ нихъ размѣщалось 11 кроватей. Крайнія двѣ палаты, по 2 кровати каждая, занимали одну комнату (на планѣ 19), раздѣленную перегородкою. Слѣдующая палата (20) на 4 кровати. Четвертая палата на 2 и послѣдняя (22, тоже перегородженная)—1 койку.

Кабинетъ профессора (23) помѣщался въ концѣ гинекологическаго корридора.

При клиникѣ находилась квартира старшаго ординатора (11, 12, 13 и 14), съ особымъ подъѣздомъ (В), выходившимъ на сѣверный дворъ. Второй ординаторъ, завѣдывавшій обыкновенно родильнымъ покоемъ, и акушерка жили черезъ дворъ, на 4 этажѣ университетскаго зданія. Вслѣдствіе этого, при поступленіи роженицъ, приходилось всякій разъ приглашать весь персоналъ внизъ, что представляло громадное неудобство, въ особенности ночью. Комната для вскрытія клиническихъ труповъ, находилась тутъ-же, въ зданіи университета, во II этажѣ, рядомъ съ терапевтической клиникой.

Послѣ смерти проф. *А. П. Матвѣева*, въ теченіе 1882—1883 учебнаго года, временно завѣдывали клинкою доценты *А. А. Шварцъ* и *Н. Ф. Толочиновъ*. Съ 27 мая 1883 года директоромъ клиники состоитъ проф. *Г. Е. Рейнъ*. При немъ произведены нѣкоторыя передѣлки, какъ напр. устроены каминны, съ цѣлью вентиляціи, и слѣдующія перемѣны въ распредѣленіи клиническихъ помѣщеній. Парадный ходъ въ клинику, для облегченія доступа приходящихъ больныхъ въ клинику, былъ открытъ съ улицы, со стороны клиническаго подъѣзда (А). Аудиторія переведена въ комнату (21), служившую раньше родильнымъ покоемъ, самую большую комнату въ клиникѣ, гдѣ и читались всѣ лекціи по акушерству и женскимъ болѣзнямъ, какъ по систематическому курсу, такъ и по клиникѣ, а въ бывшій кабинетъ профессора (23) переведенъ родильный покой. Прежняя пріемная—аудиторія (10) перегородкой раздѣлена на пріемную и кабинетъ профессора, а одну изъ родильныхъ палатъ (3) предназначили спеціально для чревосѣченій. Другія помѣщенія остались, приблизительно, при прежнихъ назначеніяхъ. Въ пріемной комнатѣ, предъ кабинетомъ профессора, производился осмотръ гинекологическихъ больныхъ и роженицъ. Амбулаторные пріемы въ началѣ были очень немногочисленны и стали развиваться лишь постепенно ¹⁾. Въ пріемной помѣщался широкій деревянный столъ, остатокъ стараго времени, съ кожаными подушками и выдвигаемыми подножками, служившій для изслѣдованія больныхъ, а ночью, за отсутствіемъ особой дежурной комнаты, на немъ нерѣдко спали мы, дежурившіе студенты. Столъ этотъ, впрочемъ, вскорѣ былъ замѣненъ кресломъ *Schröder'a*, выписаннымъ изъ Берлина. Рядомъ съ столомъ находился широкій деревянный шкафъ съ лекарствами для амбулаторнаго пріема; въ немъ же хранились и нѣкоторые инструменты. Меблировка комнаты состояла изъ нѣсколькихъ старинныхъ мягкихъ стульевъ.

Изъ пріемной дверь вела въ кабинетъ профессора. Это была довольно большая комната, уставленная также старинной мягкой мебелью и шкафами, въ которыхъ

¹⁾ Вообще клинической матеріалъ для преподаванія гинекологіи былъ столь скуденъ, что для упражненія студентовъ въ изслѣдованіи, введеніи зеркалъ и т. п. приглашались при проф. *А. П. Матвѣевъ* наемныя женщины.

хранились инструменты, аппараты и прочій инвентарь клиники, и между ними много старыхъ, использованныхъ вещей. Тутъ же стояли фантомы, женскій тазъ на подставкѣ и другія принадлежности преподаванія. Кабинетъ былъ въ то же время комнатой и для ординаторовъ. Для операціонной, какъ сказано, была отведена одна изъ родильныхъ комнатъ (3). При ней имѣлось двѣ маленькихъ переднихъ; въ одной изъ нихъ (2) жилъ почему то служитель терапевтической клиники проф. *Меринга*; служитель этотъ продолжалъ оставаться тамъ и при директорствѣ проф. *Г. Е. Рейна*, но ему была отведена уже малая часть передней. Удалить его не было никакой возможности. Такъ какъ онъ былъ семейный, отецъ 4—5 дѣтей, жившихъ при немъ, то онъ сохранялъ тутъ же и свои зимніе запасы, напр., связки лука, развѣшанныя по стѣнамъ.

Приспособленія комнаты къ чревосѣченіямъ заключались въ томъ, что палата эта не была занимаема больными, а оставалась нѣсколько дней свободной послѣ того, какъ предшествовавшія больныя успѣвали оправиться послѣ чревосѣченій и на 2-й, 3-й день переводились въ общія палаты. Передъ операціей комната прокуривалась сѣрой или хлоромъ; деревянные полы мылись дезинфицирующими растворами, а стѣны, покрашенные обыкновенною клеевою краскою, протирались, а послѣ грязныхъ операцій белились известью. Передъ и во время операціи пускался паровой карболовый шпрей. Ср. отчетъ о 30 оваріотоміяхъ проф. *Г. Е. Рейна*. Врачъ 1885 г. (Ср. ниже, стр. 83). Вслѣдствіе этого, при полномъ отсутствіи вентиляціи, воздухъ въ операціонной комнатѣ былъ чрезвычайно удушливъ. По всей вѣроятности, это имѣло извѣстное вліяніе на развитіе у многихъ лицъ тогдашняго персонала акушерской клиники симптомовъ отравленія организма дезинфицирующими веществами. Освѣщеніе операціонной комнаты было скудное—двумя маленькими окнами, о четырехъ стеклахъ каждое. Послѣ операціи больныя оставались въ операціонной комнатѣ еще 2, 3 дня.

Рядомъ съ операціонной комнатой находилась лабораторія (1), подъ которую, уже при проф. *Г. Е. Рейнѣ*, отгорожена была часть корридора. Эта маленькая импровизированная лабораторія уставлена была сверху до низу полками и шкафами съ банками, въ которыхъ хранились въ спирту и въ Миллеровской жидкости патолого-анатомическіе препараты, полученные послѣ операцій. Поближе къ окну стоялъ простой некрашенный деревянный столъ съ микроскопомъ. Вначалѣ былъ одинъ маленькій рабочій микроскопъ *Hartnack*'а, къ которому присоединился собственный микроскопъ проф. *Рейна*, а впослѣдствіи былъ приобрѣтенъ и апохроматъ *Zeiss*'а и два микроскопа *Рейхерта*. Помѣщеніе лабораторіи производило по своей тѣснотѣ и темнотѣ тяжелое впечатлѣніе.

Родильный покой. Обстановка его состояла изъ той же кровати—телѣжки д-ра *Функе*, умывальника и шкафа съ инструментами, необходимыми при родахъ. Полы обыкновенные, деревянные, окрашенные въ желтую краску. Стѣны выкрашены свѣтлою клеевою краскою. Изъ родильнаго покоя дверь вела въ *аудиторию* (21). Это была обширная комната съ косыми прорѣзами для маленькихъ оконъ, пропускавшихъ мало свѣта, что давало себя знать особенно зимой во время первой лекціи, которую проф.

Рейнъ читаль отъ 8 до 10 ч. утра. Въ аудиторіи стояли столъ, кресло для профессора, а для студентовъ простыя скамьи безъ спинокъ, выкрашенныя въ желтую краску. Заднія скамьи были сдѣланы нѣсколько выше переднихъ. По стѣнамъ развѣшаны были акушерскія таблицы *Шульце*. Вентиляціи—никакой, а такъ какъ аудиторія была всегда переполнена студентами, которыхъ бывало до 200 человекъ, то къ концу лекціи воздухъ становился невыносимо спертымъ. По изслѣдованіямъ на угольную кислоту, сдѣланнымъ однимъ специалистомъ химикомъ, содержаніе угольной кислоты достигало подъ конецъ лекціи невѣроятной цифры. Изъ аудиторіи была дверь въ маленькую прихожую (17), а дальше было отхожее мѣсто (18) самаго примитивнаго устройства, что ухудшало и безъ того испорченный воздухъ въ аудиторіи.

Отопленіе клиники производилось простыми желѣзными печами, *освѣщеніе* при помощи керосиновыхъ лампъ. Для *вентиляціи* существовали только оконныя форточки, число коихъ было крайне ограничено. При проф. *Рейнъ* устроено было нѣсколько вытяжныхъ каминовъ въ палатахъ родильнаго отдѣленія, гдѣ воздухъ былъ особенно спертъ, вслѣдствіе невозможности во всякое время пользоваться форточками изъ за присутствія новорожденныхъ. *Мойка* бѣлья отдавалась съ подряда простой прачкѣ, вслѣдствіе чего не было ни малѣйшей возможности раздѣлять заразное бѣлье отъ не заразнаго, а съ другой стороны, испытывался въ чистомъ бѣльѣ постоянный недостатокъ.

Вообще, всѣ помѣщенія клиники, хотя и были сравнительно довольно обширны, но съ ихъ низкими потолками, въ формѣ сводовъ, и маленькими окнами производили впечатлѣніе подвальныхъ помѣщеній и, не смотря на нѣкоторыя передѣлки и чистку, произведенныя при проф. *Рейнъ*, они имѣли жалкій, удручающій видъ. На своей первой вступительной лекціи, прочитанной въ сентябрѣ 1883 г. въ университетѣ св. Владимира, новый профессоръ—*Г. Е. Рейнъ*—обратилъ вниманіе всѣхъ присутствующихъ на это обстоятельство и тогда же выразилъ надежду, что это долго продолжаться не можетъ, что въ скоромъ времени непременно должны быть построены новыя клиники, о которыхъ рѣчь заводилась и прежде. „Помѣщенія клиники“, пишетъ проф. *Рейнъ* ¹⁾ „неудовлетворительны какъ по недостаточному кубическому содержанію воздуха, около 3½ куб. саж. на кровать, такъ и по отсутствію цѣлесообразныхъ приспособленій для вентиляціи палатъ, по невозможности изоляціи больныхъ, по отсутствію отдѣльнаго помѣщенія для прислуги, по устройству и расположенію отхожихъ мѣстъ и проч.“. Здѣсь же можно указать на отсутствіе сколько нибудь сносныхъ специальныхъ помѣщеній для операціонной комнаты, родильнаго покоя, аудиторіи, амбулаторіи, лабораторіи, инфекціоннаго отдѣленія etc., безъ которыхъ современная клиника не мыслима. При самой постройкѣ университета, описываемое помѣщеніе вовсе не предназначалось для клиникъ, а потому, естественно, оно и не соотвѣтствовало своему назначенію. Въ настоящее время большая часть бывшихъ палатъ отведена подъ квартиры служащихъ при универ-

¹⁾ *Рейнъ*. Историческая записка объ акушерской клиникѣ въ сборникѣ, опубликованномъ къ 50 лѣтнему юбилею университета. Кіевъ, 1884 г.

ситетъ и служителей, а бывшая аудиторія и родильный покой—подъ слесарную мастерскую при кафедрѣ физики.

Справедливость требуетъ, однако, здѣсь же замѣтить, что, не смотря на невзрачное помѣщеніе клиники, лишенной всѣхъ необходимыхъ приспособленій для преподаванія, производства операций etc. и даже лишенной свѣта въ достаточномъ количествѣ, не смотря на недостатокъ персонала и нужду во всемъ, начиная съ инструментовъ для изслѣдованія и для операций и т. п., работа въ клиникѣ кипѣла днемъ и ночью. Какъ врачи такъ и студенты, одушевленные безграничною энергіею молодого профессора, предавались, съ большимъ рвеніемъ, изученію акушерства и гинекологіи, по преимуществу оперативной, тогда только что народившейся. Благодаря весьма энергичному примѣненію антисептическаго метода, исходы родовъ сдѣлались лучше, а изъ оперированныхъ гинекологическихъ больныхъ выздоравливали даже послѣ тяжкихъ операций, которыя, казалось, даже было рискованнымъ производить при столь жалкой обстановкѣ. Такъ, въ первый же годъ въ Кіевѣ проф. *Рейномъ* была произведена тяжелая овариотомія, съ благопріятнымъ исходомъ; въ слѣдующемъ году—первая міомотомія съ исходомъ въ смерть (см. ниже, стр. 275); далѣе, полное удаленіе черезъ влагалище раково-перерожденной матки (стр. 105), экстирпація почки по *Simon'у* (стр. 284)—обѣ съ благопріятнымъ исходомъ и т. д. Отчетъ о первыхъ 30 овариотоміяхъ (стр. 81) и о первыхъ 16 міомотоміяхъ (стр. 89) дали цифры выздоровленія, мало уступавшія цифрамъ изъ лучшихъ клиникъ того времени. Но результаты эти, при столь неблагопріятной внѣшней обстановкѣ, стоили большого напряженія силъ всему врачебному персоналу, и, можно сказать, были добыты по́томъ и кровью, и нервами работавшихъ врачей и студентовъ.

Въ жалкомъ закоулкѣ-лабораторіи производились микроскопическія изслѣдованія всѣхъ опухолей, выдѣленій и другихъ препаратовъ, полученныхъ въ клиникѣ. Въ ней же въ 1884 году произведена была замѣчательная работа студента *А. Афанасьева* (и *Мельникова*) надъ микроорганизмами послѣродовыхъ отдѣленій (см. ниже, стр. 208). Первымъ завѣдывающимъ лабораторіею былъ *М. Ф. Вознесенскій*, состоявшій въ то время младшимъ врачомъ Кіевского Кадетскаго Корпуса.

II.

Новая Клиника (1888—1893).

Еще въ 1841 году ¹⁾ былъ возбужденъ вопросъ въ университетѣ объ устройствѣ отдѣльных помѣщеній для медицинскихъ учреждений—въ томъ числѣ и для клиникъ.

Но потомъ министръ народнаго просвѣщенія *Уваровъ* призналъ за лучшее не

¹⁾ *Владимірскій-Будановъ* l. c.

строить отдѣльныхъ зданій для медицинскаго факультета, а помѣстить его въ главномъ зданіи университета и его проектированныхъ флигеляхъ. На этомъ основаніи составлены были архитекторомъ *Беретти* новые проекты расположенія зданія университета и одного изъ проектированныхъ флигелей. Вслѣдствіе такихъ соображеній оказывалось, что помѣщеніе медицинскаго факультета, съ принадлежностями, въ зданіяхъ университета можетъ быть со всѣми удобствами устроено *не только на время, но и постоянно*, пока не потребуется распространенія университетскаго помѣщенія, вслѣдствіе чрезмѣрнаго расширенія объема самого заведенія. *Уваровъ* писалъ: „Въ бытность мою въ Кіевѣ, я лично убѣдился, что огромный размѣръ университетскихъ зданій можетъ вполне соответствовать всѣмъ потребностямъ помѣщенія университета, тѣмъ болѣе, что преподавателямъ производятся по штату квартирныя деньги. По сему, хотя на передаваемомъ нынѣ (военнымъ министерствомъ) университету мѣстѣ и предполагалось произвести дома для клиникъ и анатомическаго театра, но я считаю нужнымъ, какъ по сказанной причинѣ, такъ и по неимѣнію въ вѣренномъ мнѣ министерствѣ достаточныхъ на таковыя постройки денежныхъ средствъ, отмѣнить составленіе на сей предметъ новыхъ проектов“. Но и этимъ проектамъ предстоялъ еще впереди длинный путь до осуществленія: по разсмотрѣніи ихъ въ Кіевѣ надо было возвратити ихъ министру для передачи на разсмотрѣніе главнаго управленія путей сообщенія и публичныхъ зданій. Кромѣ того вопросъ о помѣщеніи медицинскаго факультета вошелъ въ связь съ устройствомъ ботаническаго сада, такъ какъ для того и другого предназначалось прежде одно и то же мѣсто. Затѣмъ и проектъ *Беретти* былъ видоизмѣненъ: всѣ клиники предположено помѣстить не въ проектированныхъ флигеляхъ, а опять въ главномъ зданіи, именно въ сѣверномъ фасѣ его. Итакъ, благодаря расчетливости государственнаго казначейства, клиники введены были въ зданіе университета, къ величайшему вреду, какъ для нихъ самихъ, такъ и для прочихъ учрежденій университета“ ¹⁾.

Впослѣдствіи вопросъ о постройкѣ отдѣльныхъ зданій для клиникъ подымался неоднократно. Такъ, болѣе 30 лѣтъ тому назадъ возникъ проектъ покойнаго проф. *Покровскаго*, по которому предполагалось выстроить новыя клиники при городской больницѣ, постройка которой въ то время только что предполагалась; но проекту этому не суждено было осуществиться, хотя университетъ имѣлъ уже документы на участокъ городской земли, рядомъ съ больницею. Взамѣнъ клиникъ при городской, нынѣ Александровской, больницѣ, городъ предложилъ университету выстроить на университетской землѣ на свой счетъ одинъ, а впослѣдствіи и другой баракъ для клиникъ— на 30 коекъ каждый. Дѣло объ этихъ постройкахъ долго тянулось, но ничѣмъ не было окончено. Впослѣдствіи, въ 1886 г., замѣнъ обѣщанныхъ бараконъ, городское управленіе выстроило на территоріи Александровской больницы помѣщеніе для вновь учрежденныхъ по уставу 1884 года, пропедевтической терапевтической клиники и для клиники нервныхъ болѣзней. Еще спустя нѣкоторое время, въ 1891 г., городское управ-

¹⁾ *Владимірскій-Будановъ* I. с. р. 410

леніе построило на території Александровской больницы и особую дѣтскую клинику, при чемъ часть средствъ на постройку павильона для дѣтскихъ болѣзней составило пожертвованіе покойнаго Демидова, князя Санъ-Донато, съ разрѣшенія вдовы его Елены Петровны, выраженнаго въ письмѣ на имя проф. *Г. Е. Рейна*.

Придя къ убѣжденію, что проектъ постройки факультетскихъ клиникъ въ общей усадьбѣ съ Александровской больницей осуществить не удастся, университетъ возбудилъ ходатайство объ отпускѣ суммъ изъ казны на постройку новыхъ клиникъ въ собственной усадьбѣ. На это ходатайство обращено было вниманіе, отпущены суммы, о чемъ 8-го сентября 1884 года, въ день акта по случаю пятидесятилѣтія Кіевскаго университета, отъ г. министра народнаго просвѣщенія было сообщено телеграммой слѣдующее: „Высочайше разрѣшено отпустить 265,555 рублей на устройство клиникъ университета св. Владиміра, начиная съ 1885 года“. Сообщеніе это встрѣчено было съ восторгомъ, такъ какъ отвѣчало самымъ насущнымъ требованіямъ университета¹⁾. Но осуществленіе новаго проекта постройки клиникъ, составившее эпоху въ развитіи Акушерской Клиники, состоялось лишь осенью 1888 года. Въ этомъ году для клиникъ были окончены постройкой два павильона въ западной части университетской усадьбы, а третій — служебный, передѣланъ изъ бывшей университетской типографіи. Одинъ павильонъ предназначенъ для хирургической и терапевтической клиникъ, другой — для акушерской и офтальмологической. Для этого павильона пришлось воспользоваться частію Ботаническаго сада. Составленіе программъ и плановъ зданія, переходъ въ новое помѣщеніе и устройство Акушерской Клиники, въ самыхъ мелкихъ деталяхъ асептической обстановки совершались подъ непосредственнымъ руководствомъ директора ея, проф. *Г. Е. Рейна*.

Помѣщенія Клиники 1888 года. Акушерская Клиника, вмѣстѣ съ глазной, заняли отдѣльное зданіе, каменный павильонъ, въ средней своей части двухъэтажный. Фасадъ зданія (фиг. 4) обращенъ на Бибиковскій бульваръ, противъ Владимірскаго собора, сзади и справа клиники выходятъ въ Ботаническій садъ, слѣва—во дворъ. Верхній этажъ клиническаго павильона почти цѣликомъ занятъ былъ помѣщеніемъ глазной клиники, въ то время, какъ нижній, и небольшая часть верхняго, принадлежали Клиникѣ Акушерской. Клиника построена въ видѣ буквы \perp съ выступомъ къ улицѣ по срединѣ, по системѣ односторонняго свѣтлаго корридора, который представляетъ прекрасный резервуаръ свѣжаго воздуха и свѣта. Идеи, положенныя въ основу расположенія клиническихъ помѣщеній, согласовались съ современными взглядами въ наукѣ. Учебно-административная часть зданія, заключающая аудиторію, дежурныя комнаты врачей и студентовъ, лабораторію и амбулаторію, была отдѣлена отъ части собственно больничной, т. е. отъ отдѣленій акушерскаго и гинекологическаго. Доступъ въ собственно больнич-

¹⁾ Юбилейный актъ Императорскаго университета св. Владиміра 8-го сентября 1884 года. Кіевъ, 1884 г., стр. IV.

ныя отдѣленія имѣютъ только больничный персоналъ и студенты 4-го курса—медики, посѣщающіе клинику. Въ отдѣленіяхъ проводилась возможная изоляція больныхъ. Палаты устроены были, по возможности, малыхъ размѣровъ, на 1—2 кровати. Самая большая палата (8 на прилагаемомъ планѣ) предназначалась для четырехъ больныхъ¹⁾. Для заразныхъ больныхъ были предназначены особыя инфекціонныя отдѣленія, съ приспособленіями для полной изоляціи. Если же заразныхъ больныхъ въ клиникѣ не имѣлось, то отдѣленія эти могли функціонировать наравнѣ съ другими помѣщеніями клиники. Въ подробностяхъ, при постройкѣ новой клиники, приняты во вниманіе всѣ условія, необходимыя для достиженія наивозможной чистоты и точнаго научнаго выполненія асептики. Въ клиническихъ помѣщеніяхъ окна сдѣланы достаточно ве-

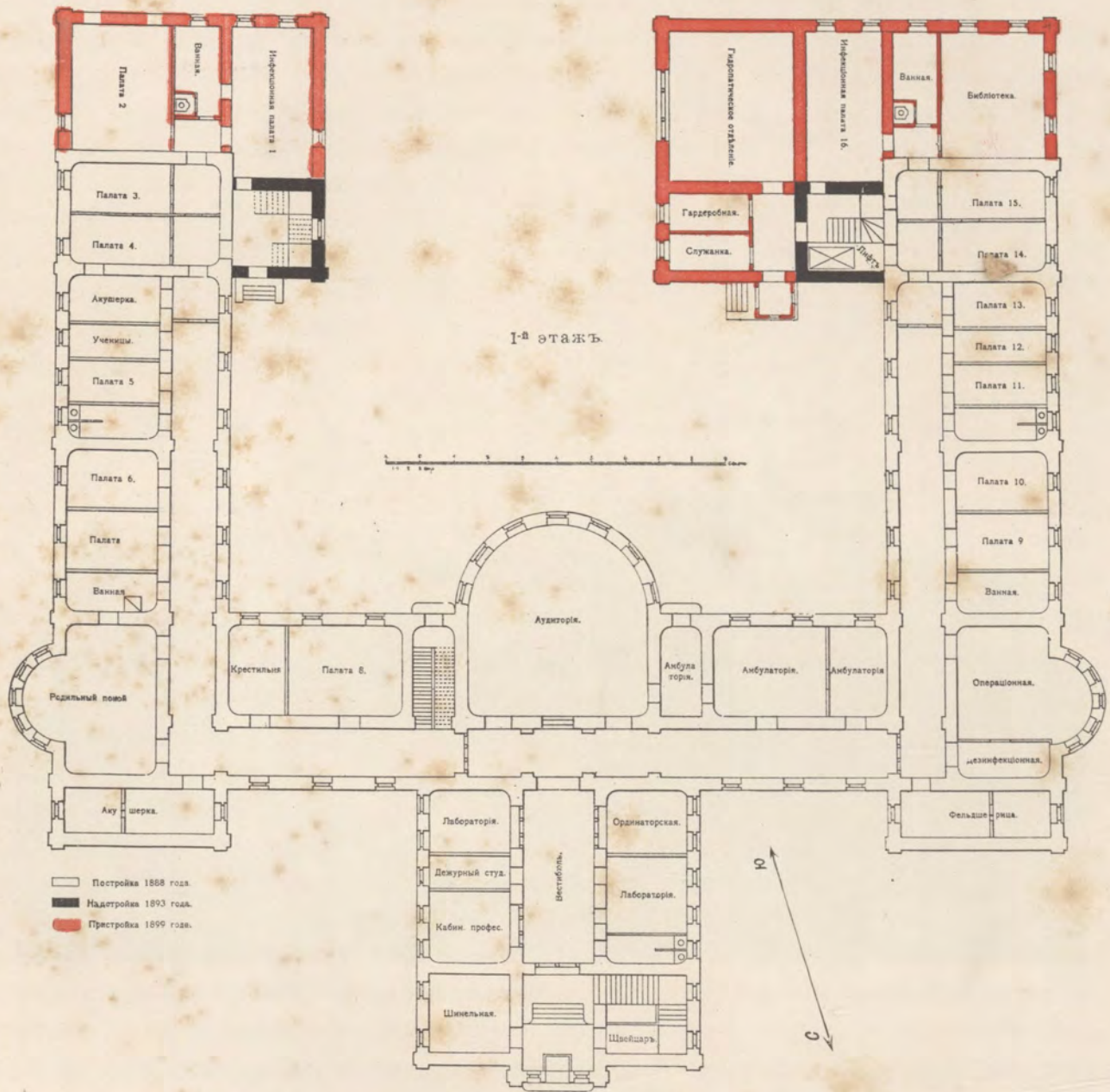


Фиг. 4. Внѣшній видъ клиники 1888—1900 г. спереди, съ Бибиковского Бульвара.

лики, углы, гдѣ возможно, закруглены; стѣны и мебель окрашены масляною краскою въ свѣтлые цвѣта, всюду въ обилии проведена горячая и холодная вода, устроено достаточное количество ваннъ, умывальниковъ съ опрокидывающимися чашками и съ кранами для горячей и холодной воды и т. п. Полы въ палатахъ крашенные, деревян-

¹⁾ Планъ клиники 1888 г. въ ея первоначальномъ видѣ см. Прот. Акуш. Общ. въ Кіевѣ, т. II, в. 4.

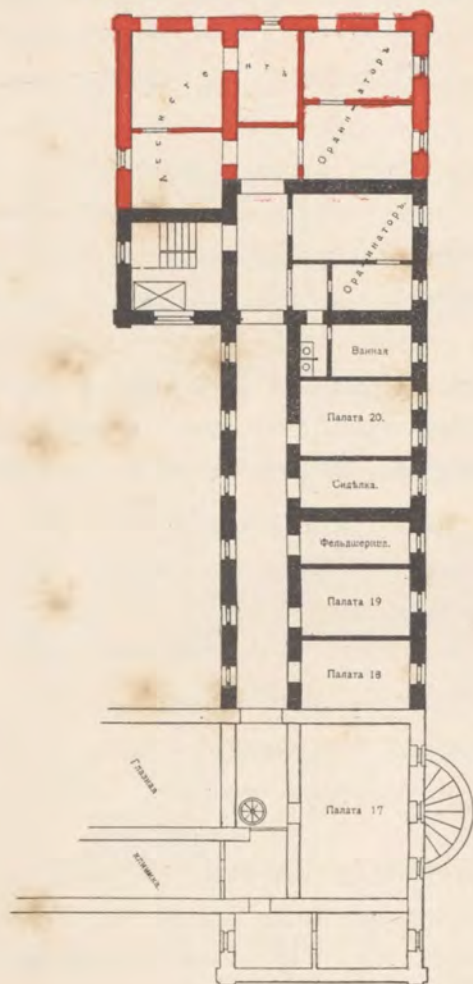
ные, въ корридорахъ частію мозаиковые, частію—асфальтовые, крашенные. Кромѣ того, клиника имѣетъ въ служебномъ зданіи большую дезинфекціонную камеру съ текучимъ паромъ, позволяющую стерилизацію бѣлья и другихъ предметовъ при $t^0 120^0$ Ц., и паровую прачешную и кухню.



Фиг. 5. Планъ Акушерской Клиники 1888—1900 г. Черными линіями означена постройка 1888 г., сплошными черными—постройка 1893 г. и красными—1900 г.

Въ общихъ чертахъ распредѣленіе помѣщеній (какъ видно на прилагаемомъ планѣ, см. части плана, обведенныя двойными контурами, не зачерненныя и не покрашен-

ная)¹⁾ въ клиникѣ 1888 года имѣло такой видъ: среднюю часть зданія, въ которую входятъ прямо съ улицы, занимаетъ учебно-административная часть клиники. Въ этой части находились: обширный вестибюль—ожидальная для амбулаторныхъ больныхъ, шинельная, швейцарская, кабинетъ профессора, комната дежурнаго студента, амбулаторія (на планѣ лабораторія), ординаторская, лабораторія и клозетъ; въ средней части зданія расположена также и аудиторія. По обѣ стороны учебно-административной части зданія расположены два совершенно одинаковыя, собственно клиническія, отдѣленія: акушерское и гинекологическое. Лѣвая (восточная) половина зданія назначена была для акушерскаго отдѣленія. Въ немъ помѣщалось: семь палатъ съ 12—15-ю койками, родильный покой, двѣ ванныя, помѣщеніе для повивальной бабки и сидѣлокъ и два ватерклозета. Правая половина клиническаго помѣщенія (западная) предназначена для гинекологическаго отдѣленія. Здѣсь помѣщались: девять палатъ на 15—18 кроватей, операционная, двѣ ванныя, помѣщеніе для фельдшерицы и два ватерклозета. Обѣ части клиники, акушерская и гинекологическая, построены по совершенно одному плану, исходя изъ того воззрѣнія, что акушерство и гинекологія, суть части хирургіи, а потому оба отдѣленія должны удовлетворять тѣмъ же требованіямъ, какъ и всякая современная хирургическая клиника. Мѣсто операционной комнаты гинекологическаго отдѣленія занимаетъ въ акушерской половинѣ родильный покой, который, по своему положенію, по величинѣ и по устройству, почти ничѣмъ не отличается отъ операционной комнаты.



Фиг. 6. Второй этажъ клиники 1888—1900 г. значеніе красокъ то-же, что и на фиг. 3.

Въ корридорѣ гинекологическаго отдѣленія, противъ операционнаго зала, устроена была винтовая лѣстница, ведущая въ квартиры двухъ ординаторовъ и фельдшерицы, находившіяся во второмъ этажѣ зданія. Лѣстница на планѣ не показана.

Квартиры ординаторовъ и фельдшерицы занимали мѣсто палаты № 17, на фиг. 6, и двухъ прилегающихъ маленькихъ комнатъ, отошедшихъ къ глазной клиникѣ.

¹⁾ Надписи и другія обозначенія на планѣ соотвѣтствуютъ распредѣленію 1900 года, о которомъ—ниже.

Клиника открыта была на 25 коекъ, но въ томъ же, 1888 году, для увеличенія клиническаго матеріала, были добавлены по предложенію проф. *Г. Е. Рейна*, еще 5 коекъ сверхштатныхъ, платныхъ, съ платою по 3 рубля въ сутки, за содержаніе и леченіе. Устройство этихъ коекъ было принято публикой весьма сочувственно, такъ какъ этимъ давалась возможность и больнымъ изъ болѣе состоятельныхъ классовъ населенія пользоваться современнымъ клиническимъ леченіемъ, особенно оперативнымъ, вмѣсто того, чтобы подвергаться операціямъ въ различныхъ, болѣе или менѣе грязныхъ, гостинницахъ или частныхъ помѣщеніяхъ.

При переходѣ клиники въ новое зданіе, построено было новое носильное и постельное бѣлье для больныхъ; сдѣланы новыя желѣзныя, съ пружинными сѣтками, кровати, волосяныя тюфяки и подушки, мебель, посуда, лабораторныя принадлежности и т. п.

(Болѣе подробное описаніе помѣщеній клиники 1888 года см. статью проф. *Г. Е. Рейна*: „Новое зданіе Акушерской факультетской клиники“. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. т. II, вып. 4 (съ планомъ клиники) и *Я. Харченко*: „О методахъ опредѣленія вентиляціи въ жилыхъ помѣщеніяхъ“, откуда заимствованы здѣсь нѣкоторыя данныя).

III.

Клиника 1893—1899 г.

(Съ надстройкой отдѣленія барона Рудольфа Васильевича Штейнгель и баронессы Маріи Федоровны Штейнгель).

Какъ ни роскошно и широко отстроена была Акушерская Клиника въ 1888 году по сравненію съ ея прежнимъ помѣщеніемъ, но дѣло разросталось очень быстро, въ клиникѣ становилось опять тѣсно. Особенно тѣсны и неудобны оказывались помѣщенія для амбулаторныхъ больныхъ, число которыхъ быстро возростало, а также помѣщенія для лабораторныхъ занятій студентовъ и врачей. „Нельзя не согласиться съ упреками“, говоритъ проф. *Рейнъ*¹⁾, „дѣлаемыми по адресу Кіевскихъ клиникъ, что онѣ, будучи построены на прежнее число коекъ (85), опредѣленное штатомъ 1863 г., слишкомъ малы, миниатюрны и въ этомъ отношеніи не соотвѣтствуютъ важному значенію Кіевского медицинскаго факультета въ Россіи, съ его постоянно возростающимъ числомъ студентовъ. Особенно соображенія эти относятся къ глазной клиникѣ, устроенной лишь на 10 кроватей, и къ акушерско-гинекологической, которая, хотя и равна, по числу коекъ (25), прочимъ факультетскимъ клиникамъ, но, въ сущности, представляетъ собою двѣ клиники—акушерскую и гинекологическую, изъ которыхъ каждая рас-

¹⁾ *Г. Е. Рейнъ*. Рѣчь, произнесенная при торжествѣ освященія надстройки зданія Акушерской Клиники въ Кіевѣ 7 ноября 1893 года. См. Юбилейный сборникъ Славянскаго С.-Петербур. 1894, стр. 238.

полагаетъ, такимъ образомъ, 12—13 койками. Для акушерской клиники недостатокъ мѣста сдѣлался тѣмъ болѣе ощутительнымъ, что клиника эта, соотвѣтственно быстрому развитію нашей специальности въ послѣдніе годы, оказалась въ періодъ усиленнаго роста“. Кромѣ того необходимо имѣть въ виду, что вообще на постройку Кіевскихъ факультетскихъ клиникъ отпущена была первоначально слишкомъ малая сумма, которая, со всѣми добавочными смѣтами, равняется около трехсотъ тысячъ руб.

Примѣрно, эти соображенія изложены были словесно директорами акушерской и глазной клиникъ г. министру народнаго просвѣщенія графу *И. Д. Делянову*, при посѣщеніи послѣднимъ Кіевскихъ факультетскихъ клиникъ. Графъ *Деляновъ*, принявъ во вниманіе изложенные доводы, поручилъ ректору университета *Н. К. Ренненкамифу* выработать главныя основанія увеличенія клиникъ и представить ему таковыя безотлагательно. Вслѣдствіе этихъ представленій, въ слѣдующемъ, 1889 году, отпущено было изъ суммъ Министерства Народнаго Просвѣщенія 25000 рублей на надстройку второго этажа въ павильонѣ акушерской и глазной клиникъ и на другія надобности университета. Однако, дѣло надстройки впослѣдствіи сильно затянулось, по разнымъ причинамъ, и второй этажъ зданія былъ оконченъ только въ 1893 году.

Сумма, затраченная на надстройку второго этажа и обзаведеніе, равняется около 30000 рублей, которые составились, по предложенію ректора университета *Ф. Я. Фортинскаго* и съ одобренія совѣта университета частію изъ суммы, отпущенной министерствомъ, частію изъ специальныхъ средствъ университета ¹⁾.

Акушерская и глазная клиника расширились съ 1893 г. на 10 кроватей каждая, при чемъ въ акушерской съ прежними составилось 40 кроватей. Содержаніе коекъ во вновь пристроенной части клиники вначалѣ предполагалось возложить на больныхъ же, т. е. предположено было устроить эти койки платными. Но въ настоящее время содержаніе этихъ коекъ въ Акушерской Клиникѣ обезпечено на вѣчныя времена, благодаря пожертвованію для этой цѣли особаго капитала наслѣдниками барона *Штейнгель*.

Желая почтить память умершихъ своихъ родителей, наслѣдники барона *Штейнгеля*, сыновья его бароны *Сергій, Иванъ, Федоръ* и *Владиміръ Федоровичи Штейнгель*, письмомъ на имя профессора *Рейна* отъ 9 января 1893 г., изъявили готовность пожертвовать Кіевскому университету капиталъ въ 50000 руб., для содержанія на вѣчныя времена десяти коекъ во вновь выстроенномъ второмъ этажѣ Акушерской клиники, имѣвшемъ открытъ свои дѣйствія въ сентябрѣ 1893 года, на слѣдующихъ условіяхъ: 1) вносимая сумма должна составлять неприкосновенный фондъ, хранящійся въ государственныхъ бумагахъ, 2) на содержаніе означенныхъ десяти коекъ при Акушерской Клиникѣ должны быть расходуемы лишь проценты съ вносимаго капитала и 3) означенному отдѣленію должно быть присвоено названіе „*Отдѣленіе барона Рудольфа*

¹⁾ *Г. Е. Рейнъ*. Ibid.

Васильевича Штейнгель и баронессы Маріи Феодоровны Штейнгель“. Съ разрѣшенія министра народнаго просвѣщенія, отъ 24 іюня 1893 г., капиталъ этотъ былъ принятъ университетомъ на изложенныхъ условіяхъ ¹⁾).

Седьмого ноября 1893 года послѣдовало открытіе новаго отдѣленія клиники.

Изъ составившихся такимъ образомъ 40 коекъ въ клиникѣ 25 предназначено было для гинекологическаго отдѣленія и 15 для родильнаго. Вмѣстѣ съ тѣмъ послѣ надстройки произошли слѣдующія измѣненія въ распредѣленіи помѣщеній клиники: вмѣсто одной лабораторіи сдѣлано было двѣ—для врачей и для студентовъ, а именно, сюда вошли: прежняя амбулаторная и другая большая комната, составившаяся изъ расширенной бывшей, маленькой лабораторіи. Амбулаторія, также сдѣлавшаяся уже совершенно тѣсной для все увеличивавшагося числа больныхъ, переведена въ большую гинекологическую палату, рядомъ съ аудиторіей и отдѣленную отъ послѣдней маленькой комнаткой, которую также заняли подъ амбулаторію. Слѣдующая за большою амбулаторною гинекологическая палата, (на планѣ фиг. 5—амбулаторія), занята была подъ клиническую бібліотеку, которой до того времени не было, а книги помѣщались въ комнатѣ швейцара, подъ лѣстницей. Аудиторія и родильное отдѣленіе остались безъ перемѣнъ.

Какъ сказано выше, во второмъ этажѣ западнаго крыла клиническаго корпуса расположено отдѣленіе имени барона и баронессы *Штейнгель* на 10 коекъ (См. фиг. 6, на планѣ части зачерненной). Въ надстройкѣ второго этажа имѣются 4 палаты, и въ нихъ, кромѣ 10 прибавленныхъ коекъ, размѣщены также и койки, которыя помѣщались въ палатахъ, обращенныхъ въ амбулаторію и бібліотеку; затѣмъ, здѣсь находились—комната для сидѣлокъ, комната для второй фельдшерицы, ванная, 2 ватерклозета и, двѣ квартиры, по 2 очень маленькихъ комнаты каждая, для штатныхъ ординаторовъ клиники. Бывшія квартиры ординаторовъ передѣланы въ большую палату № 17, а подъ квартиры заняты помѣщенія въ концѣ западнаго крыла клиники, близъ лѣстницы (на фиг. 6—ординаторъ). Сообщеніе между обоими этажами устроено посредствомъ двухъ лѣстницъ: наружной каменной и внутренней винтовой. Для перемѣщенія больныхъ во второй этажъ имѣется гидравлическій подъемъ (лифтъ), на которомъ больныя помѣщаются вмѣстѣ съ койкой. Подъемъ этотъ въ Кіевѣ былъ устроенъ чуть ли не въ первый разъ. Онъ представляетъ незамѣнимую часть клиники, такъ какъ онъ позволяетъ эксплуатировать верхній этажъ клиники, съ учебными и лечебными цѣлями, наравнѣ съ прочими частями ея. Съ установкой гидравлическаго подъема, всякую, даже самую тяжелую больную можно легко, скоро и безъ всякаго для нея вреда перевести, вмѣстѣ съ ея кроватью внизъ, при помощи особой повозочки на резиновыхъ шинахъ, подкатывающейся подъ кровать, въ операционную, аудиторію или изъ одной палаты въ другую, напр., съ цѣлью изоляціи.

Такимъ образомъ, клиника послѣ пристройки отдѣленія барона *Штейнгель*, въ

¹⁾ Изъ дѣлъ Совѣта университета св. Владиміра.

общемъ, располагала 17 палатами (вмѣсто прежнихъ 15) съ 40 койками; изъ нихъ 25 штатныхъ, 5 сверхштатныхъ платныхъ и 10 бесплатныхъ коекъ отдѣленія барона *Штейнгель*. Вмѣстѣ съ тѣмъ расширилась ея амбулаторія и помѣщенія для научныхъ работъ, т. е. лабораторіи и библіотека.

IV.

Клиника 1900 года.

(Съ пристройкой въ память В. Л. Бродской).

Прошло 5 лѣтъ. За это время дѣятельность клиники быстро шагнула впередъ; вмѣстѣ съ этимъ росло и число студентовъ на медицинскомъ факультетѣ, достигшее въ 1898 г. на VII семестрѣ до 200, а также увеличилось число врачей, желавшихъ работать въ клиникѣ. Опять стало тѣсно, снова неумолимо предстала необходимость расширять клинику. Здѣсь, уже вторично, на помощь явилась благотворительность частныхъ лицъ, на счетъ которыхъ въ настоящемъ году совершена пристройка для 10 кроватей для больныхъ и новое расширение учебно-вспомогательныхъ учреждений клиники, въ видѣ расширенной библіотеки и спеціальнаго бальнеотерапевтическаго отдѣленія.

Исторія возникновенія послѣдней пристройки такова: Послѣ личныхъ переговоровъ съ проф. *Г. Е. Рейномъ*, *Л. И. Бродской* 9 января 1897 года прислалъ на его имя письмо слѣдующаго содержанія: „Желая увѣковѣчить память безвременно погибшей дочери моей *Вѣры*, я симъ изъявляю согласіе пристроить къ гинекологическому отдѣленію при университетской клиникѣ помѣщеніе для 10 коекъ и пожертвовать для этой цѣли 10000 руб. съ тѣмъ, чтобы пристроенная палата носила имя моей покойной дочери *Вѣры Лазаревны Бродской*“¹⁾. Письмо это является началомъ фактическаго осуществленія увеличенія клиники—вопросъ, который былъ подымаемъ проф. *Г. Е. Рейномъ* неоднократно и гораздо еще раньше. Въ виду не послѣдовавшаго разрѣшенія г. министра народнаго просвѣщенія графа *И. Д. Делянова* на принятіе пожертвованія г. *Бродскаго* на предложенныхъ имъ условіяхъ, безъ обезпеченія содержанія коекъ, проф. *Г. Е. Рейномъ* было подано въ декабрѣ 1898 г. заявленіе въ Правленіе университета; въ этомъ заявленіи сказано было, что, *Л. И. Бродскій* за послѣдніе годы пожертвовалъ весьма крупныя суммы, въ нѣсколько сотъ тысячъ рублей, на различныя научныя и благотворительныя учрежденія г. Кіева, какъ-то: Бактеріологическій и Политехнический институты, дѣтскій баракъ въ Еврейской больницѣ и т. п., а потому, въ виду нежеланія жертвователя взять на себя содержаніе прибавляемыхъ кроватей, университетъ можетъ лишиться возможности расширить свои клиники. Между тѣмъ Кіевскія факультетскія клиники въ очень скоромъ времени потребуютъ крупныхъ расходовъ со стороны казны для ихъ рас-

¹⁾ Изъ дѣлъ Правленія университета св. Владиміра.

ширенія, такъ какъ онѣ далеко не удовлетворяютъ насущнымъ потребностямъ современнаго преподаванія, вслѣдствіе того, что на первоначальную ихъ постройку была ассигнована слишкомъ недостаточная сумма. „Въ виду изложеннаго я полагаю“, говоритъ проф. *Г. Е. Рейнъ*, „возможнымъ, принявъ пожертвованіе г-на *Бродскаго*, учредить прибавляемыя 10 сверхштатныхъ коекъ платными. Потребность въ такихъ платныхъ койкахъ въ населеніи г. Кіева существуетъ, особенно для роженицъ, которымъ приходится уже и въ настоящее время почти ежедневно отказывать въ приѣмѣ, и не трудно предвидѣть, что черезъ нѣсколько лѣтъ Кіеву предстоитъ въ этомъ отношеніи кризисъ, и роженицамъ придется разрѣшаться чуть ли не на улицѣ. Съ проектируемой пристройкой акушерское отдѣленіе увеличилось бы съ 15 до 25 коекъ и вся акушерско-гинекологическая клиника будетъ состоять изъ 50 коекъ. При сказанныхъ условіяхъ возможно было бы въ пристройкѣ сдѣлать надпись: «Построена въ память *В. Л. Бродской*». Вслѣдствіе этого заявленія 30 апрѣля 1899 года было получено разрѣшеніе г. министра народнаго просвѣщенія *Н. П. Боголюбова*: «1) Принять капиталъ, жертвуемый университету св. Владиміра коммерціи совѣтникомъ *Л. И. Бродскимъ* на расширеніе акушерско-гинекологической клиники университета 2) сдѣлать на имѣющей быть выстроенной на означенное пожертвованіе палатѣ надпись: „Построена въ память *В. Л. Бродской*“ и 3) учредить при вышеупомянутой клиникѣ, согласно ходатайству директора ея, должность ассистента, но съ тѣмъ, чтобы содержаніе по этой должности, равно какъ всѣ единовременныя и ежегодныя потребности на пристроиваемую палату были относимы на счетъ платы за леченіе больныхъ въ этой палатѣ и не вызывали бы новыхъ расходовъ изъ суммъ казны».

Составленіе плана пристройки, по указанію директора клиники проф. *Г. Е. Рейна*, было поручено университетскому архитектору *Ф. Ф. Эссену*. вмѣсто одной палаты въ акушерскомъ отдѣленіи рѣшено было, по мѣстнымъ условіямъ, сдѣлать двѣ пристройки: одну—на 6 коекъ—присоединить къ акушерскому отдѣленію, а другую—на 4 койки—къ гинекологическому отдѣленію. Смѣта на постройку составлена была 18295 руб. 16 коп. Не смотря на то, что стоимость пристроекъ въ этомъ видѣ по смѣтѣ значительно превышала пожертвованную сумму, г. *Бродскій* изъявилъ согласіе всю сумму, которая понадобится для возведенія пристроекъ, согласно представленному плану со смѣтой, уплатить изъ своихъ средствъ. Впослѣдствіи, съ разрѣшенія г. министра народнаго просвѣщенія, университетъ возвратилъ *Л. И. Бродскому* пожертвованный имъ капиталъ 10000 р. съ тѣмъ, чтобы жертвователю передалъ университету готовыя зданія.

Девятаго іюня сего года Правленіемъ университета назначена была, подъ предсѣдательствомъ проф. *Г. Е. Рейна*, особая строительная комиссія въ составѣ профессоровъ *Т. Д. Флоринскаго* и *В. Д. Орлова*, коммерціи совѣтника *Л. И. Бродскаго* и архитектора *Ф. Ф. Эссена*, которой поручено наблюденіе надъ производствомъ работъ. Первое засѣданіе комиссіи состоялось 2 іюля, при чемъ постановили начать работы 5 іюля 1899 г.

Въ этомъ же засѣданіи прочитано было новое заявленіе г. *Бродскаго*, въ которомъ онъ пишетъ: „желая, чтобы пристройка къ акушерской клиникѣ, жертвуемая мною въ память дочери моей *В. Л. Бродской*, соотвѣтствовала вполнѣ послѣднимъ требованіямъ науки, настоящимъ изъявляю готовность устроить въ нижнемъ этажѣ западнаго крыла клиники *гидропатическое отдѣленіе*, по указаніямъ г. директора клиники“. По прочтеніи этого заявленія, предсѣдатель комиссіи предложилъ выразить жертвователю благодарность. Что касается до помѣщенія гидропатическаго отдѣленія въ нижнемъ подвальномъ этажѣ, то это признано неудобнымъ и, согласно предложенія жертвователя, рѣшено было расширить пристройку до требуемыхъ размѣровъ, выдвинувъ ее далѣе во дворъ, и устроить, такимъ образомъ, гидропатическое отдѣленіе въ одноэтажной пристройкѣ. Въ этомъ же засѣданіи постановили сдѣлать соотвѣтственныя дополненія и измѣненія въ составленномъ раньше проектѣ постройки, стоимость которой, безъ внутреннихъ приспособленій, увеличилась почти до 25000 руб. Вслѣдствіе этихъ перемѣнъ, возможно было приступить къ постройкѣ гидропатическаго заведенія лишь въ концѣ сего августа.

Значительныя затрудненія встрѣтила строительная комиссія при устройствѣ отопленія и вентиляціи въ пристройкахъ. Послѣ переговоровъ съ различными предпринимателями, комиссія остановилась на фирмѣ г. *Аркушевскаго* въ Лодзи, взявшагося устроить паро-водяное отопленіе и вентиляцію въ пристройкахъ по той же системѣ, какая принята въ другихъ помѣщеніяхъ клиники, къ ноябрю 1899 г. Стоимость всего устройства, значительно превысившая первоначальную смѣту, была также принята на себя *Л. И. Бродскимъ*¹⁾.

Пристройка 1899 г. въ память *В. Л. Бродской* (на планѣ фиг. 5—обозначена краснымъ цвѣтомъ) состоитъ изъ двухъ частей: одноэтажная пристройка—въ концѣ восточнаго, акушерскаго, крыла зданія—заключаетъ инфекціонную родильную палату № 1 съ ванной и большую родильную палату № 2, предназначенную для 5—6 выздоравливающихъ родильницъ, и двухъэтажная—въ концѣ западнаго, гинекологическаго крыла. Въ верхнемъ этажѣ послѣдней помѣщаются 2 квартиры—одна для ассистента и одна для ординатора клиники—а нижній этажъ занятъ подъ большую библіотеку, инфекціонную гинекологическую палату (№ 16), съ особой ванной, и гидропатическое отдѣленіе.

Постройка и отдѣлка всей пристройки нынѣ окончена, и 1-го февраля сего года зданіе принято въ собственность университета.

Такимъ образомъ, только въ 1900 году осуществилась давнишняя мечта директора акушерской клиники проф. *Г. Е. Рейна*, о которой онъ такъ часто говорилъ и писалъ, а именно: расширеніе акушерско-гинекологической клиники до размѣровъ двухъ клиникъ: акушерской и гинекологической; а также явилась возможность расширить учебныя пособія клиники расширеніемъ библіотеки и основаніемъ при клиникѣ бальнотерапевтическаго отдѣленія, дающаго возможность подвергнуть научной клинической раз-

¹⁾ Проток. Засѣд. Строит. Комиссіи 17 сентября 1899 г.

работкѣ этотъ важный способъ леченія, такъ часто примѣняемый въ гинекологической практикѣ.

Въ настоящее время клиника помѣщается въ двухъэтажномъ павильонѣ, занимая весь его нижній этажъ и верхній этажъ въ западномъ крылѣ. Средняя часть и верхній этажъ восточнаго крыла заняты помѣщеніями глазной клиники.



Фиг. 7. Видъ клиники 1900 г. сзади и сверху, съ крыши университетскаго зданія, со всѣми пристройками.

Общее распредѣленіе помѣщеній остается согласнымъ съ прежнимъ планомъ, т. е. клиника состоитъ изъ средней—учебно-административной части—и двухъ симметрически расположенныхъ клиническихъ отдѣленій—акушерскаго и гинекологическаго. Къ послѣднему примыкаетъ отдѣленіе бальнеологическое.

Учебно-административная часть оставлена въ томъ видѣ, какъ и прежде; переменна заключается только въ томъ, что комната, бывшая подъ библиотекой, присоеди-

нена къ амбулаторіи, которая, такимъ образомъ, теперь состоитъ изъ трехъ комнатъ. Это расширение очень важно, въ виду постоянно увеличивающагося числа приходящихъ больныхъ. Прилегающая къ бывшей библіотекѣ часть корридора также присоединена къ части корридора, служившей ожидальней для больныхъ. Дверь, отдѣлявшая эту часть корридора отъ гинекологическаго отдѣленія, перенесена далѣе, внутрь клиники, почти до самой операціонной.

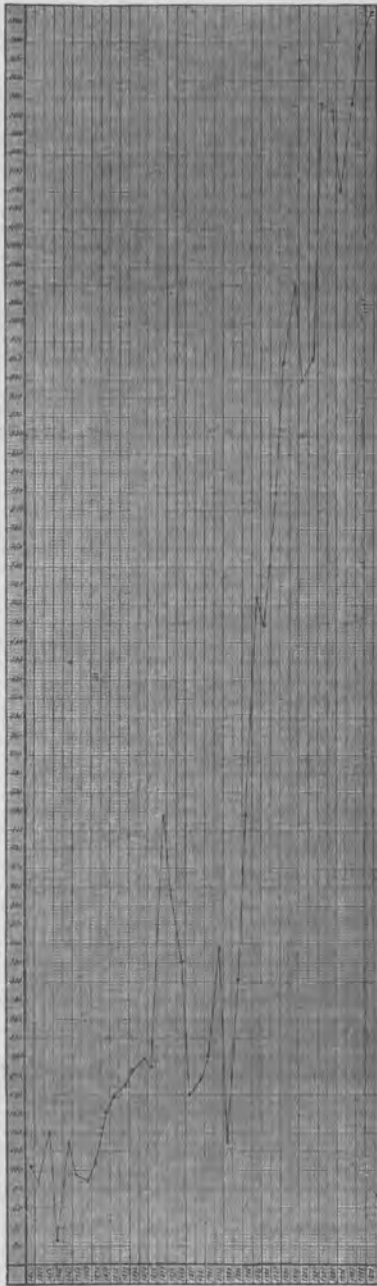
Переходимъ теперь къ подробному описанію отдѣльныхъ помѣщеній клиники 1900 года.

Вестибюль—большой свѣтлый корридоръ, 15×6 арш., съ мозаичнымъ поломъ. Вестибюль вмѣстѣ съ частью срединнаго (бывшаго гинекологическаго) корридора, обращеннаго окнами къ Бибииковскому бульвару, длиною 25,5 арш., служитъ ожидальней, съ каковою цѣлью у стѣнъ его разставлены скамьи для амбулаторныхъ больныхъ. Отъ собственно больничныхъ помѣщеній этотъ корридоръ отдѣляется стеклянными дверьми съ матовыми стеклами.

Амбулаторія. Подъ амбулаторію отведено 3 комнаты. Маленькая ($1,33 \times 2,66$ саж.)—рядомъ съ аудиторіей, гдѣ производится студентами собраніе и записываніе анамнеза у больныхъ; слѣдующая большая комната ($3,10 \times 2,66$ саж.)—смотровая и третья-рядомъ съ ней ($1,66 \times 2,66$ саж.)—вторая, чистая смотровая, служащая также для цѣлей леченія массажемъ, электричествомъ, для примѣненія внутриматочной терапіи и пр.; въ ней же будетъ производиться изслѣдованіе приходящихъ беременныхъ и роженицъ. Въ большой амбулаторной комнатѣ помѣщаются два кресла *Шредера*, висячіе шкапки съ необходимыми инструментами и лекарствами, большая электрическая машина, стоячіе вѣсы для взвѣшиванія больныхъ, умывальникъ съ тремя опрокидывающимися чашками, съ горячей и холодной водой. На стѣнѣ повѣшена матовая доска для рисованія и на полкахъ—цѣлый рядъ большихъ книгъ съ записями амбулаторныхъ больныхъ за всѣ годы, начиная съ 1883 г. Полъ амбулаторіи сдѣланъ изъ матлахскихъ плитокъ.

Изъ данныхъ клиники видно, что амбулаторный пріемъ при клиникѣ существуетъ съ 1847 г.; въ первомъ году зарегистрировано 12 амбулаторныхъ посѣщеній. Въ таблицѣ, на стр. LXXV, въ графѣ амбулаторія, сопоставлены цифровыя данныя относительно числа посѣщеній, сдѣланныхъ амбулаторными больными. На кривой (см. фиг. 8 на слѣдующей страницѣ) изображено число больныхъ, посѣщавшихъ клинику. Имѣя въ виду, что амбулаторныя больныя, какъ матеріаль для преподаванія, главнымъ образомъ служатъ для обученія студентовъ методамъ изслѣдованія и постановкѣ діагноза, можно сказать, что число посѣщеній имѣетъ большое значеніе, такъ какъ для каждой новой, очередной группы студентовъ больныя, посѣщающія клинику повторно, представляютъ такой же научный интересъ, какъ и больныя, являющіяся въ первый разъ. Увеличиваясь постепенно, а въ особенности въ послѣднія 16 лѣтъ (см. фиг. 8), въ настоящее время число приходящихъ больныхъ достигло до 1320, а число сдѣланныхъ ими посѣщеній возросло почти до 5000, причемъ въ отдѣльные дни число больныхъ достигаетъ до 50 и болѣе.

Амбулаторіей завѣдуетъ старшій штатный ординаторъ клиники, которому въ помощь, главнымъ образомъ, для веденія исторій болѣзни назначается 1 или 2 молодыхъ, только что поступившихъ ординатора. По отдѣльнымъ днямъ со студентами принимаютъ также нѣкоторые изъ бывшихъ ординаторовъ, а именно: д-ра *Писемскій*, *Яхонтовъ*, *Редлихъ* и *Абуладзе*. Бѣднѣйшимъ больнымъ выдаются также лекарства изъ пожертвованныхъ суммъ.



Приемъ больныхъ въ клинику производится ординаторами клиники подъ непосредственнымъ контролемъ директора клиники проф. *Г. Е. Рейна*. При выборѣ больныхъ принимается въ расчетъ пригодность формъ заболѣваній для учебныхъ цѣлей, серьезность заболѣванія и бѣдность больной. Тяжелыя больныя, требующія немедленнаго пособія, принимаются тотъ часъ же. Въ виду большого числа больныхъ, жаждущихъ поступить въ клинику, и недостаточныхъ размѣровъ клиники, заведена очередь поступленія, при чемъ больнымъ, записаннымъ кандидатками, иногда подолгу приходится ожидать своей очереди. Въ число стационарныхъ больныхъ принимаются, по преимуществу, съ тяжелыми формами заболѣваній. Болѣе легкія формы наблюдаются и лечатся амбулаторно. Роженицы принимаются ординаторами, завѣдующими родильнымъ покоемъ клиники, во всякое время дня и ночи, но за послѣдніе годы и роженицамъ не рѣдко приходится отказывать въ приемѣ за недостаткомъ мѣстъ.

Для поданія помощи больнымъ и роженицамъ на дому, при клиникѣ съ 3 февраля 1885 г. учреждена Акушерская Поликлиника, почти первая въ

Фиг. 8. Кривая, изображающая движеніе амбулаторныхъ больныхъ въ Киевской Акушерской Клиникѣ съ 1863 по 1899 годъ. (Желая помѣстить данную кривую въ текстъ книги, пришлось ее значительно уменьшить при фотографированіи. Вслѣдствіе этого, хотя и видна общая форма кривой, рѣзко поднимающейся кверху, но цифры абсциссы и ординаты могутъ быть ясно видны при разсматриваніи лупой. При этомъ внизу ясно видны обозначенные годы съ 1863 по 1899, а справа—количество больныхъ отъ 0 до 1320. Каждая горизонтальная линія соотвѣтствуетъ числу 20 больныхъ. По сравненію съ диаграммами, на фиг. 15 и 16, иллюстрирующими движеніе стационарныхъ больныхъ въ клиникѣ, масштабъ настоящей кривой меньше почти въ 10 разъ).

Россіи по времени основанія ¹⁾. Число поликлиническихъ приглашеній доходитъ до 150—200 въ годъ. Для поликлиники всегда имѣется дежурный врачъ, котораго сопровождаетъ студентъ старшаго курса.

Кабинетъ профессора—небольшая комната въ 2 окна, которая, кромѣ мебели и рабочаго стола, заставлена еще архивными шкафами (на фиг. 9 слѣва); въ шкафахъ



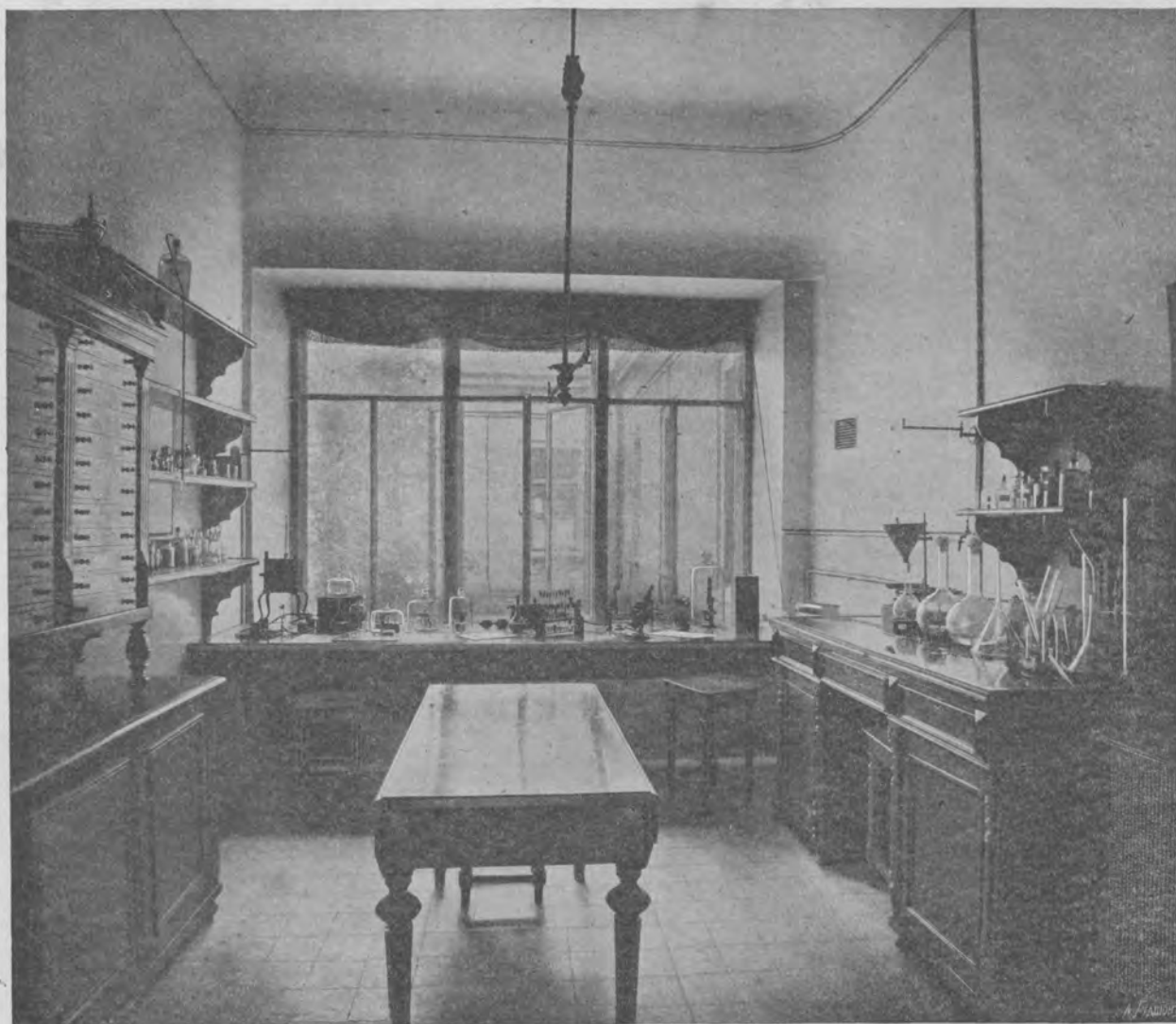
Фиг. 9. Кабинетъ профессора.

этихъ хранятся тщательно, въ особыхъ картонкахъ, расположенныя по годамъ и

¹⁾ Проф. *Г. Е. Рейнъ* и д-ръ *Г. Г. Брюно*. Первое пятилѣтіе Акушерской Поликлиники при Императорскомъ универ. св. Владимира. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1891 г. (Ср. ниже, реф. 87, стр. 216).

семестрамъ, студенческія исторіи болѣзни. На стѣнахъ висятъ портреты *А. П. Матвѣева, А. Я. Крассовскаго, И. П. Лазаревича, В. Рихтера* и др.

Рядомъ съ кабинетомъ маленькая комната для дежурнаго студента. Обязанности послѣдняго: ѣздить на поликлинику съ ординаторомъ въ городъ, присутствовать при родахъ и при уборкѣ родильницъ и гинекологическихкихъ больныхъ, дежурить у кровати трудныхъ больныхъ и вообще помогать во всемъ ординатору. Такъ какъ дежурный студентъ не долженъ отлучаться изъ клиники домой въ теченіе сутокъ, то ему полагается столъ отъ клиники. Студенты не рѣдко одновременно дежурятъ по двое, и тогда они ѣздятъ въ поликлинику по очереди.



Фиг. 10. Лабораторія для врачей.

Лабораторій двѣ—для врачей и для студентовъ; въ послѣдней часть комнаты занята подъ темную камеру для фотографической лабораторіи. Лабораторія для врачей (см. фиг. 10)—небольшая комната; громадное окно во всю стѣну дѣлаетъ ее очень свѣт-



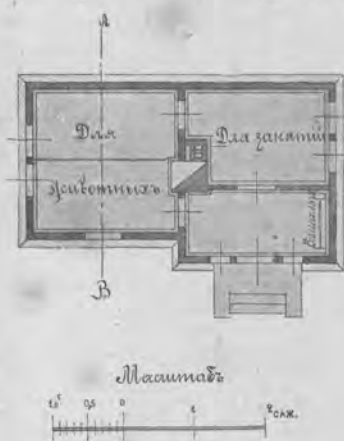
лой. Во всю длину стѣны передъ окномъ—рабочій столъ, на которомъ помѣщаются микроскопы, аппараты и реактивы. Въ ней же имѣется стеклянный столъ для химическихъ занятій, вытяжной шкафъ (котораго на рисункѣ не видно), газъ, вода и всѣ необходимыя аппараты и принадлежности для патолого-анатомическихъ, бактериологическихъ и химическихъ изслѣдованій; аппаратъ для изслѣдованія съ помощью лучей *Рентгена*. Довольно полно обставлено фотографическое отдѣленіе. Въ студенческой лабораторіи производятся химическія и микроскопическія изслѣдованія. Всего въ лабораторіяхъ 35 аппаратовъ и приборовъ. Въ лабораторіи составлена коллекція патолого-анатомическихъ препаратовъ, содержащая 1691 макроскопическихъ и 728 микроскопическихъ объектовъ по нормальной и патологической анатоміи полового аппарата. Микроскопическіе препараты хранятся въ двухъ шкафахъ съ многочисленными ящиками. Изъ нихъ одинъ шкафъ находится въ студенческой лабораторіи, а другой—въ лабораторіи для врачей. (См. на фиг. 10 слѣва). Въ означенной коллекціи имѣются всѣ препараты, полученные отъ больныхъ въ акушерской клиникѣ съ 1883 года. Въ фотографической лабораторіи воспроизведено 246 снимковъ съ больныхъ и препаратовъ, хранящихся въ трехъ большихъ альбомахъ. Въ теченіе послѣднихъ двухъ лѣтъ составлена довольно значительная коллекція стереоскопическихъ снимковъ.

Независимо отъ вышеупомянутой патолого-анатомической коллекціи, въ клиникѣ имѣется еще особый *патолого-анатомическій музей*, содержащій 211 объектовъ спиртовыхъ, формалиновыхъ и засушенныхъ препаратовъ, муляжей и т. п., выдающихся по своему научному интересу. Препараты этого музея хранятся въ пяти зеркальных шкафахъ, помѣщающихся въ аудиторіи Акушерской клиники. Часть препаратовъ сохраняется въ спирту, въ Мюллеровской жидкости и въ формалиновыхъ растворахъ въ Патолого-анатомическомъ Институтѣ.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* обращаетъ особое вниманіе на лабораторію и не жалѣетъ средствъ на ея оборудованіе,—поэтому лабораторія является однимъ изъ самыхъ богато обставленныхъ отдѣленій клиники. Въ ближайшемъ будущемъ предполагается постройка въ клиническомъ дворѣ небольшого vivarium'a для кроликовъ и морскихъ свинокъ. (См. фиг. 11).

Ординаторская комната предназначена для занятій клиническихъ врачей, которымъ въ ней же, къ сожалѣнію, приходится и спать на диванахъ во время дежурства. Въ ней находится отдѣленіе библіотеки съ нѣкоторыми текущими медицинскими журналами и газетами. Сюда же проведенъ телефонъ, соединяющій клинику съ городомъ и съ квартирой профессора *Г. Е. Рейна*.

Аудиторія—самое выдающееся по своимъ размѣрамъ (5,45×5,20 саж. объемъ 1091 кубическихъ метровъ) и красотѣ помѣщеніе клиники. Какъ кажется, это



Фиг. 11. Проектъ плана vivarium'a.

есть лучшая аудитория во всем университете. Она занимает средину фасада и вдается во дворъ широкимъ выступомъ подковообразной формы съ окнами, обращенными во дворъ (на югъ, юго-западъ и юго-востокъ), въ два свѣта (см. фиг. 12). Она свободно вмѣщаетъ до двухъсотъ слушателей, для которыхъ устроены скамьи амфитеатромъ. Изъ аудитории въ вестибюль имѣется громадное окно изъ матоваго стекла, служащее въ то же время доской для рисованія во время лекцій. Передъ доской столъ и кресло для профессора. Далѣе расположенъ цѣлый рядъ шкафовъ, въ которыхъ хранятся коллекціи тазовъ, инструментовъ и патолого-анатомическихъ препаратовъ, составляющихъ музей клиники. Кромѣ того въ аудиториіи же помѣщаются шкафы съ инструментами, по преимуществу, имѣющими историческій интересъ, шкафъ для картинъ, для проекціоннаго аппарата и особаго устройства шкафики на колесикахъ для храненія большихъ рисунковъ. Въ аудиториіи имѣется умывальникъ съ 3 чашками и приспособленіе

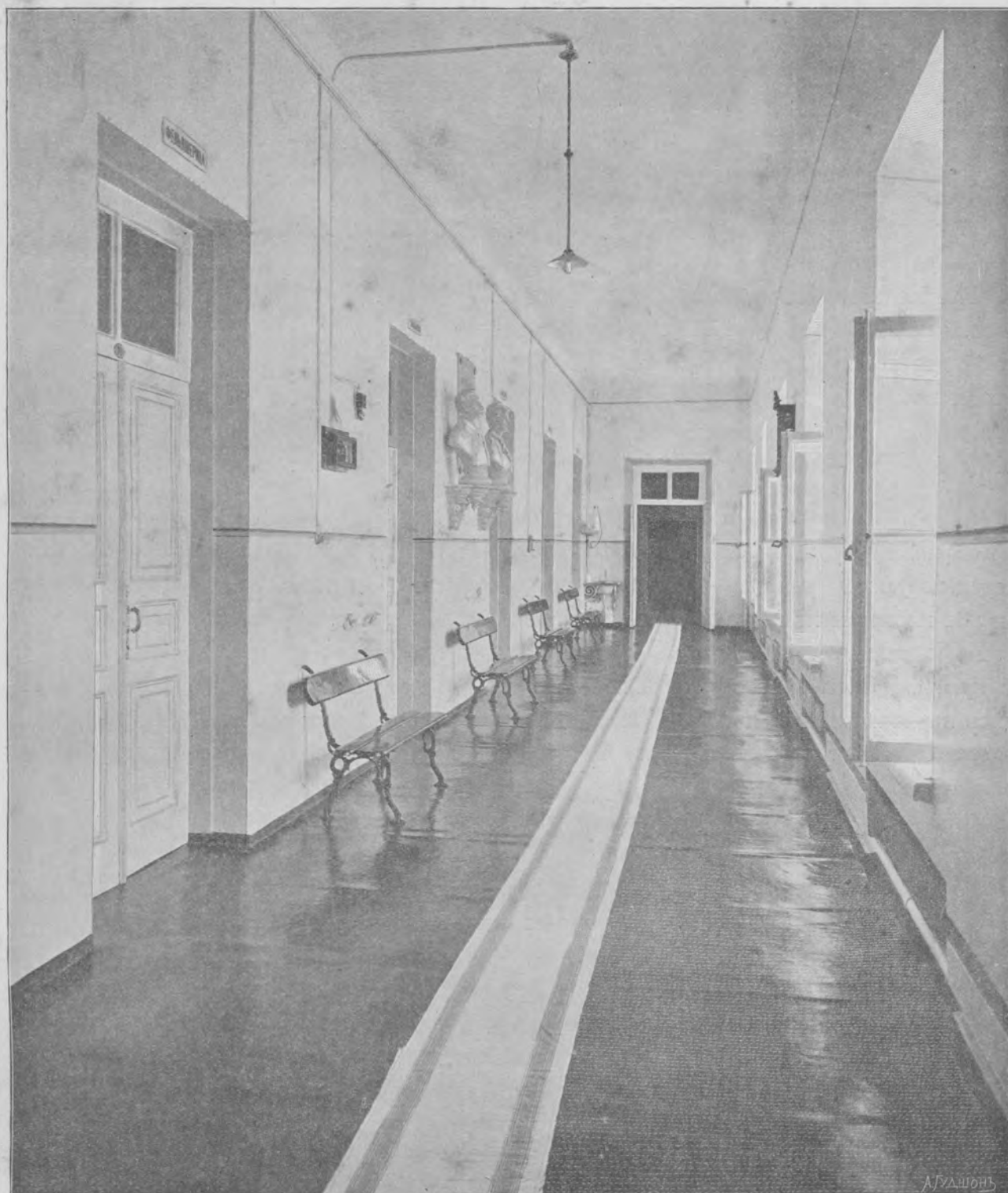


Фиг. 12. Аудитория Акушерской Клиники. Панорамическій снимокъ, полученный съ трехъ отдѣльныхъ фотографій. При сгибаніи рисунка, приблизивъ правую и лѣвую сторону другъ къ другу, впечатлѣніе получается болѣе вѣрное.

для быстрого кипяченія воды. Подъ амфитеатромъ у оконъ приспособлены столы для демонстраціи микроскопическихъ препаратовъ во время лекціи. Въ аудиториіи происходитъ чтеніе лекцій, производство малыхъ гинекологическихъ операций; здѣсь же, въ присутствіи студентовъ, проф. *Рейнъ* разбираетъ амбулаторныхъ больныхъ и больныхъ клиническихъ передъ операцией. Аудитория приспособлена для демонстрацій съ помощью электрическаго проекціоннаго аппарата, которымъ проф. *Рейнъ* широко пользуется при своихъ лекціяхъ. Микроскопическіе препараты непосредственно проецируются на экранъ изъ матоваго стекла. Стѣны и амфитеатръ выкрашены въ бѣлый

цвѣтъ, полъ—изъ матлахскихъ плитокъ. Легкая постройка амфитеатра на желѣзныхъ балкахъ и ажурныя прозрачныя спинки скамеекъ, сдѣланныя изъ толстой проволоки и выкрашенныя бѣлою масляною краскою, придаютъ аудитории изящный видъ. вмѣстѣ съ тѣмъ выигрывается большое свѣтлое пространство подъ амфитеатромъ.

Гинекологическое отдѣленіе. Здѣсь распредѣленіе палатъ и помѣщеній осталось,



Фиг. 13. Корридоръ второго этажа въ отдѣленіи барона Штейнцель.

въ общемъ, прежнее. Но вслѣдствіе прибавленія въ послѣдней пристройкѣ инфекціоннаго отдѣленія, изъ прежней инфекціонной палаты и ванной образованы 3 небольшія палаты, изъ коихъ двѣ (на планѣ 14 и 15) вмѣщаютъ по двѣ койки, третья (13)—одну койку. Такимъ образомъ, гинекологическое отдѣленіе увеличилось на 5 коекъ, а если принять во вниманіе, что новая инфекціонная палата немного больше прежней, то это даетъ возможность, въ случаѣ надобности, увеличить число коекъ въ гинекологическомъ отдѣленіи на 6—7.

Въ настоящее время гинекологическое отдѣленіе занимаетъ оба этажа западнаго крыла клиническаго павильона. Въ верхнемъ этажѣ помѣщается отдѣленіе бар. *Штейнгель* и квартиры ординаторовъ. Въ гинекологическомъ отдѣленіи находятся: операционная, 12 палатъ, 3 ванныя, 4 клозета, 2 квартиры для фельдшерницъ; сюда же примыкаетъ гидропатическое заведеніе, бібліотека, 2 квартиры для ординаторовъ и квартира ассистента клиники.

Помѣщенія отдѣленія въ обоихъ этажахъ выходятъ дверьми въ свѣтлый одно-сторонній корридоръ (14,18×1,33 саж.), обращенный окнами во внутренній клинической дворъ (на востокъ), гдѣ разбитъ небольшой скверъ. Высота корридора, также какъ и всѣхъ палатъ въ клиникѣ, равна 6 аршинамъ. Въ корридорѣ верхняго этажа поставлены бюсты барона и баронессы *Штейнгель*, имя которыхъ носитъ это отдѣленіе; между бюстами—мраморная доска съ соотвѣтствующей надписью (см. фиг. 13).

Операционная—большая комната (4,33×2,66 с.), съ полукруглымъ выступомъ—фонаремъ (фиг. 14), раздѣленная стеклянной перегородкой на 2 неравныя части: собственно операционную и маленькую—дезинфекционную. Въ дезинфекціонной производится обеззараживаніе инструментовъ, лигатуръ, перевязочныхъ матеріаловъ, рукъ и т. п. Въ ней находится умывальникъ съ горячей и холодной водой и проведенъ газъ. Входя въ операционную, студенты и врачи оставляютъ сюртуки въ корридорѣ, передъ дезинфекціонной. Здѣсь надѣваются стерилизованные халаты, моются руки, и только послѣ этого входятъ въ операционную. Обезпложиваніе халатовъ, бѣлья, перевязочныхъ веществъ и воды производится въ большой камерѣ, прилегающей къ прачешной, при помощи пара, нагрѣтаго до 113—116°. Инструменты кипятятся въ аппаратѣ *Шиммельбуша*. Кромѣ того клиника имѣетъ для обезпложиванія воды большой фильтръ *Пастера-Шамберлена* изъ 24 свѣчей, а также для обезпложиванія небольшихъ предметовъ аутоклавъ фирмы *Wiesneg'a* и аппаратъ для обезпложиванія текучимъ паромъ фирмы *Haertel* въ Бреславлѣ. Въ собственно операционной части стѣны и потолка, почти цѣликомъ, стекляныя. Стѣны и потолки обѣихъ комнатъ выкрашены бѣлой масляной краской, полы асфальтированы и также выкрашены свѣтлой масляной краской. Въ срединѣ пола имѣются стоки, сообщающіеся, при посредствѣ герметическихъ затворовъ, съ отводными трубами, соединенными съ системой канализаціи. Въ операционной производятся только большія гинекологическія операціи, главнымъ образомъ, чревосѣченія. Въ выступѣ операционной комнаты, стѣны котораго почти всѣ стекляныя, помѣщается операционный

столь стеклянный, столик—этажерка для инструментовъ, столъ для перевязочныхъ матерьяловъ и скамьи, на которыя становятся студенты.

До послѣдняго времени операціи производились на желѣзно-стеклянномъ раздвижномъ столѣ, состоящемъ изъ двухъ небольшихъ столовъ, а съ прошлаго года примѣняется столъ *Doyen*'а, металлическій, покрытый никкелемъ. Столъ этотъ очень изященъ, обладаетъ большою подвижностью, что даетъ возможность, съ помощью рукоятки,



Фиг. 14. Операціонная комната.

очень удобно придавать больной во время операціи любое положеніе; съ помощью ножной педали операторъ можетъ во время операціи поднять или опустить больную на любую высоту.

Надъ столикомъ съ инструментами сдѣланъ навѣсъ, съ цѣлью предупредить попаданіе туда капель воды послѣ орошенія, а также, при сухомъ воздухѣ, осажденія изъ него пыли.

Въ Кіевской акушерской клиникѣ всегда придавалось значеніе воздуху при производствѣ операціи. Для очистки воздуха въ операціонной комнатѣ устроены приспособленія по способу, предложенному д-ромъ *К. М. Санъжко*.

Въ способѣ этомъ скомбинировано нѣсколько физическихъ условій, при помощи которыхъ можно удобно и въ короткое время очистить воздухъ отъ механическихъ примѣсей. Сообразно описанію д-ра *Сатъжко*, устройство это состоитъ въ слѣдующемъ „По потолку¹⁾ на извѣстномъ разстояніи отъ стѣны, проходятъ водопроводныя трубки. Изъ этихъ трубокъ отходятъ очень короткія вѣтви съ отверстіями въ 1,5 m.m. въ діаметрѣ; противъ каждого отверстія, на разстояніи 4 вершковъ, укрѣпляется отражатель—вогнутая металлическая никкелированная пуговка. Если открыть кранъ въ приводящей водопроводной трубкѣ, то при 2-хъ—3-хъ атмосферахъ давленія, тонкія струйки воды, ударяясь съ значительной силой о противопоставленные отражатели, дробятся въ мелкій дождь, капли котораго носятся въ различныхъ направленіяхъ—вверхъ, въ стороны, омывая потолокъ стѣны и воздухъ, осаждая содержащуюся въ воздухѣ пыль на полъ и унося ее въ отводную трубу. Если въ помѣщеніи возможно имѣть t° воздуха 20—25 $^{\circ}$ R, то, помимо механическаго вліянія водяной пыли, микроорганизмы въ огромномъ количествѣ могутъ быть осаждены вмѣстѣ съ росой, если дѣйствовать такъ: сначала открыть кранъ на нѣсколько секундъ, чтобы насытить воздухъ водой при 25 $^{\circ}$ R; затѣмъ, спустя $\frac{1}{4}$ часа, открыть кранъ и произвести сильное орошеніе при помощи вышеупомянутыхъ пульверизаторовъ. Вода водопровода, t° которой равняется 12—15 $^{\circ}$ R, понизитъ t° комнатнаго воздуха, а, слѣдовательно, вызоветъ образованіе большого количества осѣдающаго пара, который, какъ извѣстно, увлекаетъ съ собою мелкія пыльныя частицы, въ томъ числѣ и микроорганизмы. При помощи этихъ приспособленій (См. фиг. 18) имѣется возможность простымъ поворачиваніемъ крана приводящей трубы очень существенно вліять на количество пылевыхъ частицъ въ воздухѣ. Кранъ находится въ сосѣднемъ корридорѣ, а потому занимающійся очисткой комнаты не подвергается дѣйствію воды. Чтобы предохранить очищенное помѣщеніе отъ вхожденія внѣшняго нечистаго воздуха, согласно предложенію д-ра *Сатъжко*, при помощи ручнаго механическаго вентилятора нагнетается черезъ приводящіе каналы воздухъ, который въ каналахъ проходитъ черезъ ватные фильтры.

Бактеріологическія изслѣдованія, спеціально предпріятыя въ клиникѣ, показали полную цѣлесообразность всѣхъ этихъ приспособленій. Воздухъ приводящихъ каналовъ, проходя черезъ ватные фильтры, теряетъ значительную часть бактерій и содержитъ гораздо меньше микроорганизмовъ, чѣмъ воздухъ по сю сторону фильтровъ. Цѣлый рядъ изслѣдованій воздуха вслѣдъ за орошеніемъ показали, что количество микроорганизмовъ, такимъ образомъ, можно довести до minimum'a. Въ нѣсколькихъ случаяхъ чашки *Petri* съ желатиной, поставленныя въ операціонной комнатѣ открытыми на 15 мин. вскорѣ послѣ орошенія, оказались стерильными или содержали 1—2 колоніи грибковъ. (*Г. Ф. Писемскій*, см. реф. 27, стр. 74).

¹⁾ *К. М. Сатъжко*. Какъ достигнуть чистоты воздуха въ операціонномъ залѣ?. *Врачъ*, 1890, № 3 и Прот. засѣд. Ак.-Гин. Общ. въ Кіевѣ (См. ниже стр. 343).

Съ устройствомъ приспособленій для очистки воздуха завершился циклъ тѣхъ мѣръ, благодаря которымъ составилаь полная строгая система производства операций по обезпложивающему способу.

Рядомъ съ операционной—*ванная*. Въ ней 2 мѣдныхъ ванны, духовая печь для подогреванія пищи больнымъ и кубъ для чая. При кубѣ устроена отводная труба съ холодильникомъ, съ помощью которой эксплуатируется паръ кипящей въ кубѣ воды. Благодаря этому простому приспособленію, клиника получила въ изобиліи перегнанную воду, изъ которой дѣлаются растворы для спринцованія, подмыванія больныхъ и т. п.

Далѣе слѣдуетъ цѣлый рядъ *палатъ*. Палаты №№ 9 и 10 (см. фиг. 5) одинаковыхъ размѣровъ ($1,58 \times 2,66$ саж.)—по 2 койки каждая. Палаты № 11 ($1,12 \times 2,66$), № 12 ($0,9 \times 2,66$), № 13 ($1,16 \times 2,66$) по 1 койкѣ, № 14 ($1,46 \times 2,66$) и № 15 ($1,46 \times 2,66$) по 2 койки.

Во второмъ этажѣ, въ отдѣленіи бар. *Штейнгеля* (см. фиг. 6) палата № 17, самая большая палата въ клиникѣ ($4,33 \times 2,66$), на 8—10 кроватей. Палаты №№ 18, 19 и 20—по 2 кровати въ каждой. Во всѣхъ палатахъ клиники обстановка одинакова. Для каждой больной—кровать съ бѣлымъ байковымъ одѣяломъ; при ней столикъ и табуретъ, окрашенные бѣлою эмалевою краскою, а въ родильномъ отдѣленіи и кроватка для новорожденнаго. Вездѣ проведены электрическіе звонки. При каждой кровати имѣется подкладное судно, стеклянный градуированный мочепріемникъ и влагалищный наконечникъ. Вся обстановка въ пристройкахъ въ память *В. Л. Бродской* сдѣлана по тому же образцу. Окнами гинекологическія палаты выходятъ въ Ботаническій садъ и отдѣлены отъ него небольшимъ клиническимъ дворомъ, также усаженнымъ растеніями.

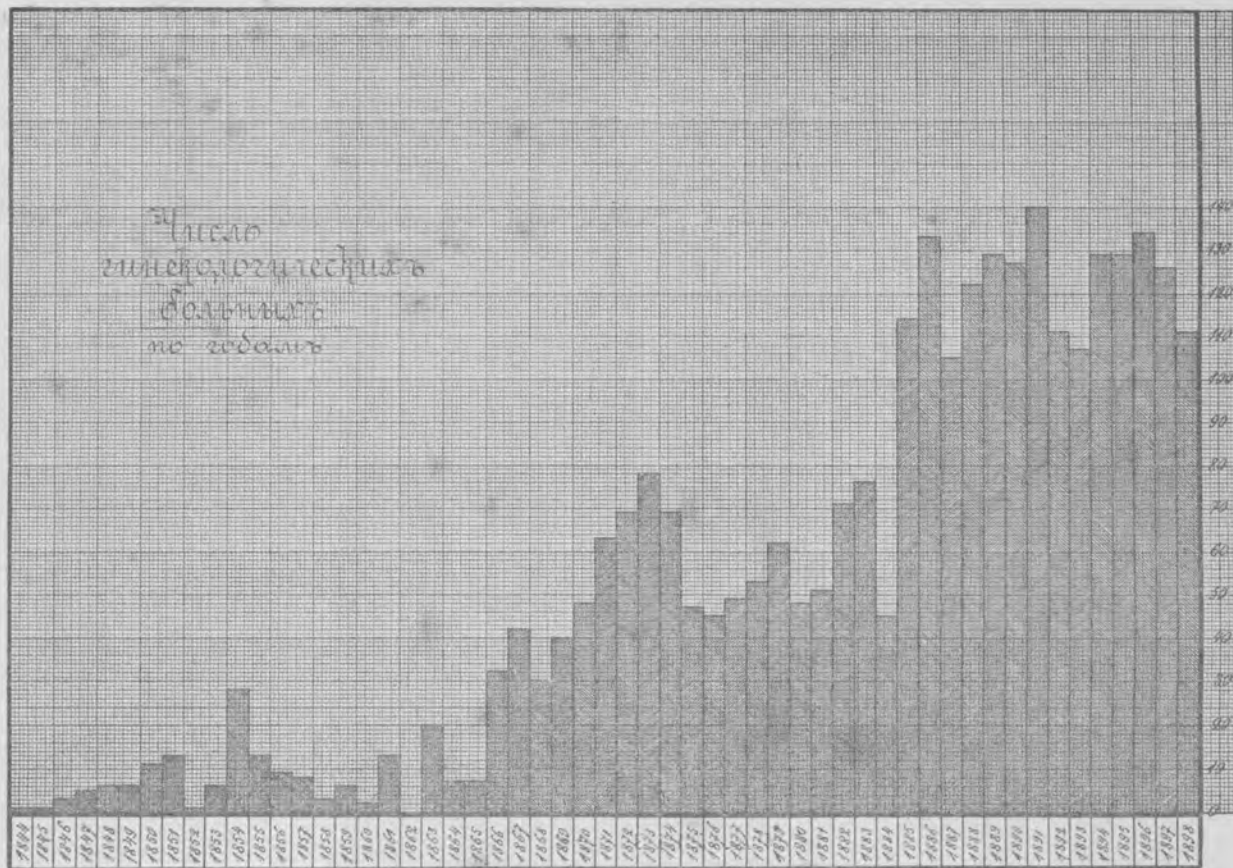
Въ нижнемъ этажѣ, въ концѣ гинекологическаго корридора, находится инфекціонное гинекологическое отдѣленіе—палата № 16—на 5—6 кроватей. Въ палатѣ этой помѣщаются не только чисто инфекціонные случаи, но обыкновенно только болѣе грязныя больныя—фистулы, раки матки, а также абсцессы. Въ случаѣ развитія тяжелыхъ инфекціонныхъ заболѣваній, какъ напр., рожи, палата эта, вмѣстѣ съ принадлежащей къ ней ванной и клозетомъ, можетъ быть вполне изолирована отъ другихъ помѣщеній клиники. Для этихъ случаевъ она имѣетъ особый ходъ во дворъ клиники, а также и полный инвентарь и прислугу.

Такимъ образомъ, всѣхъ кроватей въ гинекологическомъ отдѣленіи 25, не считая инфекціоннаго отдѣленія. При отсутствіи тяжкихъ инфекціонныхъ больныхъ можно помѣстить въ гинекологическомъ отдѣленіи почти до 30 больныхъ.

Здѣсь же приведемъ цифровыя данныя о дѣятельности гинекологическаго отдѣленія клиники со времени ея основанія. Изъ приведенной діаграммы (см. фиг. 15) видно, что дѣятельность гинекологическаго отдѣленія постоянно возростала, при чемъ до 1884 года ростъ этотъ совершался медленно, и число гинекологическихъ больныхъ не превышало 80. Съ 1885 года число больныхъ увеличилось почти вдвое. Съ этого же времени рѣзко измѣнился и характеръ дѣятельности отдѣленія, при чемъ дѣятель-

ность приняла болѣе хирургическое направленіе (см. фиг. 16, діаграмма, показывающая число гинекологическихъ операций съ 1844 по 1898 г.; значеніе линій то-же, что и на фиг. 15), и число операций увеличилось болѣе чѣмъ въ четыре раза. ¹⁾

Къ гинекологическому отдѣленію примыкаетъ библіотека клиники и гидropатическое отдѣленіе.



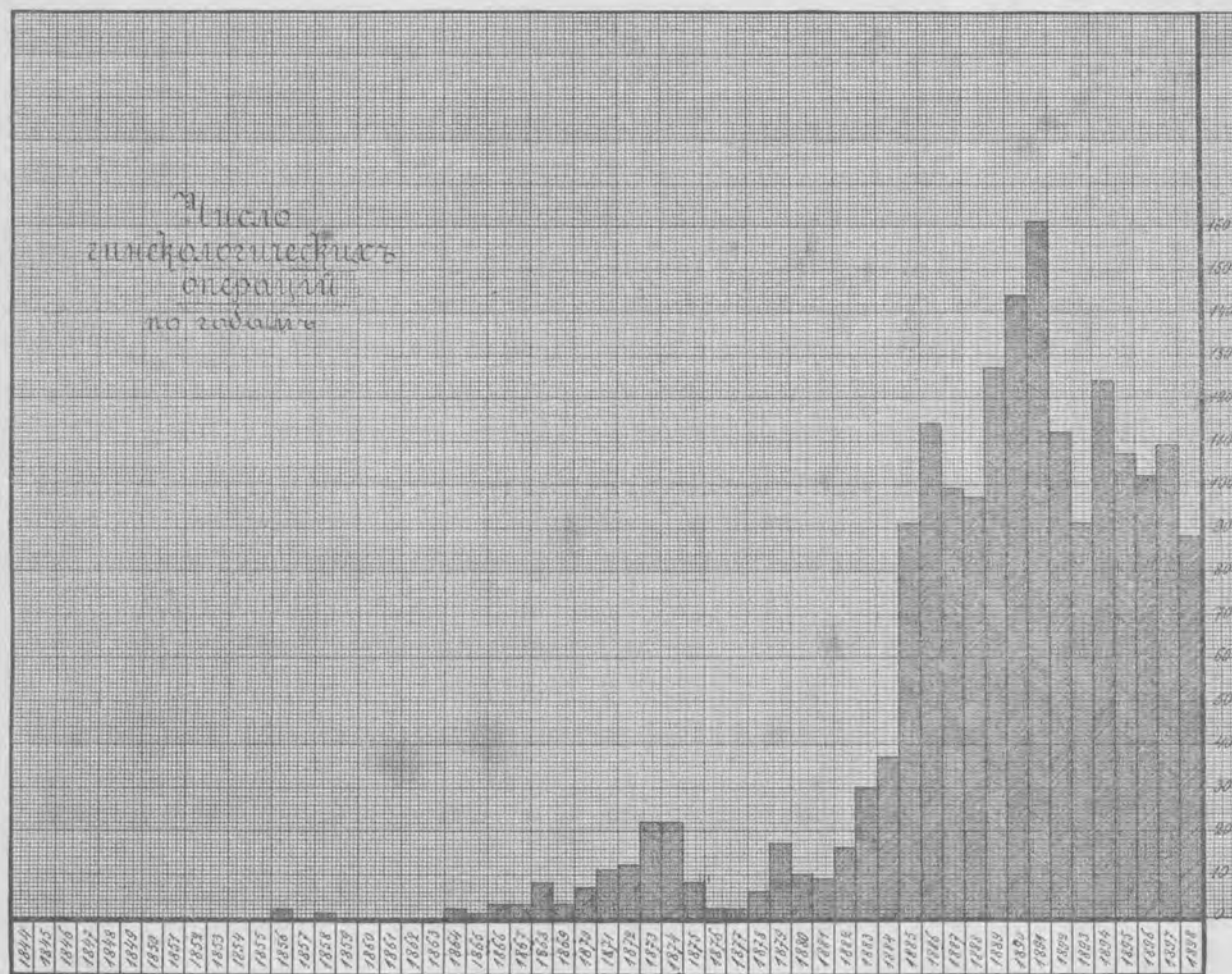
Фиг. 15. Діаграмма числа гинекологическихъ больныхъ по годамъ съ 1844 по 1898 г. Вертикальнныя линіи показываютъ года, горизонтальныя—число больныхъ въ указанное время.

Библіотека. Съ открытіемъ новыхъ клиникъ и до 1893 года книги, принадлежавшія клиникѣ, помѣщались, какъ сказано, въ комнатѣ швейцара подѣ лѣстницей, ведущей въ глазную клинику. Послѣ надстройки второго этажа, для библіотеки отведена была небольшая палата въ гинекологическомъ отдѣленіи, тамъ, гдѣ нынѣ устроена чистая амбулаторная. Въ настоящее время она занимаетъ большую свѣтлую комнату въ 4 окна. Въ библіотечной комнатѣ помѣщается собственно клиническая библіотека

¹⁾ Ср. Г. Е. Рейнъ. Акушерская Клиника. Историческая записка въ Юбил. изд. унив. св. Владимира 1884 года.

Его-же. Акушерская Клиника 1883—1893 г. Цифровой отчетъ за 10 лѣтъ. (См. ниже реф. № 96, стр. 219); ср. также отчеты о чревосѣченіяхъ—глава IX, стр. 80.

и библиотекъ акушерско-гинекологическаго Общества, состоящаго при нашемъ университетѣ. Въ библиотекѣ акушерскаго Общества, въ которой числится болѣе 2400 названій, постановлено поставить портретъ почетнаго члена общества, проф. *Г. Е. Рейна*. Клиническая библиотекъ заключаетъ въ себѣ 698 названій медицинскихъ книгъ, при чемъ въ ней имѣется особый отдѣлъ, 2 шкафа книгъ, 234 названія, завѣщанныхъ кли-



Фиг. 16. Диаграмма числа гинекологическихъ операций по годамъ съ 1844 по 1898 г.

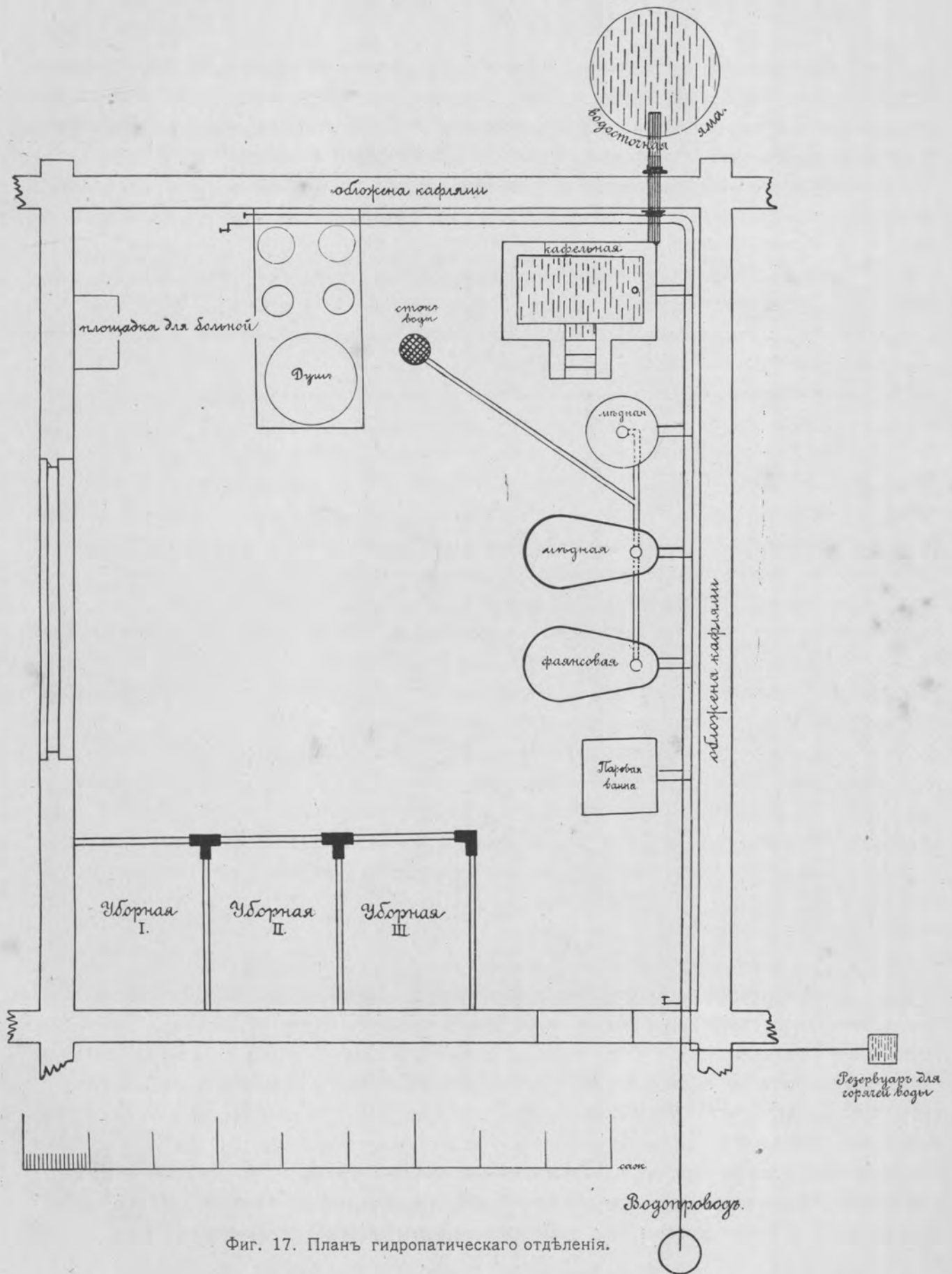
никъ покойнымъ докторомъ *А. И. Красковскимъ*, бывшимъ ординаторомъ клиники. Часть этихъ книгъ беллетристическаго содержанія и предназначена для чтенія больнымъ. Съ расширеніемъ библиотечной комнаты является возможность расположить имѣющіяся уже въ библиотекѣ книги болѣе цѣлесообразнымъ и удобнымъ для пользованія образомъ, такъ какъ, при тѣснотѣ прежняго помѣщенія, книги въ шкафахъ стояли въ два ряда.

Въ этомъ году для новой библиотекы сдѣлано пожертвованіе сестрою покойной *В. Л. Бродской*, баронессой *К. Л. Гинсбургъ*, довольно значительнаго числа книгъ для чтенія больнымъ, по преимуществу беллетристическаго содержанія; сюда же вошли иллюстрированныя изданія и сочиненія по естественной исторіи.

Не лишнимъ считаемъ замѣтить, что библиотека служитъ также и для занятій студентовъ и врачей, для писанія исторій болѣзни и т. п. Съ этой точки зрѣнія нельзя не привѣтствовать расширенія библиотеки, занимающей нынѣ къ тому же самое уединенное, а, слѣдовательно, и самое покойное и удобное для занятій помѣщеніе въ клиникѣ. Въ библиотекѣ предполагается поставить портретъ покойной *В. Л. Бродской*.

Библиотека проф. *Г. Е. Рейна* также завѣщена имъ Кіевской Акушерской Клиникѣ.

Гидропатическое отдѣленіе. Отдѣленіе для гидропатіи и бальнеотерапіи представляетъ собою прямоугольную громадую залу, размѣрами 13 на 11 арш. и вышиною 6 арш. (фиг. 17). При ней гардеробная и служительская комнаты. Отопленіе—паро-водяное. Полъ залы изъ цвѣтныхъ харьковскихъ плитокъ на бетонномъ основаніи. Стѣны и потолокъ оштукатурены цементомъ, а стѣны, прилегающія къ ваннамъ, покрыты изразцами на высоту человѣческаго роста. Карнизы—цементные, безъ всякихъ переломовъ. Освѣщеніе дневное—большимъ венеціанскимъ окномъ, съ цвѣтными и матовыми стеклами, и верхнимъ цвѣтнымъ фонаремъ. Вентиляція отчасти въ связи съ отопленіемъ, но кромѣ этого имѣется механической водяной вентиляторъ для удаленія избытка паровъ. Вечернее освѣщеніе электрическое, лампочками накаливанія. Вода для этого отдѣленія нагревается въ особомъ водогрѣйномъ приборѣ, установленномъ внѣ комнаты и отапливаемомъ каменнымъ углемъ, съ запаснымъ для горячей воды резервуаромъ на 100 ведеръ. Отводъ воды изъ водяныхъ ваннъ и душей и со всего помѣщенія производится черезъ половой трапъ по чугуннымъ трубамъ, а изъ ваннъ минеральныхъ—по гончарнымъ трубамъ. Отдѣленіе снабжено слѣдующими лечебными приборами: 1) Ванна красномѣдная для горячихъ общихъ ваннъ и прохладныхъ полуваннъ, съ приспособленіями для постепеннаго пониженія температуры воды. 2) Ванна фарфоровая для общихъ ваннъ какъ водяныхъ, такъ и электрическихъ—биполярныхъ, монополярныхъ, фарадическихъ и гальваническихъ. 3) Ванна мѣдная сидячая, такъ называемая французская, съ циркулярнымъ, спиннымъ и вагинальнымъ душами. 4) Души парижской работы, состоящія изъ стеклянаго цилиндрическаго павильона, въ которомъ можно обдавать больного всевозможными душами (верхній дождевой, колонна, спинной, циркулярный, нижній дождевой, вагинальный, нижній струйный и боковые души). Давленіе получается при помощи нагнетанія ручнымъ приводомъ воды горячей и холодной въ 2 равной величины баллона, имѣющіе у соединенія выходныхъ трубъ шаровой смѣситель и термометръ. Давленіе измѣряется манометрами, поставленными на баллонахъ, а температура на шаровомъ смѣсителѣ. Боковые души имѣютъ приспособленіе для измѣненія формы струи (дождевая, полная струя и вѣреть). 5) Паровая ванна деревянная, въ формѣ шкафа, куда паръ проведенъ черезъ паросборникъ, могущій автоматически удерживать надлежащее давленіе пара. Температура измѣряется на вставленномъ въ ванну термометрѣ. Ванна имѣетъ вытяжную трубу. Сидѣнье ея изолировано отъ огня. При помощи введенныхъ газовыхъ горѣлокъ, эта ванна можетъ быть примѣняема какъ сухо-воздушная. 6) Ванна кафельная, служащая для общихъ минеральныхъ ваннъ (разныя



Фиг. 17. Планъ гидропатического отдѣленія.

соляныя, грязевыя). Въ отдѣленіи имѣются 3 отдѣленные другъ отъ друга уборныя для больныхъ. Въ каждой уборной поставлена кушетка для массажа. Такимъ образомъ, отдѣленіе это снабжено всѣмъ необходимымъ для гидротерапіи и бальнеотерапіи и представляетъ одно изъ самыхъ красивыхъ помѣщеній Клиники.

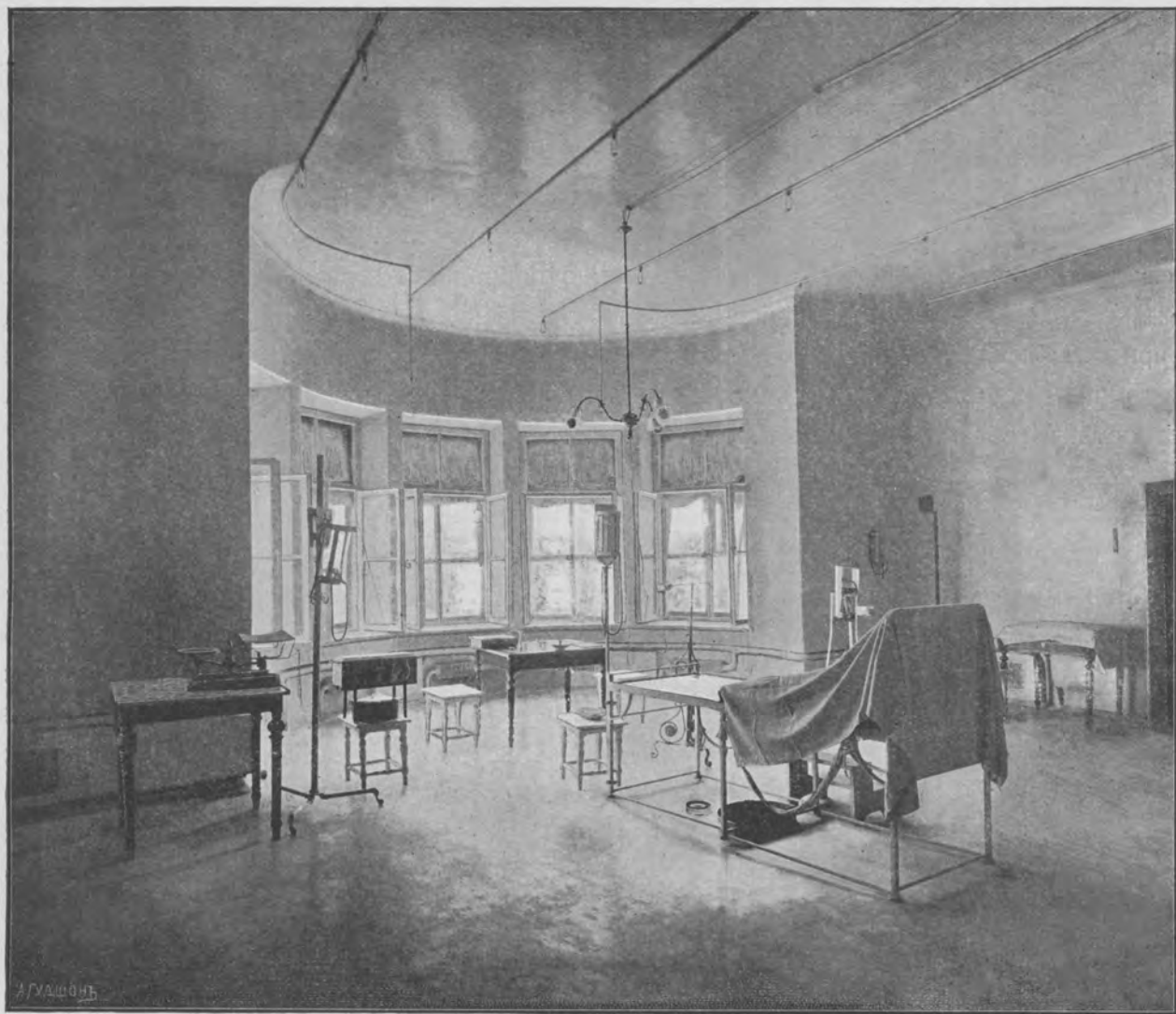
Бальнеологическое отдѣленіе устроено фирмою *Графъ и К^о* по указаніямъ и при непосредственномъ содѣйствіи д-ра *А. Н. Успенскаго*. Стоимость внутренняго устройства вмѣстѣ съ оборудованіемъ всей пристройки мебелью, бѣльемъ и пр.—не менѣе 10,000 р.

Акушерское отдѣленіе, по расположенію своихъ помѣщеній, почти вполнѣ соотвѣтствуетъ гинекологическому отдѣленію. Такъ-же какъ и послѣднее оно располагаетъ 25 кроватями, число которыхъ, при отсутствіи въ клиникѣ тяжелыхъ инфекціонныхъ случаевъ, можетъ быть увеличено до 28—30. По сравненію съ прежнимъ акушерскимъ отдѣленіемъ клиники 1893 года нынѣ имѣется слѣдующее различіе: вмѣсто прежней инфекціонной комнаты и ванны при ней сдѣланы 2 палаты (на планѣ 3 и 4, см. фиг. 5), каждая по 2 койки, и комната для помощницы акушерки, а въ пристройкѣ прибавлена большая палата, вмѣщающая до 6—8 коекъ и предназначенная для нормальныхъ родильницъ и при томъ, главнымъ образомъ, въ болѣе поздніе дни послѣ родовъ, и для беременныхъ. Вновь прибавленная инфекціонная комната (на планѣ 1), по размѣрамъ нѣсколько больше прежней и тоже легко можетъ вмѣстить 6 и болѣе коекъ, тогда какъ прежняя могла вмѣстить отъ 4 до 6 коекъ. Такимъ образомъ, общее увеличеніе числа коекъ въ акушерскомъ отдѣленіи равняется 12—14 койкамъ, а такъ какъ одна изъ палатъ—на 2 койки—обращается въ крестильную комнату, то въ сущности увеличеніе не превышаетъ 10—12 коекъ. При изоляціи тяжелыхъ больныхъ, все инфекціонное отдѣленіе можетъ быть занято только одною больною, и въ такомъ случаѣ увеличеніе акушерскаго отдѣленія, достигнутое настоящею пристройкою, будетъ равняться 5—7 койкамъ. Поэтому, увеличивая въ настоящее время акушерское отдѣленіе въ дѣйствительности только на 5 коекъ, мы можемъ, съ одной стороны, размѣстить родильницъ болѣе просторно и провѣтривать палаты, по мѣрѣ надобности, а съ другой—имѣть извѣстный запасъ для экстренныхъ случаевъ.

Въ акушерскомъ отдѣленіи находятся: родильный покой, 8 палатъ для родильницъ, квартиры двумъ акушеркамъ, помѣщеніе для ученицъ и крестильня.

Родильный покой (фиг. 18), по своему расположенію и размѣрамъ, соотвѣтствуетъ операционной комнатѣ гинекологическаго отдѣленія и представляетъ почти тѣ же особенности устройства и приспособленій съ цѣлью проведенія обезпложивающаго способа. Нѣтъ только верхняго свѣта. Отъ времени до времени воздухъ очищается по способу д-ра *Самъжко* (устройство видно на фиг. 18). По срединѣ комнаты поставлена родильная кровать, которая отличается только тѣмъ, что она нѣсколько массивнѣе, выше и шире обыкновенной. На этой же кровати производятся и акушерскія операци, для чего больная съ тюфякомъ только передвигается къ ножному краю кровати. Инструменты всѣ новѣйшаго устройства съ металлическими никкелированными рукоятками. У стѣнъ расположены стеклянные шкафы для храненія инструментовъ, аппаратовъ и бѣлья. При

родахъ употребляется бѣлье стерилизованное. Въ родильномъ покоѣ 3 двери—2 въ корридоръ и 1 въ ванную комнату, черезъ которую роженица послѣ ванны переходитъ прямо въ родильный покой. Передъ дверью родильнаго покоя поставлены вѣшалки, гдѣ входящими оставляются сюртуки. Для приготовления обезпложенной воды или физиологическаго раствора *Nall* здѣсь поставленъ большой фильтръ *Шамберланъ-Пастера* на 20 свѣчей. Въ родильномъ покоѣ имѣются всегда пробирки со средами



Фиг. 18. Родильный покой.

для контроля стерильности рукъ у врачей и студентовъ, который производится всякій разъ предъ внутренними изслѣдованіями роженицъ. Руки обезпложиваются по способу *Фюрбрингера*.

Палаты родильнаго отдѣленія выходятъ дверьми также въ односторонній свѣтлый корридоръ съ поломъ изъ матлахскихъ плитокъ, какъ и въ гинекологическомъ. Палата № 1 въ концѣ родильнаго корридора, на 6 кроватей, съ ванной и отдѣль-

нымъ выходомъ, составляютъ инфекціонное отдѣленіе. Въ обыкновенное время въ ней должны помѣщаться только подозрительныя больныя или съ незначительными заболѣваніями, и тогда она сообщается съ остальными помѣщеніями клиники, имѣя только особый врачебный персоналъ, прислугу и инвентарь. Въ случаѣ же развитія тяжелыхъ заболѣваній, палата эта, вмѣстѣ съ ванной комнатой, можетъ быть строго изолирована отъ всей остальной клиники, и для этого случая имѣетъ особый выходъ во дворъ. Палата № 2—на 6—8 кроватей. Палаты №№ 3 и 4-й, одинаковыя по размѣрамъ, по 2 кровати каждая, предназначаются для вновь учреждаемыхъ платныхъ коекъ. Палата № 5 (1,15×2,90) на 1 кровать, №№ 6 и 7-й по размѣрамъ и числу кроватей (2) соотвѣтствуютъ 9 и 10 палатѣ гинекологическаго отдѣленія. Восьмая палата большая (3,10×2,66) на 4 кровати, ближайшая къ родильному покою, предназначена для самыхъ свѣжихъ родильницъ.

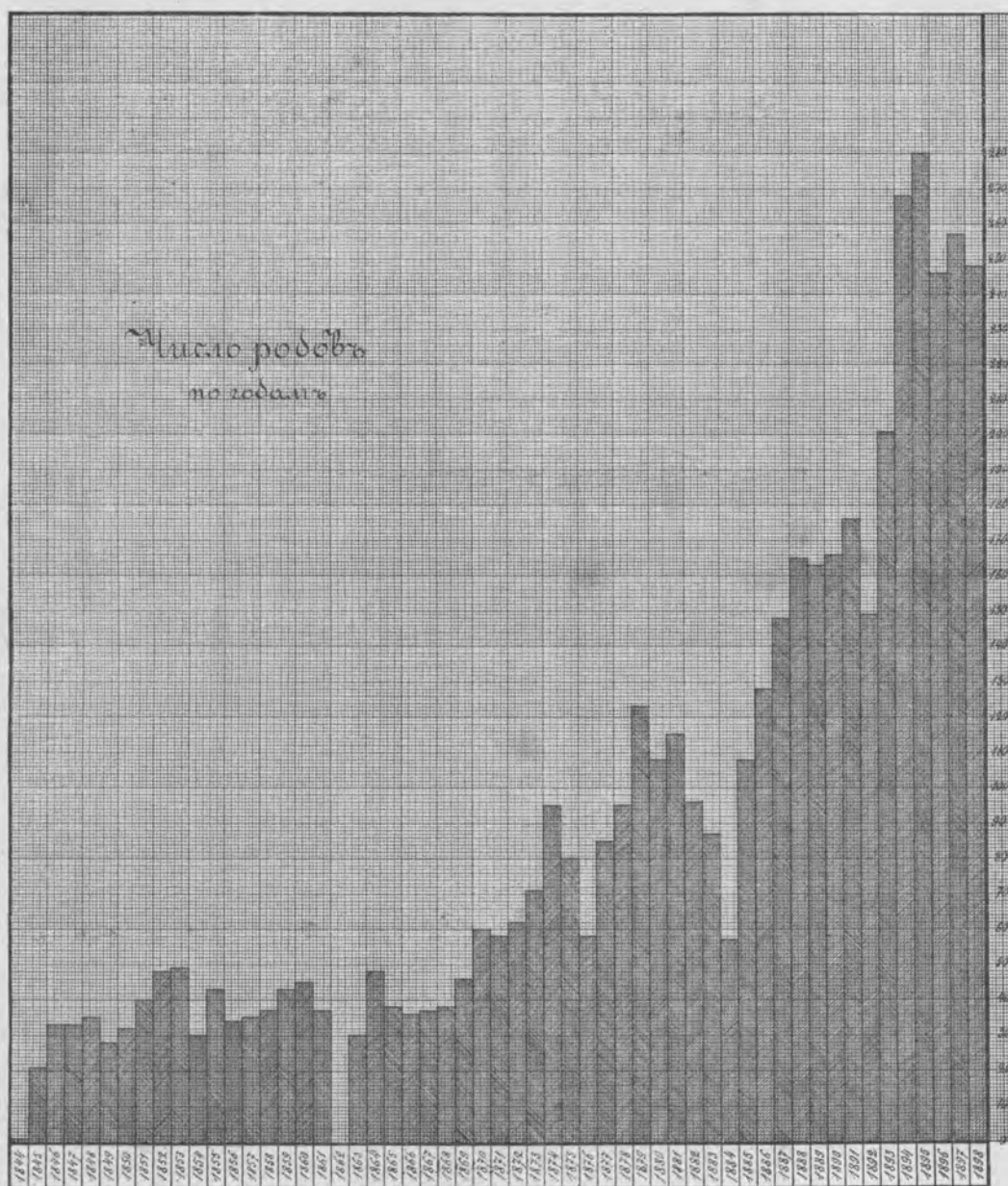
Рядомъ съ ней небольшая комната *крестильная*. Устройствомъ этой комнаты устраняется важное неудобство, а именно: до послѣдняго года дѣтей крестили въ палатахъ, вслѣдствіе чего приходилось всякій разъ выносить родильницъ съ кроватями на корридоръ; съ другой стороны, лица, принимающія участіе при крещеніи дѣтей, въ настоящее время уже могутъ не входить въ помѣщенія для родильницъ, что далеко не соотвѣтствовало требованіямъ асептики.

Съ 1883 года до осенняго семестра 1890 г. всѣ роды въ Кіевской Акушерской Клиникѣ велись исключительно при антисептической обстановкѣ, при чемъ почти ежегодно вводились новыя измѣненія въ способъ ухода, сообразно съ тѣми или другими измѣненіями руководящихъ началъ профилактики. Кромѣ строгой субъективной антисептики, роженицы подвергались обязательно профилактическимъ противогнилостнымъ спринцованіямъ и вымываніямъ передъ и послѣ внутреннихъ изслѣдованій и послѣ родовъ. Въ послѣродовомъ періодѣ производились спринцованія влагалища. Съ осенняго семестра 1890 г. роды ведутся параллельно по безгнилостному и противогнилостному способу, при чемъ по безгнилостному способу ведутся главнымъ образомъ нормальныя роженицы и при томъ не изслѣдованныя никѣмъ до поступленія въ клинику. Подробное описаніе безгнилостнаго способа см. въ статьяхъ д-ра *Писемскаго* и *Яхонтова* „къ вопросу о примѣненіи безгнилостнаго способа и при родахъ“ (см. ниже, стр. 76), а также сравни отчеты д-ра *Абуладзе*—реф. 97 и 98, стр. 221). Изъ клиническихъ отчетовъ видно, что результаты примѣненія безгнилостнаго способа получались блестящими.

Прилагаемая при семъ діаграмма (фиг. 19 діаграмма числа родовъ съ 1844 по 1898 г. Значеніе линій см. фиг. 15) представляетъ количественную сторону дѣятельности акушерскаго отдѣленія со времени основанія клиники. На слѣдующей (фиг. 20) изображено количество операций за это же время. Первая діаграмма показываетъ рѣзкій подъемъ этой дѣятельности, начиная съ 1885 года; что касается до операций, то кривая показываетъ, что число ихъ, поднявшись *ad maximum* до высоты 320 въ 1896 году, за послѣдніе два года нѣсколько уменьшается. Это обстоятельство находитъ свое

объясненіе въ томъ, что за послѣдніе годы еще болѣе строго соблюдается консервативный, выжидательный способъ при родахъ, особенно въ послѣдовомъ періодѣ.

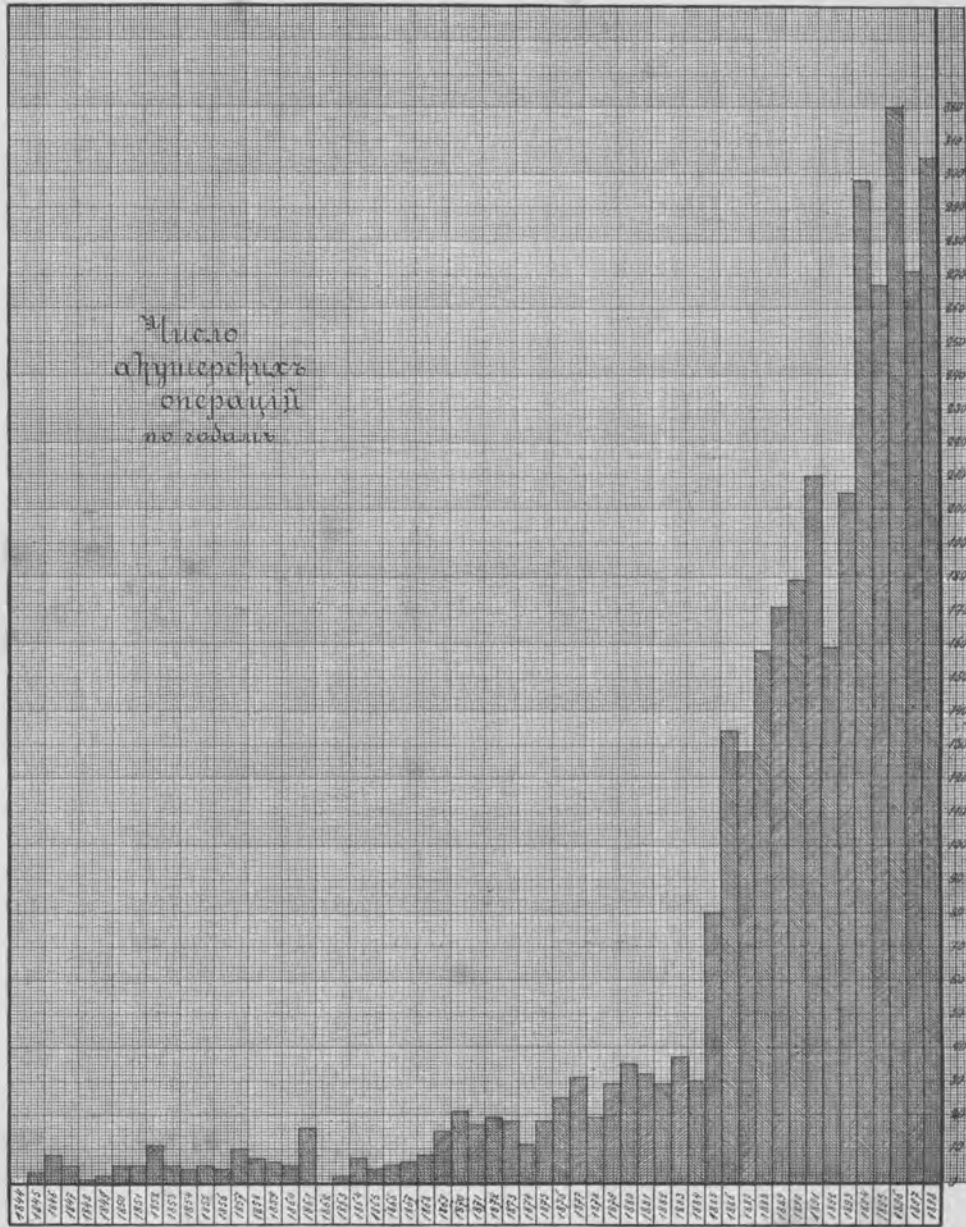
Такимъ образомъ, клиника, въ настоящее время, располагаетъ, въ общемъ, 20 палатами съ 50 койками; изъ нихъ 25 штатныхъ, 10 бесплатныхъ коекъ отдѣленія бар.



Фиг. 19. Диаграмма, показывающая число родовъ съ 1844 по 1898 г.

Штейнзеля и 15 коекъ платныхъ. Число платныхъ больныхъ можетъ быть, въ случаѣ надобности, еще увеличено на 5 и болѣе. Платныя больныя имѣются двухъ родовъ: тѣ, которыя пользуются отдѣльной комнатой или по 2 въ одной и улучшенной пищей, платятъ по 3 руб. въ сутки; такихъ коекъ въ клиникѣ 5. Прочія сверхштатныя платныя

больныя помѣщаются по 2 и болѣе въ одной комнатѣ и въ отношеніи пищи и прочаго содержанія ничѣмъ не отличаются отъ штатныхъ больныхъ; такія больныя платятъ въ гинекологическомъ отдѣленіи по 2 руб., а въ родильномъ 1 руб. 50 коп. Штатныя больныя, по уставу клиникъ, обязаны платить по 7 руб. въ мѣсяць, при чемъ плата эта



Фиг. 20. Диаграмма, показывающая число акушерскихъ операций съ 1844 по 1898 г.

поступаетъ въ Государственное Казначейство. Бѣдныя больныя могутъ быть освобождены отъ платы, по усмотрѣнію директоровъ клиникъ, а такъ какъ главный контингентъ штатныхъ больныхъ составляютъ бѣдныя больныя, приходящія въ клинику нерѣдко босыми, то директора клиникъ пользуются широко своимъ правомъ, и потому штатныя больныя, за весьма немногими исключеніями, принимаются бесплатно.

Самая большая палата вмѣщаетъ 8—10 коекъ, 3 палаты по 5—8; одна палата на 4 койки, остальные 15 палатъ по 2 и по 1 койкѣ. Кубическое содержаніе воздуха въ клиническихъ помѣщеніяхъ равняется около 4,5 куб. саж. на больную, не считая большихъ и свѣтлыхъ корридоровъ, съ которыми воздухъ палатъ постоянно сообщается черезъ открытыя двери. Этотъ объемъ палатъ, при существующей искусственной вентиляціи въ клиникѣ, увеличиваетъ въ нѣсколько разъ запасъ воздуха по сравненію со старой клиникой.

Отопленіе и вентиляція клиники. Особеннаго вниманія заслуживаетъ устройство въ Акушерской Клиникѣ *отопленія и вентиляціи*. Отопленіе клиники паро-водяное низкаго давленія, въ связи съ вентиляціей. Центръ отопленія помѣщается въ особомъ, служебномъ флигелѣ, стоящемъ между клиническими павильонами. Здѣсь находятся два большіе Корнвалійскіе паровые котла, паръ изъ которыхъ по глубоко лежащимъ подземнымъ трубамъ идетъ въ подвалы клиническихъ павильоновъ. Въ подвалахъ, подъ корридорами зданія, помѣщены цилиндрическіе котлы-калориферы, находящіеся въ связи съ системою трубъ, которыя и несутъ нагрѣтую воду по отдѣльнымъ помѣщеніямъ клиники. Вода калориферовъ нагрѣвается паромъ, циркулирующимъ въ замѣвикахъ, и уходитъ по трубамъ въ ребристыя батареи, обогрѣвающія клиническія помѣщенія. Въ калориферахъ поддерживается температура воды отъ 35°R до 70°R, смотря по температурѣ наружнаго воздуха. Подъ корридоромъ учебно-административнаго отдѣленія имѣется два калорифера, обогрѣвающіе, главнымъ образомъ, всѣ помѣщенія его. Подъ корридоромъ предъ аудиторіей также 2 калорифера, обогрѣвающіе аудиторію и весь корридоръ, обращенный окнами на сѣверъ, и выходящія въ него палаты. Подъ двумя остальными корридорами зданія помѣщены по 3 калорифера съ каждой стороны, обогрѣвающіе всѣ прочія палаты и помѣщенія клиники. Наконецъ, подъ помѣщеніями пристройки этого года, въ западномъ крылѣ, поставленъ одинъ небольшой калориферъ для обогрѣванія этихъ пристроекъ. Вода въ калориферахъ получается изъ особыхъ чановъ, помѣщенныхъ на чердакѣ зданія, непосредственно изъ городского водопровода, при чемъ поступленіе ея регулируется самодѣйствующими кранами.

Въ связи съ отопленіемъ въ клиникѣ устроена *вентиляція* по системѣ извлеченія. Воздухъ клиники извлекается 13 грушевидными вытяжными каминами, выходящими на крышу зданія отдѣльными для каждаго камина трубами; въ каждой изъ двухъ новыхъ пристроекъ 1900 г. поставлено также по одному вытяжному камину. Топочныя отверстія 9 каминовъ помѣщены въ подвалахъ, а шесть въ корридорахъ клиники; отверстія, извлекающія внутренній воздухъ, распределены по отдѣльнымъ помѣщеніямъ клиники, находясь внизу у пола и почти исключительно въ наружныхъ стѣнахъ зданія. Отверстія эти задѣланы проволочной рѣшеткой. Для притока чистаго воздуха имѣются снаружи зданія въ стѣнахъ фундамента отверстія; каждое изъ нихъ ведетъ наружный воздухъ въ камеры подваловъ, гдѣ помѣщены калориферы. Здѣсь, нагрѣвшись и поглотивъ влагу изъ особыхъ овлажителей, въ видѣ сковородъ, воздухъ

поступаетъ въ каналы, распредѣляющіе его по отдѣльнымъ помѣщеніямъ клиники. Въ этихъ послѣднихъ входныя отверстія для чистаго нагрѣтаго воздуха помѣщены у потолка и только нѣкоторыя изъ нихъ—на высотѣ человеческого роста; почти всѣ они находятся въ стѣнахъ, отдѣляющихъ помѣщенія отъ смежныхъ корридоровъ, т. е., въ общемъ, приводящія воздухъ отверстія расположены противъ извлекающихъ. Приводящія отверстія задѣланы металлическими жалюзи. Въ приводящихъ каналахъ устроены клапаны, закрывающіе и открывающіе каналъ, а, слѣдовательно, регулирующіе притокъ теплаго воздуха по желанію. Въ помѣщенія воздухъ поступаетъ подогрѣтымъ, примѣрно, до 24°R. Кромѣ того, въ аудиторіи, въ верхней части наружной стѣны, продѣланы 4 отверстія, приводящія чистый воздухъ непосредственно снаружи. Отверстія эти имѣются въ виду на тотъ случай, когда температура воздуха въ аудиторіи, при большомъ числѣ присутствующихъ лицъ, поднялась бы выше, чѣмъ это желательно. Помимо специальныхъ приспособленій для вентиляціи, помѣщенія вентилируютъ также посредствомъ форточекъ, которыя устроены въ окнахъ всѣхъ помѣщеній, и открыванія оконъ.

Главный недостатокъ отопленія состоитъ въ томъ, что не устроено приспособленій для регулированія нагрѣванія отдѣльныхъ помѣщеній клиники. Недостатокъ этотъ устраненъ въ постройкахъ 1900 г. Что касается до вентиляціи, то она дѣйствуетъ тоже далеко неудовлетворительно, особенно когда температура внѣшняго воздуха мало различается отъ температуры палатъ, т. е. въ теплую погоду, и тогда приходится прибѣгать въ широкихъ размѣрахъ къ естественной вентиляціи при посредствѣ оконъ и форточекъ. Въ общемъ, система отопленія и вентиляціи клиники, устроенная почти 15 лѣтъ тому назадъ, далеко не удовлетворяетъ современнымъ требованіямъ, а отопленіе къ тому же и не экономно, а потому требуетъ крупныхъ улучшеній въ ближайшемъ будущемъ.

Одинъ изъ крупныхъ недостатковъ паровыхъ котловъ заключается въ томъ, что они, при своихъ чрезвычайно крупныхъ размѣрахъ, служатъ и для приведенія въ дѣйствіе аппаратовъ прачешной; для послѣдней необходимо имѣть отдѣльный небольшой паровичекъ, который можно было бы приводить въ дѣйствіе, съ небольшой затратой топлива, особенно въ теплое время года, когда нѣтъ необходимости растапливать громадныя котлы. Этотъ паровикъ можно было бы употребить и для приведенія въ дѣйствіе динамо-машины, когда клиники приступятъ къ устройству собственнаго электрическаго освѣщенія.

Освѣщеніе. До начала осенняго семестра 1895 г. клиническія помѣщенія освѣщались керосиномъ, за исключеніемъ клиническаго вестибюля, лабораторіи и отчасти аудиторіи, въ которыхъ освѣщеніе было газовое. Съ сентября 1898 г. въ клиникѣ введено освѣщеніе электричествомъ, а именно лампочками накаливанія Сименса и Гальске. Всѣхъ лампочекъ 94 съ силою въ 881 свѣчу; въ новыхъ пристройкахъ прибавлено 42 лампочки примѣрно по 16 свѣчей каждая; на родильный покой приходится 200, а на операціонную 150 свѣчей. Въ аудиторіи, кромѣ 4 лампочекъ на-

каливанія, имѣются еще 2 фонаря *Кертинга* по 300 свѣчей. Электрической свѣтъ доставляется въ клинику изъ городской станціи и оплачивается по счетчику *Томсона*. Въ непродолжительномъ времени университетъ предполагаетъ устроить свою собственную электрическую станцію, что представляется необходимымъ въ виду настоящихъ значительныхъ затратъ на электрическое освѣщеніе. Освѣщеніе одной только Акушерско-Гинекологической Клиники обходится болѣе 1000 р. въ годъ, а съ открытіемъ новыхъ пристроекъ дойдетъ, вѣроятно, до 1500 р. въ годъ.

Водоснабженіе акушерской клиники производится посредствомъ системы трубъ, принадлежащей къ общей Киевской водопроводной сѣти. Для очищенія питьевой воды клиника имѣетъ при водопроводныхъ кранахъ собственные фильтры *Беркфельда*. Перегнанная вода готовится также въ клиникѣ, частью въ особыхъ аппаратахъ при печахъ ваннхъ комнатъ, а частью въ особомъ большомъ перегонномъ аппаратѣ, помѣщаемомъ въ студенческой лабораторіи. Клиника кромѣ того владѣетъ громаднымъ запасомъ обезпложенной теплой воды, которая наравнѣ съ холодной проведена въ каждый умывальникъ изъ калориферовъ. Вода эта, какъ сказано выше, для цѣлей отопленія, ежедневно подогревается паромъ, смотря по температурѣ наружнаго воздуха, отъ 35 до 70° R. Такое ежедневное подогреваніе, соответствующее способу прерывистаго обезпложиванія по *Тундалю*, какъ показали бактериологическія изслѣдованія, произведенныя въ клиникѣ, дѣлаетъ воду вполне свободной отъ бактерій и отъ споръ, что для клиники имѣетъ въ высшей степени важное значеніе. Недостатокъ этой воды заключается въ томъ, что она нѣсколько мутновата, вслѣдствіе примѣси взвѣшенныхъ неорганическихъ веществъ, поступающихъ въ нее изъ осадковъ на стѣнкахъ резервуара. Для очищенія воды отъ этихъ примѣсей въ операціонной комнатѣ и въ родильномъ покоѣ имѣются фильтры *Шамберланъ-Пастера*. Вода, очищенная при помощи этихъ фильтровъ, получается прозрачной и, разумѣется, стерильной, что доказано бактериологическими изслѣдованіями д-ра *Писемскаго*, произведенными также въ клиникѣ съ этой цѣлью.

Удаленіе нечистотъ производится по канализаціонной системѣ, связанной съ общей канализаціей города Киева. Клозеты—водяные.

Мойка и дезинфекція бѣлья производится въ особой паровой прачешной, помѣщаемой въ служебномъ зданіи.

Врачебный персоналъ клиники до 1883 года состоялъ изъ директора клиники проф. *А. П. Матвѣева* (1844—1882 г.), а затѣмъ въ 1882—1883 году временно завѣдывали клинкою доценты *А. А. Шварцъ* и *А. Ф. Толочиновъ*.

Въ первые годы существованія клиники, въ помощь директору, назначались помощники директора и ассистенты. До 1863 года въ числѣ ихъ были слѣдующія лица: *Д. М. Трубницкій*, *А. В. Чоповскій*, *С. Ѡ. Залѣскій*, *В. З. Костомахинъ*, *С. С. Высочинскій*, *И. П. Лазаревичъ*, *П. Г. Моравскій* и *А. С. Лѣсковъ*.

Съ 1863 года, по штату университета, вмѣсто помощниковъ директора, учреждены должности двухъ ординаторовъ съ жалованіемъ по 600 р. въ годъ. Изъ нихъ до

1883 года были слѣдующіе лица: Ф. Л. Сегетъ, Э. Ф. Функе, П. А. Ракуза, М. И. Чекаловъ, С. А. Величковскій, И. П. Сенькевичъ-Корчакъ, А. Е. Ваденюкъ, Н. А. Ограновичъ и В. И. Водягинъ.

Съ настоящаго года, согласно ходатайству проф. *Г. Е. Рейна*, учреждена еще должность штатнаго ассистента, съ жалованіемъ въ 1200 р. и съ квартирою. Ассистентъ избирается факультетомъ на 5 лѣтъ, по представленію профессора, и долженъ имѣть степень доктора медицины.



Абуладзе.	Копы-	Лозин-	Суховецкій.	Гаус-	Жева-	Бѣлопытовъ	Бетановъ.	Матаѣевъ.
Берг-	Бала-	ловъ.	Кроль.	Яхонтовъ.	Нееловъ.	Дашкевичъ.	Яро-	Лисян-
манъ.	банъ.	Савинъ.	Возне-	Проф. Г. Е. Рейнъ.	Воскресен-	Воскресен-	Яро-	Лисян-
Братковъ.		сенскій.			скій.	скій.	Левичъ.	Некра-
						Писемскій.	Редлихъ.	вой.
								скій.
								шевичъ.
								Редлихъ.
								Левичъ.
								Шуварскій.

Фиг. 61. Группа ординаторовъ.

Съ 1883 года, во время директорства проф. *Г. Е. Рейна*, въ должности штатныхъ ординаторовъ состояли слѣдующія лица: Б. О. Краякъ (1880—1884), Э. А. Савинъ (1880—1884), Н. А. Голынецъ (1883—1885), М. А. Воскресенскій (1883—1887), В. Г. Калюжный (1885—1888), А. Г. Боряковскій (1885—1888), А. И. Красковскій (1885—1889), Н. К. Нееловъ (1887—1891), Г. Г. Брюно (1887—1891), А. П. Яхонтовъ (1887—1892), Г. Ф. Писемскій (1888—1893), Н. В. Шуварскій (1889—1893),

В. П. Жемчужниковъ (1890—1893), Д. А. Карра (1890—1893), А. А. Редлихъ (1890—1894), Г. Г. Левицкій (1891—1895), В. Н. Гогоцкій (1891—1896), Д. А. Абуладзе (1891—1898), К. К. Кеглеръ (1897—1899), А. Э. Гаусманъ (1897—1900), В. Л. Лозинскій (1897—1900).

За это же время въ клиникѣ развился институтъ сверхштатныхъ ординаторовъ, а также стало заниматься большое число врачей (экстерновъ), посѣщавшихъ клинику болѣе или менѣе продолжительное время для изученія акушерства и гинекологіи. Изъ молодыхъ врачей, посвятившихъ себя всецѣло изученію этой специальности, въ послѣдствіи избирались сверхштатные ординаторы, которые, въ свою очередь, при освобожденіи вакансіи, поступали на должности штатныхъ ординаторовъ. Въ общемъ, въ клиникѣ концентрировалось ежегодно значительное число молодыхъ силъ, между которыми и распределялись всѣ занятія по клиникѣ, лабораторіи, амбулаторіи и поликлиникѣ. За послѣдніе годы число работающихъ въ клиникѣ врачей было до 12—14 человекъ, а вмѣстѣ съ нѣкоторыми изъ бывшихъ ординаторовъ клиники, которые продолжали въ ней работать, принимая участіе, главнымъ образомъ, въ амбулаторіи и въ практическихъ занятіяхъ со студентами, число работавшихъ въ клиникѣ врачей доходило до 17-ти и болѣе человекъ.

Занятія между ординаторами и работающими въ клиникѣ врачами обыкновенно распределялись сдѣвающимъ образомъ: въ лабораторіи 2, въ отдѣленіи для нормальныхъ родильницъ 1, въ отдѣленіи для патологическихъ родильницъ 1, въ родильномъ покоѣ 2, въ гинекологическомъ отдѣленіи 2—3, въ отдѣленіи для чревосѣченій 1, въ амбулаторіи 5—6, а въ поликлиникѣ участвуютъ почти всѣ клиническіе ординаторы, распределенные на дежурства по днямъ недѣли.

Завѣдуя каждый своимъ отдѣленіемъ, врачи обязаны посвящать все свое время, по преимуществу, нуждамъ своего отдѣленія и изучать соотвѣтственную литературу, а также помогать профессору при операціяхъ и лекціяхъ, записывать содержаніе лекцій и составлять мѣсячные, полугодовые и годовые отчеты. Завѣдываніе отдѣленіями даетъ имъ возможность, съ одной стороны, глубже изучить извѣстную часть своей специальности, извѣстную группу методовъ изслѣдованія, а, съ другой стороны, указанное распределеніе отдѣленій между врачами, важно и для больныхъ, въ смыслѣ возможно лучшаго проведенія принциповъ асептики и изоляціи. Однако, чтобы дать возможность каждому работающему въ клиникѣ врачу изучить акушерство и гинекологию въ полномъ объемѣ, производится, въ началѣ cadaго семестра, новое распределеніе клиническихъ отдѣленій между врачами. Во избѣжаніе недоразумѣній и какихъ-либо личныхъ столкновеній, при распределеніи отдѣленій, соблюдается, по возможности, извѣстная послѣдовательность, примѣрно соотвѣтственно приведенному выше списку отдѣленій, а также самое распределеніе дѣлается съ общаго согласія, на общемъ собраніи, въ присутствіи директора клиники и всѣхъ работающихъ врачей, передъ началомъ cadaго семестра.

Для прохожденія всѣхъ отдѣленій клиники, необходимо не менѣе 4—5 лѣтъ, а посему нѣкоторые изъ штатныхъ ординаторовъ оставлялись съ Высочайшаго разрѣшенія, по особому ходатайству факультета, еще на 1 годъ сверхъ положеннаго 3-хъ-лѣтняго срока.

При указанномъ увеличеніи врачебнаго персонала, постоянно мѣняющагося, клиника сдѣлалась разсадникомъ специалистовъ акушеровъ для Юго-Западнаго края.

Молодые врачи, скоро по своемъ поступленіи въ клинику, избираются въ члены Акушерско-Гинекологическаго Общества, имѣющаго свои засѣданія въ клиникѣ. Они обыкновенно очень скоро начинаютъ принимать дѣятельное участіе въ трудахъ Общества.

Прилагаемъ при семъ краткій перечень сверхштатныхъ ординаторовъ и врачей, занимавшихся при клиникѣ:

Сверхштатные ординаторы: К. Л. Раппопортъ (1883—1884), И. А. Чуевскій (1885—1887), И. И. Ляхницкій (1887—1890), М. Н. Вуичъ (1887—1889), С. В. Розовъ (1888—1890), Н. В. Быковъ (1888—1892), А. А. Мокрицкій, Н. В. Унтиловъ, князь С. В. Жеваховъ (1896—1900), В. И. Некрашевичъ (1897—1900), Ф. П. Матвѣевъ (1898—1900), И. И. Лисянскій (1898—1900), Н. А. Копыловъ (1898—1900), В. К. Бокадоровъ (1898—1900.)

Сверхъ того занимались въ клиникѣ въ качествѣ вольнослушателей и временно посѣщали клинику слѣдующіе врачи: М. Ф. Вознесенскій, Н. И. Миловидовъ, И. К. Вирскій, С. М. Яровой, О. С. Кадыгробовъ, В. М. Пригара, В. А. Мельниченко, П. Ю. Кроль, М. И. Стефановичъ, Ф. П. Крохинъ, С. В. Тулубъ, Ю. О. Аншелесъ, В. И. Энесблатъ, женщина-врачъ Млодзиевская, Л. Л. Дашкевичъ, І. Б. Суховецкій, Р. Н. Бѣлопытовъ, И. И. Протодьяконовъ, В. В. Гласекъ, П. П. Миклашевскій, А. С. Бетановъ, І. А. Балабанъ. Нѣкоторые земскіе, сельскіе и др. врачи посѣщали клинику болѣе короткое время, сообразно полученнымъ командировкамъ.

Старшая акушерка А. Ф. Гусева (1876—1900).

Фельдшерницы: С. А. Любошицъ (1883—1898), Н. А. Павленко (1883—1885), А. К. Липковская (1886—1900), Е. К. Липковская (1899—1900).

Нижшій персоналъ Акушерской Клиники (до 1900 г.) состоитъ изъ 11 сидѣлокъ и 2 служителей, не считая швейцара и служебнаго персонала при прачешной, кухнѣ и при отопленіи, общаго для всѣхъ факультетскихъ клиникъ.

Крестыанскія ученицы. Кромѣ означеннаго персонала въ Акушерской Клиникѣ имѣются крестыанскія ученицы. Онѣ присылаются въ клинику для обученія повивальному искусству, по почину графини *Софьи Андреевны Бобринской*, нѣкоторыми крупными землевладѣльцами Юго-Западнаго края, задавшимися доброю цѣлью поднять и развить акушерскую помощь въ своихъ селахъ и деревняхъ. Ученицы экипируются и содержатся въ теченіе 2 учебныхъ лѣтъ на счетъ экономій помѣщиковъ, присылающихъ ихъ въ клинику. Преподаваніе, въ формѣ краткихъ бесѣдъ, по преимуществу практическихъ, доступныхъ пониманію безграмотнаго или полуграмотнаго человѣка, производится ординаторами клиники. Съ 1890 года изъ клиники выпущено 22 крестыанскихъ повивальныхъ бабокъ. По полученнымъ клиникою свѣдѣніямъ изъ разныхъ источниковъ, дѣятельность этихъ повивальныхъ бабокъ пользуется общимъ сочувствіемъ въ населеніи. Мы позволяемъ себѣ здѣсь выразить глубокую благодарность клиники графинѣ *Бобринской*, графинѣ *Шуваловой*, *Е. А. Балашевой* княгинѣ *Явиль* и всѣмъ лицамъ, способствовавшимъ своею помощію развитію этого прекраснаго института, призваннаго, повидимому, играть видную роль въ русскомъ народномъ акушерствѣ.

Бюджетъ клиники. Бюджетъ каждой факультетской клиники въ отдѣльности точно не опредѣленъ, ибо штатная сумма, назначенная на содержаніе клиникъ, отпускается по смѣтѣ, общей для всѣхъ клиникъ. Смѣту эту при семъ прилагаемъ.

Распределение суммы на содержание факультетских клиникъ унив. св. Владимира въ 1900 г.

Клиники располагають слѣдующими средствами:

Штатными	22500 руб.
Добавочными изъ специальныхъ средствъ университета . . .	15431 „
Итого	37931 руб.,

№№ статей.	Предметы назначенія.	Сумма.	
		Руб.	Коп.
1	На продовольствіе 85 больныхъ въ теченіе 273 сутокъ открытія клиникъ, считая по 25 коп. за продовольствіе больного въ сутки	5801	25
2	На лекарства, лекарственныя вещества, мелочныя и другіе расходы по клиникамъ: Терапевтической	2500	—
	Хирургической	3000	—
	Акушерской	2500	—
	Глазной	900	—
	Итого	8900	—
3	На содержаніе прислуги клинической, кухонной, при прачешной, паровичной и на расходы по покупкѣ матеріаловъ для стирки бѣлья	7615	—
4	На плату разнымъ лицамъ при клиникахъ	955	—
	а) Священнику православнаго исповѣданія за исполненіе христіанскихъ требъ 150 р.		
	б) Инструментальному мастеру за содержаніе въ исправности инструментовъ 360 р.		
	в) Священнику римско-католическаго исповѣданія 30 р.		
	г) Часовому мастеру за содержаніе въ исправности часовъ . 15 р.		
	д) Смотрителю клиники разъѣздныхъ 400 р.		
	Итого . . . 955 р.		
5	На общія хозяйственныя надобности какъ-то: набивку ледника, вставку стеколъ, починку и полуду кухонной мѣдной посуды, содержаніе въ чистотѣ зданій, разный мелочной и канцелярскій расходъ	500	—
6	На освѣщеніе	1173	46
	на керосинъ 185 р. 46 к.		
	„ свѣчи 130 „ — „		
	„ электричество 600 „ — „		
	„ газъ 258 „ — „		
	Итого 1173 р. 46 к.		
7	На плату обществу водоснабженія за воду	750	—
8	На ремонтъ зданій, какъ-то: на оскобленіе, перетиру и побѣлку стѣнъ и потолковъ, покраску половъ, дверей, оконныхъ рамъ и др. необходима работы	3000	—
9	На продовольствіе двухъ дежурныхъ студентовъ въ теченіе 273 сутокъ открытія клиникъ, считая по 30 коп. въ сутки за продовольствіе каждого	163	80
10	На отопленіе и вентиляцію: на покупку и распилку дровъ	5800	—
	„ „ каменнаго угля	1032	60
11	На перебивку волосяныхъ матрацевъ и подушекъ, соломенныхъ матрацевъ, пуховыхъ подушекъ и ремонтъ др. вещей	524	44
12	На постройку бѣлья и др. вещей для пополненія клиническаго гардероба	1400	—
13	На пополненіе служительскаго гардероба	315	45
	ИТОГО	37931	—

Примѣчаніе. Остатки отъ однихъ статей настоящаго распределенія, употребляются на покрытіе перерасходовъ по другимъ статьямъ сего распределенія.

На содержаніе отдѣленія барона и баронессы *Штейнгель* употребляются проценты съ пожертвованнаго капитала, 50000 руб., который былъ сначала обращенъ въ 5% бумаги на сумму 47500 руб., а затѣмъ, послѣ произведенныхъ конверсій и сбереженій, состоитъ нынѣ изъ 61000 р. въ Государственной Рентѣ и одного билета II выигрышнаго займа с. 6 № 6320 ¹⁾). Доходъ съ этого капитала исчисленъ на 1900 г. въ суммѣ 2322 руб. 75 коп., и на распределеніе этой суммы ежегодно составляется новая смѣта по прилагаемому образцу.

№ статей	Предметы назначенія.	Сумма.	
		Руб.	Коп.
1	На продовольствіе 10-ти больныхъ въ теченіе 273 сутокъ открытія клиникъ, считая по 25 коп. за продовольствіе больной въ сутки	682	50
2	На лекарства, лекарственныя вещества, мелочныя и другіе расходы . . .	700	—
3	На содержаніе въ теченіе 9-ти мѣсяцевъ двухъ сидѣлокъ съ жалованьемъ по 10 руб. въ мѣсяць каждой	180	—
4	На плату водопроводному обществу за воду для приведенія въ дѣйствіе гидравлическаго подъема, ванной, клозетовъ и раковинъ	120	—
5	На электрическое освѣщеніе	300	—
6	На перебивку волосяныхъ перинокъ и подушекъ и ремонтъ др. вещей . .	70	75
7	На постройку бѣлья и другихъ вещей для пополненія гардероба больныхъ	200	—
8	На пополненіе служительскаго гардероба	69	50
	ИТОГО	2322	75

Примѣчаніе. Остатки отъ однихъ статей настоящаго распределенія употребляются на покрытіе перерасходовъ по другимъ статьямъ сего распределенія.

Наконецъ, третій, и при томъ весьма важный источникъ дохода клиники съ 1888 г. составляютъ суммы, поступающія съ платныхъ больныхъ, пользующихся сверхштатными койками. Эта сумма непостоянная и находится въ зависимости отъ числа больныхъ. Согласно положенію о сверхштатныхъ платныхъ койкахъ, полученныя за пользованіе ими суммы составляютъ спеціальныя средства каждой клиники и расходуются по распоряженію директора клиники, съ разрѣшенія Правленія университета.

Прилагаемъ таблицу, указывающую на поступившія по этой статьѣ суммы Акушерской клиники за 11 лѣтъ.

¹⁾ Справка отъ 15 ноября 1899 г. Подписалъ помощникъ бухгалтера *Л. Полевой*.

1888—9		1889—90		1890—91		1891—2		1892—3		1893—4		1894—5		1895—6		1896—7		1897—8		1898—9		1899—900		ИТОГО.
осенній 1888 г.	весенній 1889 г.	осенній 1889 г.	весенній 1890 г.	осенній 1890 г.	весенній 1891 г.	осенній 1891 г.	весенній 1892 г.	осенній 1892 г.	весенній 1893 г.	осенній 1893 г.	весенній 1894 г.	осенній 1894 г.	весенній 1895 г.	осенній 1895 г.	весенній 1896 г.	осенній 1896 г.	весенній 1897 г.	осенній 1897 г.	весенній 1898 г.	осенній 1898 г.	весенній 1899 г.	осенній 1899 г.		
1218	1533	1239	1500	3144	1302	987	1295	900	1596	1015	1575	1680	1937	2128	1804	1344	1237	1671	1548	1414	1036	1561	34666	
2751		2739		4448		2282		2496		2590		3617		3932		2581		3219		2450		1561	34666	

Какъ видно изъ таблицы, суммы эти довольно значительны и равняются, въ среднемъ, около 3000 р. въ годъ. Ихъ не только хватаетъ на содержаніе означенныхъ больныхъ, при улучшенной пищѣ—по 60 коп. въ день, вмѣсто 25 коп. для штатныхъ больныхъ—но, кромѣ того, получаютъ и остатки, употребляемые исключительно на нужды каждой клиники, а именно: на пріобрѣтеніе научныхъ пособій, аппаратовъ, инструментовъ, книгъ, на электрической токъ и проч. Можно сказать, что безъ этихъ суммъ клиника никогда не достигла бы такого богатства въ учебныхъ пособіяхъ, какимъ она располагаетъ нынѣ, при тѣхъ средствахъ, которыя она получаетъ изъ государственнаго казначейства и изъ специальныхъ суммъ университета.

Если сумму 37931 руб. раздѣлить на число штатныхъ коекъ—85, то получимъ, что на каждую штатную койку университетъ и казна отпускаютъ 446 руб. 24 коп. въ годъ, а слѣдовательно, на 25 штатныхъ коекъ Акушерской клиники приблизительно 7156 руб. Прибавляя сюда 2322 руб. 75 коп., получаемыхъ съ капитала бароновъ *Штейнгель* и около 3000 руб., вносимыхъ сверхштатными больными, имѣемъ въ итогѣ сумму 12478 р. 75 к., которая и представляетъ весь бюджетъ Акушерской Клиники. Раздѣляя на число коекъ 40, получаемъ 311 р. 97 к.—годовую стоимость содержанія одной койки Акушерской Клиники. Въ это число не входитъ жалованье двумъ штатнымъ ординаторамъ 1200 руб., двумъ фельдшерицамъ 480, акушеркѣ 400 р., смотрителю клиникъ 400 р., что составляетъ 2480 р. въ годъ, или на каждую койку 62 р. Директоръ клиники особаго содержанія не получаетъ.

Нынѣ, съ прибавленіемъ 10 платныхъ коекъ, всѣ расчеты измѣняются предполагаемой прибавкой бюджета въ день—отъ 5-ти коекъ въ акушерскомъ отдѣленіи по 1 руб. 50 к. за койку—7 р. 50 к. и отъ 5 коекъ въ гинекологическомъ отдѣленіи по 2 руб.—10 руб., а всего—17 руб. 50 к. Въ учебный годъ, считая примѣрно

200 занятыхъ каждой койкой дней предполагаемое увеличеніе бюджета составитъ 3500 руб.; за вычетомъ 1200 р.—содержанія ассистента—получаемъ 2300 руб., т. е. почти столько же, сколько идетъ на содержаніе Штейнгелевскаго отдѣленія.

Въ виду того, что вновь учрежденная должность ассистента штатная, необходимость которой для всѣхъ факультетскихъ клиникъ указана ужъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ ходатайствѣ медицинскаго факультета и совѣта университета св. Владиміра, намъ кажется не совсѣмъ справедливымъ возлагать уплату жалованья ассистента на вновь учрежденныя 10 коекъ. Кіевскія больницы имѣютъ такое же право не платить жалованья ассистенту, какъ и въ Московскомъ, Харьковскомъ, Казанскомъ и другихъ университетахъ, гдѣ это производится на счетъ казны. Съ другой стороны, и положеніе штатнаго ассистента, получающаго жалованье изъ непостояннаго источника, представляется довольно неопредѣленнымъ. Поэтому директоръ клиники вошелъ съ ходатайствомъ о принятіи этого расхода на счетъ казны. Въ случаѣ, если ходатайство это будетъ удовлетворено, явится возможность уменьшить плату съ больныхъ до 1 рубля въ сутки.

Преподаваніе. Профессоръ Г. Е. Рейнь на клиническомъ матерьялѣ читаетъ слѣдующіе курсы: Акушерско-гинекологическая клиника, систематическій курсъ акушерства, систематическій курсъ женскихъ болѣзней, клиника акушерскихъ операцій и гинекологическая поликлиника.—Акушерско-гинекологическая клиника для студентовъ 4 курса (6 часовъ): понедѣльникъ, среда и пятница 9—11 ч. Систематическій курсъ акушерства въ первомъ полугодіи для студентовъ 3-го курса (3 часа), понедѣльникъ, среда и пятница 11—12 ч. Во второмъ полугодіи въ тѣ-же часы оканчиваетъ предшествующій курсъ и читаетъ систематическій курсъ женскихъ болѣзней. Клиника акушерскихъ операцій, съ практическими занятіями на фантомѣ и на трупѣ, для студентовъ 5-го курса (1 часъ) четвергъ 12—1 дня. Гинекологическая поликлиника, съ практическими занятіями, для студентовъ 5-го курса (1 часъ) 1—2 дня. Кромѣ того для студентовъ 4-го курса имѣютъ мѣсто въ клиникѣ занятія по практическому акушерству и гинекологіи по группамъ: 1) пріемъ амбулаторныхъ больныхъ ежедневно, 2) присутствованіе при родахъ по группамъ, по мѣрѣ поступленія рожениць, 3) гинекологическія операціи—по вторникамъ, четвергамъ и субботамъ—отъ 9 до 11 часовъ утра, 4) ежедневныя очередныя дежурства по клиникѣ, 5) акушерская поликлиника ежедневно, по мѣрѣ поступленія приглашеній отъ больныхъ и 6) упражненія на фантомѣ съ ординаторами клиники. Для практическихъ занятій со студентами Акушерская Клиника открыта ежедневно отъ 7 утра до 2 ч. дня и отъ 5 до 8 ч. вечера. Для дежурства при трудно больныхъ и для присутствованія при родахъ и въ поликлинику студенты приглашаются во всякое время дня и ночи.

Изъ представленнаго перечня видно, что, вмѣсто 6 часовъ въ недѣлю, положенныхъ по уставу 1884 г., въ Кіевскомъ университетѣ преподаванію акушерства и

гинекологіи посвящается 11 часовъ въ недѣлю. Сравнительно съ уставомъ видимъ, что прибавлено въ Кіевѣ число клиническихъ лекцій—съ 3 час. до 6 час.—и введено чтеніе двухъ курсовъ (необязательныхъ)—клиника акушерскихъ операцій и гинекологическая поликлиника.

Увеличеніе клиническихъ лекцій объясняется тѣмъ, что систематическій курсъ акушерства невозможно, безъ явнаго вреда для дѣла, прочесть въ теченіе одного V семестра, по 3 часа въ недѣлю, и окончаніе этого курса переносится на VI семестръ, отчего, разумѣется, страдаетъ преподаваніе гинекологіи на VI семестрѣ. Увеличивая число клиническихъ лекцій, на VII и VIII семестрахъ, проф. Рейнъ возмѣщаетъ этимъ указанный недостатокъ преподаванія гинекологіи, при чемъ непосредственно послѣ разбора даннаго клиническаго случая, прочитывается соотвѣтствующая глава систематическаго курса гинекологіи.

Преподаваніе акушерства въ Кіевѣ съ III курса, а клиники на IV, объясняется тѣмъ, что факультетскія клиники расположены далеко отъ госпитальныхъ,—поэтому, преподаваніе акушерско-гинекологической клиники на V курсѣ, когда студенты всѣ лекціи слушаютъ въ госпитальныхъ клиникахъ—на Печерскѣ—повело-бы къ непреодолимымъ внѣшнимъ затрудненіямъ. Взамѣнъ клиники, студенты V курса слушаютъ два упомянутые практическіе курса, въ теченіе одного дня—четверга, когда они, сверхъ того, занимаются въ офтальмологической факультетской клиникѣ.

Принимая участіе въ курсахъ клиники акушерскихъ операцій и гинекологической поликлиники—оба курса съ практическими занятіями—студенты V курса какъ-бы подводятъ итоги всѣмъ свѣдѣніямъ, почерпнутымъ за предшествовавшіе два года, и примѣняютъ ихъ на практикѣ подъ руководствомъ профессора, который ведетъ эти курсы какъ-бы въ формѣ дружескихъ бесѣдъ со студентами, уже готовыми оставить студенческую скамью, чтобы сдѣлаться врачами.

Для того, чтобы представить отношеніе клиническаго матерьяла къ числу студентовъ, мы приводимъ нижеслѣдующую таблицу (см. на слѣд. страницѣ).

Изъ этой таблицы видно, что количество клиническаго матерьяла увеличивалось постоянно даже при одномъ и томъ же числѣ кроватей. Если, для избѣжанія случайныхъ колебаній, сдѣлать расчетъ по десятилѣтіямъ, то выйдетъ, что въ 1-е десятилѣтіе на каждой кровати, въ среднемъ, помѣщалось 5,3 больныхъ въ годъ; во 2-е десятилѣтіе 5,9, въ 3-е 4,7, въ 4-е десятилѣтіе 6,2 и, наконецъ, въ послѣднее десятилѣтіе на каждой кровати въ годъ помѣщалось 10,0, т. е., что въ послѣднее десятилѣтіе интенсивность клинической работы увеличилась почти вдвое. Но студенты-клиницисты пользуются не только стаціонарнымъ матерьяломъ, но и амбулаторнымъ и поликлиническимъ. Въ приведенной таблицѣ видно, что развитіе амбулаторной дѣятельности клиники, не стѣсняемой такими тѣсными рамками, каковы поставлены для стаціонарнаго матерьяла, достигло очень большихъ размѣровъ. Число ежегодныхъ посѣщеній достигало почти до пяти тысячъ.

ГОДЫ.	Число кроватей.	Акушерство.		Гинекологическія.		Амбула- торія	Поли- клиника,	Число студен- товъ медиковъ.	Число окончив- шихъ лекарей.	Число окончив- шихъ по- вивальн. институтъ	Число ученицъ, посѣщав- шихъ клинику
		Роды.	Операци.	Больныя.	Операци.						
1844	8	1	—	1	—	—	—	96	—	—	—
1845	"	21	3	1	—	—	—	143	3	—	—
1846	"	33	8	3	—	—	—	179	12	—	—
1847	"	33	5	5	—	12	—	213	16	5	—
1848	"	35	1	6	—	20	—	299	38	6	—
1849	"	28	2	6	—	—	—	294	24	4	—
1850	"	32	5	11	—	—	—	313	23	4	—
1851	"	40	5	13	—	—	—	381	35	6	—
1852	"	48	11	1	—	106	—	426	27	4	—
1853	"	49	5	6	—	—	—	446	72	—	—
1854	"	30	4	28	—	217	—	531	60	—	—
1855	"	43	5	13	—	123	—	587	7	9	—
1856	"	34	4	9	2	184	—	627	19	—	—
1857	"	35	10	8	—	220	—	636	57	13	—
1858	"	37	7	3	1	73	—	640	86	11	—
1859	"	43	6	6	—	134	—	540	103	14	—
1860	"	45	5	2	—	—	—	489	98	20	—
1861	"	37	16	13	—	—	—	358	78	24	—
1862	"	—	—	—	—	—	—	210	106	21	—
1863	"	30	2	20	—	104	—	134	37	18	42
1864	"	48	7	7	2	87	—	124	37	17	48
1865	"	38	4	7	1	140	—	101	32	15	60
1866	"	36	5	32	3	46	—	112	14	26	—
1867	25	37	6	42	3	128	—	119	129	28	66
1868	"	38	8	30	8	95	—	162	23	35	70
1869	"	46	15	40	3	89	—	206	32	29	86
1870	"	60	21	48	7	108	—	287	26	38	100
1871	"	58	17	63	11	162	—	431	3	45	123
1872	"	62	19	69	12	178	—	449	33	49	186
1873	"	71	18	78	22	189	—	452	17	56	236
1874	"	95	11	69	22	206	—	416	52	83	206
1875	"	80	18	47	8	218	—	412	79	83	160
1876	"	58	25	45	2	209	—	370	236	71	175
1877	"	85	31	49	2	475	—	481	65	68	175
1878	"	95	19	53	6	397	—	487	57	73	—
1879	"	123	29	62	17	321	—	650	38	66	166
1880	"	108	35	48	10	180	—	660	47	54	215
1881	"	115	32	51	9	197	—	785	73	79	220
1882	"	96	29	71	16	222	—	887	91	109	190
1883	"	87	37	76	30	336	—	990	81	97	—
1884	"	57	30	45	37	142	—	990	78	—	—
1885	"	108	80	114	91	360	7	881	77	—	—
1886	"	128	134	133	114	624	37	878	86	—	—
1887	"	148	128	105	99	1372	50	945	44	—	—
1888	30	165	158	122	97	1710	95	923	100	Курсы закрыты	Курсы закрыты
1889	"	163	171	129	127	1748	92	905	102	—	—
1890	"	166	179	127	144	2504	91	857	177	—	—
1891	"	176	210	140	161	3857	124	886	86	—	—
1892	"	149	159	111	112	3032	133	878	53	—	—
1893	40	201	205	107	91	1709	91	935	172	—	—
1894	"	268	298	129	124	3629	182	1018	136	—	—
1895	"	280	267	129	107	4599	153	986	160	—	—
1896	"	246	320	134	102	4626	91	1069	144	—	—
1897	"	257	271	126	109	4763	135	1052	146	—	—
1898	"	248	305	111	88	3835	137	977	149	—	—

Если теперь сопоставить наличный клинический матерьяль съ числомъ учащихъ, то получаютъ слѣдующія, не лишенная интереса, данныя. Возьмемъ опять таки по десятилѣтіямъ. Въ 1-е десятилѣтіе на каждого окончившаго лекаря приходилось нѣсколько больше одной роженицы въ годъ (349 роженицъ и 49 акушерскихъ операций на 310 лекарей.). Въ послѣдующія десятилѣтія отношенія эти измѣнились мало, т. е. на каждого оканчивающаго лекаря (на 4 курсѣ) приходится все таки менѣе двухъ роженицъ.

Въ болѣе выгодныхъ условіяхъ учащіяся находятся теперь въ отношеніи гинекологическаго матерьяла. Такъ, въ первое десятилѣтіе на 310 лекарей приходилось всего 80 гинекологическихъ больныхъ, которымъ не было произведено ни одной гинекологической операции. Во второмъ десятилѣтіи на 660 лекарей приходилось 86 гинекологическихъ больныхъ, при 6 гинекологическихъ операцияхъ. Въ третье десятилѣтіе на 408 лекарей приходится 518 больныхъ съ 99 гинекологическими операциями. Въ четвертое десятилѣтіе на 843 учащихъ—614 больныхъ и 220 операций и, наконецъ, въ пятомъ десятилѣтіи на 1114 окончившихъ лекарей приходится 1232 больныхъ, т. е. уже болѣе чѣмъ одна больная на каждого учащагося, и 1177 операций.

Такимъ образомъ, разсматривая клинический матерьяль по отношенію къ числу студентовъ на медицинскомъ факультетѣ, приходится сдѣлать выводъ, что число учащихъ увеличивается въ гораздо большей пропорціи, чѣмъ количество клиническаго матерьяла, не смотря на то, что этотъ матерьяль въ послѣдніе годы сильно возрастаетъ. Цифры эти краснорѣчивѣе всякихъ другихъ доводовъ объясняютъ намъ настоячивыя заявленія директоровъ клиникъ о необходимости увеличенія ихъ размѣровъ.

Чтобы представить характеристику клиническаго стаціонарнаго матерьяла, служащаго для клиническихъ лекцій проф. *Рейна*, приводимъ здѣсь, для примѣра, обзоръ прочитаннаго на лекціяхъ въ 1890 году (см. слѣд. стран.).

Матерьяль, съ одной стороны, очень разнообразенъ, а съ другой на столько богатъ, что изъ клиническихъ лекцій можно было подобрать почти цѣлый систематическій курсъ, особенно по гинекологіи.

Для большей наглядности преподаванія, въ клиникѣ имѣется довольно многочисленный запасъ учебныхъ пособій, какъ-то: препаратовъ въ музеѣ, стѣнныхъ рисунковъ, а въ послѣднее время, съ проведеніемъ въ клинику электричества, явилась возможность примѣнять при чтеніи лекцій проэкторный аппаратъ.

Студенты-клиницисты назначаются кураторами по два на каждую клиническую больную и роженицу, и каждый обязанъ представить подробную исторію болѣзни. Обыкновенно каждый студентъ въ теченіе года подаетъ отъ 3 до 5 и болѣе исторій болѣзни. Поликлиническіе листки только ведутся студентами, но обязательная подача ихъ въ видѣ исторій болѣзни не требуется.

До 1883 года Акушерскую Клинику посѣщали не только студенты послѣднихъ семестровъ, но и *ученицы повивальныхъ курсовъ*. Акушерскіе курсы открыты были въ

По акушерству:

Патологія беременности:

Nephritis gravidarum.
Prolapsus uteri gravidi.
Graviditas extrauterina.
Eclampsia.
Insertio velamentosa.
Missed abortion.
Abortus habitualis.
Bicephalus.
Hydramnios.
Abortus.
Fructus maceratus; torsio funiculi umbilicalis.
Placenta syphilitica.

Нормальные и патологическіе роды.

Partus pedibus praeviis.
Partus clunibus praeviis.
Mastitis parenchymatosa et interstitialis.
Atresia vaginalis acquisita.
Putrescentia uteri e retentione capitis post
embryotomiam.
Dolores debiles.
Endometritis sub partu.
Pelvis aequabiliter justo minor.
— rachitica.

Патологія послеродоваго періода.

Endometritis post partum.
Autoinfectio.
Vulvitis.

Акушерскія операціи:

Versio et extractio.
Applicatio forcipis.
Expressio placentae modo Credé.
Partus arte praematurus.
Extractio capitis modo m-me Lachapelle.
Asphyxia neonatorum.
Abortus arte provocatus.

Асептика при родахъ.

По гинекологіи:

Болезни наружныхъ половыхъ органовъ:

Condylomata accuminata.
Cancer labii minoris.
Ruptura perineae completa.
Ablatio hymenis.
Perineorrhaphia primaria et secundaria.

Болезни влагалища:

Defectus vaginae (uterus radimentarius); atresia
vaginalis; atresia vaginalis et uterus infantilis.
Fistula vesico-utero—vaginalis.
Corpus alienum in vagina.
Fistula vesico-vaginalis.

Болезни матки:

Uterus bicornis; collum conicum.
Cancer colli uteri; cancer uteri. Metritis chronica.
Endometritis glandularis; endometr. post abortum.
Adenoma uteri.
Endometritis cervicis polyposa.
Myoma multiplex. Myosarcoma.
— interstitiale.
— subserosum.
— submucosum, polypus fibrosus.
Hypertrophia portionis mediae colli uteri.
Gysofibromyoma uteri.

Болезни яичниковъ:

Oophoritis et salpingitis.
Cystoma prolif. glandulare; cystis ovarii et pe-
ritonitis myxomatosa.
Cystoma prolif. papillare.
— — — et dermoides.
Cystis parovarii.
Sarcoma ovarii.
Cystides intraligamentariae.

*Болезни придатковъ матки и смеж-
ныхъ частей брюшины:*

Perimetritis chronica exudativa.
Haematocele retrouterinum.
Hydrosalpinx.
Pelvioperitonitis.
Echinococcus peritonei.

Varia:

Hernia umbilicalis.
Onanismus.
Carcinosis peritonei.
Neoplasma urethrae.
Fistulorrhaphia, urethroplastica.

Асептика при чревосъщеніяхъ.

началъ 1845—1846 учебнаго года и, просуществовавъ 39 лѣтъ, были закрыты въ юнѣ 1883 года, до выбора проф. *Г. Е. Рейна* въ Кіевскій университетъ: Акушерскіе курсы закрыты были именно въ то время, когда стала вводиться антисептика, вызвавшая крупныя перемѣны въ акушерствѣ. Вслѣдствіе этого Юго-Западный край остался при дореформенныхъ повивальныхъ бабкахъ, что, безъ сомнѣнія, печальнымъ образомъ отразилось на ихъ дѣятельности. Будемъ надѣяться, что нынѣшнимъ расширеніемъ клиники получится возможность возобновленія этихъ курсовъ. „Гдѣ существуетъ родильное отдѣленіе, писалъ проф. *Г. Е. Рейнъ* въ 1884 г., тамъ есть и условія для существованія повивальной школы. Особенно университетъ, съ его богатыми научными пособіями и научными силами, всегда имѣетъ возможность, безъ всякихъ затратъ, организовать повивальную школу, могущую служить образцомъ для другихъ учреждений этого рода“¹⁾.



¹⁾ *Г. Е. Рейнъ*. Историческая записка о курсахъ для повивальныхъ бабокъ. Въ Юбилейномъ изданіи университета св. Владиміра Кіевъ, 1884, стр. 203.

1.

Т Р У Д Ы

по Акушерству и Гинекологии.



I. Докторская диссертация.

1. **Г. Рейнъ.**—Къ вопросу объ удаленіи фиброміомъ матки посредствомъ чревосѣченія. Диссертация. С.-Петербургъ, 1876 г. См. также Военно-Медиц. Журн. 1876, май и іюнь. Извлечение изъ нея:
 2. **Его-же.**—Beitrag zur Lehre von den lymphangiectatischen Fibromyomen des Uterus in pathologisch-anatomischer und klinischer Beziehung. Archiv für Gynäekologie, B. IX.
-

Диссертация состоитъ изъ слѣдующихъ частей:

I. Общій взглядъ на положеніе операціи удаленія фиброміомъ матки посредствомъ чревосѣченія въ ряду другихъ, сродныхъ операцій и исторической очеркъ ея развитія.

II. Описаніе двухъ случаевъ названной операціи изъ практики проф. *А. Я. Крассовскаго*. Клиническая часть въ первомъ описаніи составлена самимъ профессоромъ *А. Я. Крассовскимъ*, а патолого-анатомическое изслѣдованіе удаленной опухоли—проф. *М. М. Рудневымъ*. Полное описаніе второго случая составлено авторомъ.

III. Подробныя извлечения, въ формѣ таблицъ, изъ всѣхъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ удаленія фиброміомъ матки посредствомъ чревосѣченія.

IV. Выводы изъ представленныхъ таблицъ, выражающіе современное положеніе вопроса въ его деталяхъ.

V. Разборъ мнѣній авторовъ о примѣнимости рассматриваемой операціи и о показаніяхъ къ ней.

Въ первой части, исторической, авторъ, рассматривая операцію удаленія фиброміомъ матки, больше всего находитъ аналогіи этой операціи съ овариотоміей. Часто опухоли, удаляемыя подъ видомъ кистъ яичника, при болѣе тщательномъ изслѣдованіи, оказывались фиброміомами матки (случаи *Сторера*, *Нённели* и др.); съ другой стороны, среди случаевъ удаленія фиброидовъ матки описаны случаи, гдѣ опухоли имѣли своимъ

источникомъ происхожденія или яичникъ, или фаллопиеву трубу. На основаніи этихъ и другихъ соображеній, авторъ предлагаетъ подъ именемъ гистероміотоміи понимать случаи удаленія фиброидовъ матки и ея придатковъ, такъ какъ въ техническомъ отношеніи обѣ операциі будутъ одинаково трудны, а для операциі удаленія матки сохранить старое названіе гистеротоміи. Гистероміотомія и гистеротомія могутъ быть производимы или путемъ чревосѣченія, или влагалищнымъ способомъ.

Первыя гистероміотоміи были произведены въ началѣ нынѣшняго, 19-го столѣтія; эти операциі давали настолько большой процентъ смертности, что многіе хирурги предпочитали ихъ не дѣлать (*Диффенбахъ, Лизаръ*) и, если при операциі чревосѣченія была находима, вмѣсто предполагаемой кисты, міома, то они закрывали брюшную полость, не удаляя опухоли.

Къ числу первыхъ случаевъ гистероміотоміей принадлежитъ удаленіе плотной опухоли яичника *Хризмаромъ* (1819 г.); но наблюденія *Хризмара*, а равно и послѣдующихъ—*Гренвиля, Хеліуса* были единичными, и дальнѣйшее развитіе эта операциія получила лишь отъ знаменитыхъ оваріотомистовъ *Ч. Клея, Гиса* и братьевъ *Этли*. Оперированныя, въ большинствѣ случаевъ, погибали отъ кровотеченія или во время самой операциі, или въ послѣоперационномъ періодѣ, и только въ двухъ случаяхъ небольшихъ субсерозныхъ міомъ матки, легкихъ по техникѣ, *В. Этли* получилъ выздоровленіе.

Удаленіе міомы матки вмѣстѣ съ послѣдней (гистеротомія) въ первый разъ, съ благопріятнымъ исходомъ, произвелъ въ 1853 году *В. Бёрнемъ* и въ томъ-же году *Кимболъ*, по заранѣ опредѣленному плану операциі. *Кимболомъ* же при этой операциі былъ примененъ впервые методъ кускованія, получившій дальнѣйшее свое развитіе въ рукахъ французскаго хирурга *Пеана*. Наилучшіе результаты въ послѣдствіи получили *Кёберле, Пеанъ, Спенсеръ—Уэльсъ, Кисъ* и друг.

Въ Россіи въ первый разъ гистеротомія была произведена проф. *Грубе* въ Харьковѣ въ 1866 году и затѣмъ въ 1867 году проф. *Склифасовскимъ*, а въ 1868 году— проф. *Крассовскимъ*. Всѣ три оперированныя больныя умерли, а въ 1869 году д-ръ *Савостицкій* въ Москвѣ получилъ выздоровленіе послѣ операциі удаленія стебельчатаго фиброида матки (гистероміотомія) и д-ръ *Эккъ* въ 1874 году—послѣ гистеротоміи.

Послѣ этого подробнаго историческаго очерка приведены, во второй части работы, описанія двухъ случаевъ операциі удаленія фиброидовъ матки, произведенныхъ проф. *Крассовскимъ*.

Случай первый. Вдова В. Ж. М., 42 лѣтъ. Первыя регулы получила на 14-мъ году своей жизни. Беременна не была. На 34-мъ году замѣтила въ правой подчревной области небольшую опухоль и съ этого времени стала страдать сильными болями въ поясницѣ, преимущественно передъ менструаціей. Два послѣдніе года страдаетъ кровотечениями, которыя довели ее до полного истощенія.

Найдена коллоидная киста праваго яичника и фиброиды матки,—нижній фиброидъ интерстиціальній, верхній стебельчатый. Двадцать третьяго декабря 1868 года была произведена операція удаленія кисты яичника и фиброидовъ матки посредствомъ чревосѣченія. Операція продолжалась 4 $\frac{1}{2}$ часа. По вскрытіи брюшной полости разрѣзомъ въ 13 ст., увеличеннымъ вполсѣдствіи еще на 5 ст., въ ранѣ показалась опухоль, оказавшаяся кистой. Найденныя срощенія опухоли съ сальникомъ, тонкой кишкой и брюшиной были перевязаны 8-ю лигатурами и отдѣлены отъ опухоли. Сама же киста была удалена обыкновеннымъ способомъ, помощью отжиганія ножки каленымъ желѣзомъ.

Лѣвая верхняя опухоль, оказавшаяся, дѣйствительно, стебельчатымъ фиброидомъ, была отщеплена экразёромъ, наложеннымъ на ножку опухоли; кровотеченія не было.

Затѣмъ, по разрушеніи срощеній, найденныхъ въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, матка была приподнята кверху и на нее, въ области внутренняго зѣва, наложена цѣпь экразёра.

Вмѣстѣ съ цѣпью экразёра была проведена толстая шелковая лигатура, и матка была ими сдавлена; послѣ этого матка была отрѣзана выше цѣпи на 2 ст. Точно такимъ же способомъ былъ удаленъ и лѣвый яичникъ со связками и фаллопиевой трубой. Затѣмъ подъ цѣпь экразёра былъ подведенъ серръ-нѣдъ *Кёберле* и затянутъ, а экразёръ снятъ, поверхность же культи была прижжена растворомъ полуторо-хлористаго желѣза (1:12), и культи съ частію серръ-нѣда опущена въ брюшную полость. Брюшная рана зашита 5-ю глубокими, не проникавшими черезъ брюшину швами и 7-ю поверхностными.

На третій день послѣ операціи больная умерла при явленіяхъ септического воспаленія брюшины.

При вскрытіи, произведенномъ проф. *М. М. Рудневимъ*, были найдены явленія септического воспаленія брюшины, а при изслѣдованіи удаленныхъ опухолей оказалось, что правая опухоль была „серозно коллоидной истинной кистой, въ которой вторично развились папилломы фиброматознаго и отчасти саркоматознаго характера“. Лѣвыя же опухоли представляли смѣсь фибромы съ міомой.

Случай второй. Вдова С. Ф. М., 42 лѣтъ. Первыя регулы получила на 13-мъ году—черезъ 3 недѣли, по 3 дня. Двадцати лѣтъ вышла замужъ. Беременна не была. На 33-мъ году случайно замѣтила у себя опухоль, которая постепенно выросла, выполнивъ почти всю брюшную полость. На 40-мъ году ей былъ сдѣланъ проколъ живота, при чемъ выдѣлилось незначительное количество кровянистой жидкости. Мѣстными врачами была діагносцирована киста яичника.

Больная средняго роста, хорошаго тѣлосложенія. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Подкожно-жирный слой слегка атрофированъ. Въ области лодыжекъ незначительные отеки. Въ сердцѣ анемическіе шумы. Въ мочѣ слѣды бѣлку.

Животъ сильно выпяченъ впередъ, форма живота продолговато-овальная; брюшная

полость выполнена опухолью, правильной овальной формы, съ гладкой поверхностью, эластической консистенціи и съ явленіями глубокой флюктуаціи.

Влагалищная часть матки подтянута; движенія опухоли легко передаются пальцу, приложенному къ маточной шейкѣ. Черезъ правый сводъ опредѣляется отдѣлъ опухоли.

Діагнозъ. Многополостная киста съ толстыми стѣнками и густымъ коллоиднымъ содержимымъ, по всей вѣроятности, лѣваго яичника, на весьма короткой ножкѣ и тѣсно связанная съ маткой.

Двадцать второго мая 1874 года была произведена операція удаленія опухоли посредствомъ чревосѣченія. При разрѣзѣ, длиною въ 14 ст., брюшныхъ стѣнокъ, показавшаяся опухоль сначала была принята за кистому и пунктирована троакаромъ. Вытекло незначительное количество кровянистой жидкости, и явилась мысль о міомѣ матки. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ былъ увеличенъ до 28 ст., и тогда стала ясно видимой опухоль, имѣвшая величину и форму матки въ концѣ беременности; на передней ея поверхности просвѣчивало нѣсколько кистъ, величиною въ грецкій орѣхъ. Обѣ широкія связки были перевязаны нѣсколькими временными шелковыми лигатурами и, на протяженіи около 3-хъ ст., отдѣлены отъ матки; была также отдѣлена и брюшина передняго Дугласова пространства. Опухоль представилась какъ бы сидящей на ножкѣ, состоящей изъ надвлагалищной части маточной шейки и листка брюшины, переходящаго на нее сзади, съ прямой кишки. На эту ножку была наложена цѣпь экразёра, и петля его стянута.

Опухоль была отщеплена экразёромъ, а культя была предварительно стянута петлей серръ-нѣда *Köberle*. Временныя лигатуры на широкихъ связкахъ были замѣнены новыми и оставлены на каждой связкѣ à demeure по двѣ—на сѣменной и на маточной артеріяхъ.

Серръ-нѣдъ съ стягиваемой имъ культей былъ фиксированъ въ нижнемъ углу раны иглами, и брюшная рана зашита металлическими швами. Операція продолжалась около 4 часовъ. Больная умерла черезъ 26 часовъ послѣ операціи, при явленіяхъ септического перитонита.

При вскрытіи были найдены данныя, соотвѣтствующія септическому процессу, а изслѣдованіе удаленной опухоли показало, что она состояла изъ трехъ главныхъ частей: 1) матки, 2) обширной полости въ толщѣ ея передней стѣнки и 3) новообразованныхъ массъ, расположенныхъ по стѣнкамъ полости.

Матка увеличена, длина ея полости 9,5 ст., слизистая оболочка утолщена и бугриста.

Стѣнки матки значительно, но неравномѣрно утолщены; передняя стѣнка по направленію кверху распадается на два слоя, пространство между которыми представляется въ видѣ обширной полости, на внутренней поверхности которой находятся вторичныя полости и новообразованныя массы въ видѣ бугровъ.

Взятые для микроскопическаго изслѣдованія кусочки были обрабатываемы Мюллеровской жидкостью и спиртомъ и, по уплотненіи, употреблялись для приготовленія

срѣзовъ. Другая часть кусочковъ была изъ Мюллеровской жидкости перенесена въ насыщенный растворъ пикриновой кислоты и затѣмъ въ спиртъ. Срѣзы, полученные при послѣднемъ способѣ обработки, клались на сутки въ воду, окрашивались въ теченіи нѣсколькихъ минутъ пикрокарминомъ и затѣмъ разсматривались въ смѣси глицерина съ водой; при чемъ, при соблюденіи нѣкоторыхъ предосторожностей, при при готовленіи препарата изъ кусочковъ, обработанныхъ Мюллеровской жидкостью, были найдены полости въ ткани опухоли, выстланныя эндотеліемъ. Результаты изслѣдованія показали, что „мы имѣли дѣло съ интерстиціальною гомологическою сложною опухолью матки, состоявшею изъ плотныхъ частей и безчисленнаго множества макро—и микроскопическихъ пещеристыхъ полостей, наполненныхъ жидкостью. Плотныя части состояли изъ элементовъ соединительной и гладкой мышечной ткани, а полости произошли черезъ расширеніе лимфатическихъ путей,—поэтому единственно правильное научное названіе для данной опухоли *fibromyoma uteri lymphangiectodes*“, (стѣнки нѣкоторыхъ полостей оказались выстланными эндотеліемъ).

Разсматривая настоящій случай, авторъ обращаетъ вниманіе на трудность дифференціальной діагностики между яичниковыми и маточными опухолями, такъ какъ опухоли, развивающіяся изъ матки, могутъ давать тѣ же признаки, что и опухоли яичниковъ, и тѣсная связь опухоли съ маткой, медленный ростъ, кровотеченія, увеличеніе полости матки могутъ быть наблюдаемы и при кистомахъ, и при міомахъ. Необходимымъ дополненіемъ являются другіе распознавательные способы—пробный проколъ, разрѣзъ, изслѣдованіе черезъ прямую кишку по *Симону* и микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ опухоли, извлеченныхъ помощью какого нибудь подходящаго инструмента. Для этой цѣли авторъ предлагаетъ особый инструментъ въ видѣ копьеца, заключеннаго, на подобіе стилета труакара, въ трубку, изъ которой оно могло бы выдвигаться на желаемое разстояніе. Разбирая всѣ эти способы, авторъ находитъ наиболѣе удовлетворяющимъ цѣли послѣдній, для соотвѣтствующихъ случаевъ.

Въ слѣдующей—третьей—части диссертациі авторъ, желая сопоставить свой случай съ другими, описанными въ литературѣ, и освѣтить вопросъ съ точки зрѣнія фактовъ, существующихъ въ наукѣ, даетъ, въ формѣ таблицъ, подробныя свѣдѣнія относительно всѣхъ извѣстныхъ ему наблюденій, до 1876 года, удаленія фиброидовъ матки и ея придатковъ посредствомъ чревосѣченія; при чемъ въ статистику вошли только случаи, болѣе или менѣе точно описанные.

Число собранныхъ случаевъ простирается до 197, изъ которыхъ:

а) Собственно гистеротомій	96
б) Удаленій подбрюшинныхъ фиброидовъ матки, безъ вырѣзыванія послѣдней	31
в) Вылущеній опухолей изъ стѣнки матки	1
д) „ опухоли изъ брюшиннаго покрова	4

e)	Удаленій опухоли яичника или таза	2
f)	„ фиброида Фаллопиевой трубы	1
g)	„ опухолей широкихъ связокъ	7
h)	„ плотныхъ опухолей яичника	16
i)	Операцийъ сложныхъ (овариотомія и гистеротомія, удаленія стельчатого и интерстиціального фиброида и пр.)	24

Итого . . . 182

Въ 15 случаяхъ точно не указанъ родъ операціи.

Разсматривая, затѣмъ, (въ 4-й части своей работы) весь собранный матеріалъ, авторъ находитъ, что всѣ 197 операцій произведены 101 лицомъ, большинство которыхъ принадлежитъ къ числу извѣстныхъ овариотомистовъ. Наибольшее число операцій произведено въ Америкѣ (78), затѣмъ во Франціи (48) и Англии (41) въ промежутокъ между 1865 и 1874 годами. Самая молодая изъ оперированныхъ больныхъ имѣла 19 лѣтъ, а самая старая 63, наибольшее же число было въ возрастѣ отъ 25 до 50 лѣтъ. Продолжительность болѣзни въ $\frac{2}{3}$ случаевъ была отъ 1 до 6 лѣтъ. Въ 50% были не рожавшія женщины. Въ симптоматологіи преобладаютъ явленія, послужившія поводомъ къ операціи—кровоотеченія, быстрый ростъ опухоли, боли и всякаго рода нервныя разстройства.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи представлены объективныя данныя, послужившія для распознаванія: консистенція опухоли, свойства ея поверхности, отношеніе опухоли къ маткѣ.

Опухоль матки была вѣрно діагносцирована въ 36 случаяхъ, въ 51 случаѣ была опредѣлена киста яичника, при чемъ въ числѣ послѣднихъ въ 20 случаяхъ были кисто-фиброиды матки.

По отношенію къ маткѣ—въ 71 случаѣ были подбрюшинныя фиброиды и въ 46—интерстиціальные, въ 13 случаяхъ были множественныя міомы, и въ 57 случаяхъ точно не обозначено мѣсто развитія и характеръ опухоли, но указано, что онѣ имѣли связь съ маткою. Въ остальныхъ случаяхъ были плотныя опухоли яичниковъ, трубъ, связокъ и пр. Въ 157-ми случаяхъ опухоли были плотныя, въ 44-хъ съ полостями, а въ 2-хъ характеръ опухоли не обозначенъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ 25 сл. была опредѣлена фиброміома, въ 3-хъ—миксоміома, въ 2-хъ—кисто-міо-саркома, въ 1-мъ—телангіектатическая міо-саркома и въ 1-мъ—лимфангіектатическая фибро-міома.

Методы операціи еще не разработаны въ достаточной системѣ, но, въ большинствѣ случаевъ, планъ операціи былъ слѣдующій: по вскрытіи брюшной полости, опухоль была отдѣляема отъ сроссений, затѣмъ уменьшается въ объемѣ, въ случаѣ существованія полостей—проколомъ, а при плотныхъ опухоляхъ значительной величины нѣкоторыми хирургами (*Пеанъ*)—вырѣзываніемъ значительныхъ кусковъ, по предварительномъ наложеніи серръ-нѣда; затѣмъ, при опухоляхъ, сидящихъ на тонкой ножкѣ,

послѣдняя была или перевязываема, или отжигается, или отдавливается экзэромъ, серръ-нёдомъ, или клямпями. Въ дальнѣйшемъ, ножка или фиксировалась внѣ брюшины, или погружалась въ брюшную полость. При опухоляхъ же, сидѣвшихъ на широкомъ основаніи, въ 12 случаяхъ была примѣнена высокая ампутація матки, т. е. опухоль была удалена вмѣстѣ съ участкомъ матки, или была отжигается безъ участка матки, или опухоль удалялась послѣ перевязыванія ножки лигатурами.

Въ остальныхъ случаяхъ—межуточныхъ и множественныхъ міомъ—были примѣняемы: надвлагалищная ампутація (33 сл.), полная экстирпація матки (3 сл.) и вылученіе опухоли изъ стѣнки матки (1 сл.).

Чаще всего при отдѣленіи шейки матки пользовались серръ-нёдомъ, но были примѣняемы и другіе способы, какъ и при удаленіи міомъ, сидящихъ на тонкой ножкѣ.

Анализируя всѣ эти способы, авторъ полагаетъ, что наилучшимъ способомъ будетъ тотъ, при которомъ рана послѣ отнятія опухоли будетъ занимать наименьшее пространство, и отдаетъ предпочтеніе надвлагалищной ампутаціи матки.

Гистероміотоміи дали высокой процентъ смертности (см. ниже). Причиной смерти чаще всего были воспаленіе брюшины и послѣдовательныя кровотеченія.

Высокой процентъ смертности отъ операціи и медленный ростъ міомъ, при нерѣдкомъ отсутствіи тяжелыхъ симптомовъ, создали противниковъ этой операціи; многіе изъ хирурговъ считали ее не имѣющей правъ гражданства.

Въ послѣдней—пятой—части своей работы авторъ разбираетъ очень тщательно показанія для гистероміотоміи, какъ-то: кровотеченія, быстрый ростъ опухоли и другіе тягостныя симптомы, подрывающіе здоровье больной, и находитъ, что для этой операціи могутъ существовать весьма важныя, даже жизненныя показанія. Сама же операція не опаснѣе многихъ другихъ большихъ хирургическихъ операцій, и потому гистероміотомію слѣдуетъ помѣстить въ число признанныхъ наукою медицинскихъ пособій.

Главные выводы автора изъ работы.

1. Примѣнимость гистероміотоміи на практикѣ слѣдуетъ считать доказанною.
2. Процентъ смертности гистероміотоміи, выведенный изъ всѣхъ опубликованныхъ въ настоящее время случаевъ, = 60,72.
3. Собственно гистеротомія дала $\frac{0}{100}$ смертности, равной 64,03, не многимъ отличающійся отъ $\frac{0}{100}$ смертности при операціяхъ удаленія фиброміомъ матки безъ удаленія послѣдней (55,00).
4. Въ настоящее время не существуетъ точныхъ методовъ для дифференціальной діагностики опухолей матки отъ опухолей яичника.
5. Пробный уколъ долженъ считаться однимъ изъ наиболѣе вѣрныхъ методовъ для дифференціальной діагностики названныхъ формъ болѣзней.

6. Большая часть новообразований, извѣстныхъ подъ именемъ кистофиброидовъ (tumeurs fibro-cystiques, cystische Myome, fibro-cystics tumours), должна быть отнесена, по всей вѣроятности, къ лимфангіектатическимъ фиброміомамъ.

Въ изложенномъ рефератѣ не могли найти мѣста многія цѣнныя литературныя данныя по рассматриваемому вопросу, собранныя на 116 страницахъ текста и, въ особенности, въ приложенныхъ къ книгѣ, на 88 страницахъ, таблицахъ, съ алфавитнымъ указателемъ авторовъ.

Въ заключеніе авторъ выражаетъ глубокую благодарность учителямъ своимъ проф. *А. Я. Крассовскому* и *М. М. Рудневу* за ихъ руководство и помощь при составленіи диссертаци.



II. О замѣнѣ классическаго кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки.

3. **Г. Е. Рейнъ.**—Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи. Медиц. Вѣстн. 1876, № 32, стр. 374.
4. **Его-же.**—О замѣнѣ кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки. Проток. Общ. Русскихъ Врачей. С.-Петербургъ, 1879 г.
5. **Его-же.**—Къ вопросу о замѣнѣ кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки. Протоколы Общества Русскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ, 1878—1879 г. и извлеченіе изъ нея:
6. **Его-же.**—Sur l'excision sans perte de sang de l'utérus gravide. Annales de gynécologie. 1879.
7. **Его-же.**—Кесарское сѣченіе, или вырѣзываніе беременной матки? Ежемед. Клинич. Газета 1880 г.
8. **Его-же.**—Sur la méthode opératoire de l'extirpation de l'utérus gravide. Annales de gynécologie. 1881.

Первое, предварительное сообщеніе по вопросу о *замѣнѣ кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки* было напечатано 7 августа 1876 г. въ 32 № Медицинскаго Вѣстника. Въ маленькой замѣткѣ (3) авторъ сообщаетъ, очевидно, для сохраненія за собою приоритета сдѣланнаго открытія, о предпринятой имъ экспериментальной работѣ надъ вырѣзываніемъ беременной матки у животныхъ, каковой операціей полагаетъ возможнымъ замѣнить консервативное кесарское сѣченіе у человѣка.

Въ работѣ „о замѣнѣ кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки“ (4) (ср. также Petersburger Medic. Wochenschr. 1876. № 23), послужившей докладомъ Обществу Русскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ 16 октября 1876 года, приведены, въ первой части, результаты 13 опытовъ надъ кроличихами и кошками надъ вырѣзываніемъ беременной матки. Опыты были поставлены слѣдующимъ образомъ:

Опытъ первый (19-го іюня 1876 года). Животное укрѣплено на столикѣ Чермака. Животъ выбритъ. Наркозъ подкожнымъ впрыскиваніемъ эфира. Сдѣланъ полойный разрѣзъ по направленію бѣлой линіи, величиною въ 5,5 см., начиная на 1 см. выше верхняго края лоннаго соединенія. Въ подкожной клѣтчаткѣ пришлось отсепаровать другъ отъ друга тѣсно соприкасающіеся края молочныхъ железъ. Въ

брюшинѣ, по бѣлой линіи сдѣлано, при помощи двухъ пинцетовъ и бистури, небольшое отверстіе, расширенное по желобоватому зонду. Черезъ нижній уголъ раны выпаль мочевою пузырь, растянутый мочею до голубиного яйца. Вправленіе его, вслѣдствіе постоянного сокращенія брюшного пресса, удалось съ трудомъ. Матка извлечена безъ особыхъ затрудненій наружу. Пять плодныхъ мѣшковъ помѣщались въ правомъ рогѣ и два въ лѣвомъ. Матка приподнята надъ брюшною ранюю, какъ можно выше, кишки прикрыты и удержаны отъ выпаденія теплою губкою. На влагалище, не болѣе какъ на 1 ст. выше уровня шейки мочевого пузыря, наложена проволочная петля серръ-нѣда *Сентра* и крѣпко стянута. Въ петлю, кромѣ влагалища, попали обѣ широкія связки, съ маточными и сѣменными сосудами, и обѣ фаллопиевы трубы. Яичники остались ниже петли. Второй моментъ операціи — скручиваніе серръ-нѣда *Сентра* — не удавался, вслѣдствіе того, что захваченныя въ металлическую петлю ткани такого малаго животнаго, какъ кролика, оказались слишкомъ нѣжными и уступчивыми, такъ что, по мѣрѣ скручиванія петли, части эти закручивались сами и при этомъ подвергались значительной траумѣ. Во избѣжаніе этой послѣдней, а также вслѣдствіе усиленія небольшого кровотеченія, появившагося изъ надорванныхъ широкихъ связокъ, рѣшено было оставить петлю не вполне закрученною. На 1 ст. надъ петлею всѣ стянутыя части перерѣзаны ножницами, безъ всякаго кровотеченія, и матка удалена. Всѣ плодные мѣшки поспѣшно вскрыты, и освобождены на свѣтъ 6 живыхъ плодовъ и одинъ мацерированный. Пуповина перваго плода перерѣзана безъ предварительной перевязки. Сильное кровотеченіе, появившееся изъ центрального конца пуповины, заставило прибѣгнуть сначала къ торсіи, а затѣмъ и къ наложенію лигатуры на пуповину. У остальныхъ пяти плодовъ пуповина перерѣзана послѣ предварительной перевязки. Всѣ плоды, за исключеніемъ мацерированнаго, оказались вполне развитыми и были въ состояніи хорошо ползать. Послѣ освобожденія плодовъ, вновь сдѣлана попытка закрутить наложенную петлю серръ-нѣда, но попытка эта была еще болѣе неудачна, чѣмъ первая, такъ какъ ущемленная въ петлѣ ножка, по удаленіи матки, сдѣлалась еще болѣе гибкою и податливою и весьма легко закручивалась по мѣрѣ скручиванія проволоки. Тогда, ниже петли серръ-нѣда, была наложена и крѣпко стянута хирургическимъ узломъ довольно толстая шелковая лигатура, а серръ-нѣдъ снятъ.

Затѣмъ слѣдовало вправленіе выпавшихъ внутренностей, туалетъ брюшины и зашиваніе брюшной раны. Ножка была фиксирована швами въ нижнемъ углу раны.

Кроликъ умеръ на 5-й день послѣ операціи отъ воспаленія брюшины.

Въ послѣдующихъ опытахъ, вмѣсто петли серръ-нѣда, были примѣняемы шелковыя лигатуры, которыми была перевязывается матка вмѣстѣ съ участкомъ влагалища, и затѣмъ производилось вырѣзываніе ея¹⁾. При опытахъ надъ кошками, вслѣдствіе относительной короткости тѣхъ участковъ широкихъ связокъ, которые прикрѣпляются къ

¹⁾ Описаніе одного изъ опытовъ надъ кроликомъ сдѣлано авторомъ въ засѣданіи Общ. Практич. Врачей въ СПб. 28 сентября 1876 года. При этомъ демонстрированы выздоровѣвшее и убитое животное и препаратъ вырѣзанной матки. (Мед. Вѣст. 1876, № 43, стр. 502).

окончаніямъ роговъ, приходилось перевязывать три отдѣльныхъ участка и образовать какъ-бы три ножки; средняя ножка образовывалась верхнею частью влагалища, а обѣ боковыя—концами роговъ, прикрѣпленныхъ довольно тѣсно, рядомъ съ яичниками, по сторонамъ позвоночника, широкими связками; или же перевязку производили въ два пучка, прокалывая средній участокъ Стартиновской иглой съ двойной лигатурой.

Выводы, къ которымъ пришелъ докладчикъ изъ своихъ 13-ти опытовъ, были слѣдующіе:

1. Полное удаленіе беременной матки съ плодами, безъ потери крови, можетъ быть произведено на животныхъ, съ благопріятнымъ исходомъ для матери.

2. Для удаляемыхъ плодовъ вырѣзываніе беременной матки не представляетъ почти никакой опасности.

Изъ 13 оперированныхъ животныхъ умерло 9, при чемъ кошки умерли всѣ, а изъ 7-ми кроликовъ умерло 4.

Докладчикъ большую смертность у кошекъ объясняетъ трудностью у нихъ наркоза, примѣненію экстраперитонеального метода, сильно нарушающаго анатомическія отношенія органовъ у этого животнаго, облизыванія раны оперированными животными и ихъ энергичными движеніями тотчасъ послѣ операціи.

Во второй части работы авторъ сопоставляетъ свои опыты надъ беременными животными съ операціями удаленія большихъ опухолей яичниковъ и матки у человѣка и выражаетъ при этомъ слѣдующія соображенія, которыя считаемъ не безъинтереснымъ привести *in extenso*.

„Существуютъ ли въ наукѣ факты, говорящіе въ пользу возможности выполненія на человѣкѣ такой же операціи, какая была производима, при вышеописанныхъ опытахъ, на животныхъ? На вопросъ этотъ, какъ мнѣ кажется, можно дать вполне утвердительный отвѣтъ. Дѣйствительно, помимо только что изложенныхъ результатовъ опытовъ на животныхъ, результатовъ, имѣющихъ лишь относительное значеніе, мы имѣемъ въ ученіи объ оваріотоміи и гистеротоміи рядъ данныхъ, доказывающихъ означенную возможность еще гораздо болѣе положительно. Разсматривая описанія трудныхъ случаевъ оваріотоміи, а, въ особенности, знакомясь ближе съ имѣющимися въ литературѣ случаями удаленій фибро-міомъ матки посредствомъ чревосѣченія¹⁾, мы невольно придемъ къ убѣжденію, что операція вырѣзыванія беременной матки у человѣка а ргіогі не можетъ представить большихъ трудностей, чѣмъ названныя двѣ операціи.

Напротивъ того, если принять во вниманіе то важное обстоятельство, что, приступая къ оваріотоміи или къ удаленію фиброида матки посредствомъ чревосѣченія,

¹⁾ До сихъ поръ наиболѣе полное сопоставленіе всѣхъ случаевъ подобнаго рода, имѣющихся въ литературѣ, представлено въ моей диссертациі „къ вопросу объ удаленіи фибро-міомъ матки посредствомъ чревосѣченія“. Воен. Мед. Журн. 1876, май и іюнь. (См. выше, 1).

мы не знаемъ съ точностію, что найдемъ въ брюшной полости, гдѣ будутъ проходить наиболѣе крупныя сосуды и сколько ихъ придется перевязать, сколько торсировать и пр.; мы можемъ встрѣтить далеко не рѣдко, совершенно неожиданно, обширныя, порою непреодолимыя сращения и т. п.,—однимъ словомъ, намъ, въ большинствѣ случаевъ, приходится болѣе или менѣе импровизировать операцію; между тѣмъ, вырѣзывая беременную матку, мы имѣемъ дѣло съ органомъ, обладающимъ извѣстнымъ анатомическимъ строеніемъ, которое поддается точному изученію; мы имѣемъ время до операціи приготовиться ко всѣмъ деталямъ ея техники; ничто не можетъ быть для насъ совершенно неожиданнымъ, такимъ, чего нельзя было бы своевременно предупредить. Словомъ, операція вырѣзыванія беременной матки, представляя больше шансовъ къ точной научной разработкѣ, естественнымъ образомъ, даже при равной степени опасности съ оваріотоміею и гистеротоміею, дала бы въ будущемъ и несомнѣнно лучшіе результаты, чѣмъ означенныя операціи.

Каковъ долженъ быть оперативный методъ для вырѣзыванія беременной матки на человѣкѣ, должны показать дальнѣйшіе опыты надъ различными животными и точныя анатомическія изслѣдованія беременной матки человѣка. Въ настоящее время, на основаніи сдѣланныхъ экспериментовъ и данныхъ, почерпнутыхъ изъ ученія объ оваріотоміи и гистеротоміи, я могу предложить слѣдующій проектъ оперативнаго метода на женщинѣ:

Самымъ удобнымъ моментомъ для произведенія операціи слѣдуетъ считать конецъ беременности, или самыя первыя признаки наступленія родовъ; но выполненіе ея возможно даже и при вполнѣ запущенныхъ родахъ.

Первый моментъ ничѣмъ не отличается отъ перваго момента при прочихъ чревосѣченіяхъ и состоитъ въ послойномъ разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ. Лучшее мѣсто для разрѣза—бѣлая линія. Приблизительная величина разрѣза—отъ лобка до пупка. Точная установка величины разрѣза выработается опытомъ. Во всякомъ случаѣ, разрѣзъ не можетъ быть менѣе того, чтобы чрезъ него можно было извлечь головку плода, т. е. не менѣе 10—13 ст. Кромѣ того, на величину разрѣза будутъ вліять тѣ манипуляціи, которые представятся во второмъ моментѣ, при чемъ, разумѣется, желателенъ возможно большій просторъ для дѣйствій. На степень опасности операціи, судя по даннымъ оваріотоміи, величина разрѣза особеннаго вліянія, вѣроятно, имѣть не будетъ.

Второй моментъ соотвѣтствуетъ третьему моменту при гистеротоміяхъ, предпринимаемыхъ съ цѣлью удаленія фиброміомъ матки. Онъ имѣетъ цѣлью: во 1-хъ—прекратить доступъ крови къ маткѣ и къ дѣтскому мѣсту и тѣмъ совершенно устранить потерю крови при слѣдующихъ моментахъ (разумѣется, помимо того количества, которое содержится въ органѣ) и во 2-хъ—образованіе ножки, наиболѣе выгодной для дальнѣйшаго леченія сдѣланнаго раненія. Чтобы удовлетворить этимъ двумъ показаніямъ, всего лучше, какъ кажется, слѣдовать правиламъ, выработаннымъ для гистеротоміи,

т. е. перевязывать надвлагалищную часть матки въ 2 пучка, при чемъ въ каждый должна входить, кромѣ половины шейки, еще и широкая связка соотвѣтственной стороны, съ сосудами. Непосредственный опытъ, въ связи съ точнымъ изученіемъ относящихся сюда данныхъ анатоміи, именно ангиологіи, долженъ будетъ показать, насколько выполнимъ этотъ методъ, хотя, если принять во вниманіе близкую аналогію, по формѣ, между беременною маткою и маткою, содержащею интерстиціальную фибро-міому, достоинство его аргюгі не должно подлежать сомнѣнію. Быть можетъ, однакоже, чрезмѣрное развитіе сосудовъ въ широкихъ связкахъ заставитъ прибѣгнуть къ образованію 3-хъ ножекъ, изъ которыхъ средняя, бѣльшая, будетъ состоять исключительно изъ шейки матки, двѣ же другія будутъ образованы широкими связками той и другой стороны.

Весьма важенъ вопросъ—*на какой высотѣ слѣдуетъ производить ампутацію матки.* Рѣшеніе этого вопроса будетъ зависѣть отъ особенностей каждаго даннаго случая.

Если операція предпринимается въ тотъ періодъ родовъ, когда подлежащая часть не успѣла еще растянуть нижняго отдѣла матки, т. е. когда шейка существуетъ по всей длинѣ, и если, при томъ, подлежащая часть еще не установилась во входѣ въ тазъ и можетъ быть отодвинута кверху, то условія для наложенія лигатуры на шейку будутъ самая благопріятныя и едва ли будутъ хуже, чѣмъ при удаленіи фибро-міомы тѣла матки. Конечно, мы знаемъ, что шейка матки, при существованіи названныхъ опухолей, обыкновенно болѣе или менѣе удлинняется и тѣмъ позволяетъ образовать весьма удобную, почти нисколько не страдающую отъ сильнаго натяженія ножку. Но слѣдуетъ принять во вниманіе, что: а) съ одной стороны, бываютъ такіе случаи и при фибро-міомахъ матки, гдѣ шейка представляется весьма короткою, т. е. ножка впослѣдствіи испытываетъ весьма сильное, чрезмѣрное натяженіе и, тѣмъ не менѣе, подобные случаи могутъ оканчиваться благопріятно (см. случай *Гегара* и другихъ въ моей диссертациі); б) съ другой стороны, при обычной короткости шейки беременной матки, это неудобство окупается тѣмъ обстоятельствомъ, что оперированіе выше внутренняго зѣва, т. е. въ области тѣла матки, не представляетъ такихъ трудностей, какъ при фибро-міомахъ. Дѣло въ томъ, что беременная матка представляетъ изъ себя не сплошную плотную массу, а, скорѣе, мѣшокъ, съ содержимымъ, частію жидкимъ (воды), частію твердымъ (плодъ). Если подлежащая часть подвижна, то она всегда можетъ быть отодвинута на нѣкоторое разстояніе кверху. Жидкое содержимое тоже можетъ быть отгѣснено немного кверху, т. к. оно во время паузы между родовыми схватками не растягиваетъ матку до переполненія и, кромѣ того, даже можетъ быть вполне удалено проколомъ плодныхъ оболочекъ. Такимъ образомъ, нижняя часть тѣла матки, опорожненная отъ содержимаго, представитъ изъ себя ножку, достаточно длинную и вмѣстѣ съ тѣмъ не очень толстую и удобную для перевязки.

Нужно помнить только, что, протыкая иглою сзади напередъ тѣло матки, прійдется сдѣлать рану въ стѣнкахъ плоднаго пузыря, сопряженную съ изліяніемъ не-

большого количества около-плодной жидкости въ брюшную полость. Это неудобство а priori кажется отнюдь неважнымъ, т. к. истечение жидкости должно быть незначительно и устранится съ затягиваніемъ петель и, кромѣ того, проникновеніе ея въ брюшную полость едва ли можетъ имѣть большое значеніе, вслѣдствіе индифферентности ея химическихъ составныхъ частей.

Наконецъ, если бы, почему бы то ни было, удлиненіе ножки на счетъ тѣла матки оказалось невыгоднымъ, можно, хотя и съ сожалѣніемъ, примириться съ короткостію ножки и, отказавшись отъ внѣбрюшиннаго способа, прибѣгнуть къ тому или другому изъ методовъ внутрибрюшинныхъ.

Чѣмъ болѣе времени пройдетъ отъ начала родовъ до начала операціи, тѣмъ выполненіе 2-го момента становится затруднительнѣе. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ шейка уже вовсе не существуетъ, но зѣвъ еще открытъ не вполне и воды еще цѣлы, а подлежащая часть подвижна, еще возможно будетъ наложить лигатуры тотчасъ надъ сводами, или даже на верхнюю часть влагалища (см. случаи №№ 3, 66 и 103 въ моей диссертациі).

Если же подлежащая часть сильно вколочена во входъ въ тазъ (что довольно рѣдко можно встрѣтить, при той узкости таза, которая можетъ служить показаніемъ къ операціи), зѣвъ растянуть *ad maximum* и воды прошли, то выполненіе 2-го момента можетъ быть абсолютно невозможнымъ.

Въ подобныхъ, запущенныхъ случаяхъ, быть можетъ, удастся достигнуть тѣхъ же результатовъ, которые достигаются стягиваніемъ шейки, т. е. прекращенія доступа крови къ маткѣ, другимъ путемъ, именно перевязкою главныхъ сосудовъ, приносящихъ кровь къ маткѣ. Но для этого необходимо еще точное изученіе ангиологіи беременной матки. Въ настоящее время, въ случаяхъ сказаннаго рода придется перейти прямо къ третьему моменту, перевязку же шейки отложить до того времени, когда матка будетъ опорожнена отъ содержимаго.

Третій моментъ долженъ быть выполненъ съ поспѣшностію, т. к. съ той минуты, какъ доступъ крови прекращенъ къ маткѣ, жизнь плода находится въ очевидной опасности.

Цѣль 3-го момента двоякая:—1) выполнить ту часть операціи, которая замѣняетъ роды, т. е. извлеченіе на свѣтъ плода, и 2) уменьшить объемъ матки, для свободнаго извлеченія ея черезъ сравнительно малый брюшной разрѣзъ. Этотъ моментъ всецѣло соотвѣтствуетъ 2-му моменту при оваріотоміяхъ и состоитъ, какъ при кистахъ коллоидныхъ, съ очень густымъ содержимымъ, изъ разрѣза, достаточнаго для свободнаго выходенія содержимаго, т. е. плода¹⁾. Выполненіе его сопровождается не большими затрудненіями, какъ и при оваріотоміи, конечно, подъ условіемъ если выполненіе 2-го момента удалось. Только со стороны выпаденія кишекъ и сальника и изліянія содер-

¹⁾ Стѣсняться величиною разрѣза здѣсь отнюдь не слѣдуетъ, по понятнымъ основаніямъ.

жимаго въ брюшную полость опасность будетъ больше, т. к. уменьшеніе объема матки должно быть произведено, какъ сказано выше, съ поспѣшностію. Впрочемъ, эта опасность ни чуть не можетъ быть отнесена къ неустрашимымъ. Въ частностяхъ, выполненіе 3-го момента почти ничѣмъ не отличается отъ соотвѣтственнаго момента кесарскаго сѣченія, но несомнѣнно легче, т. к. устранена возможность колоссальнаго кровотеченія. Опасность для ребенка не будетъ больше, чѣмъ при кесарскомъ сѣченіи, т. к., судя по а priori'стическимъ соображеніямъ и по сдѣланнымъ мною опытамъ на животныхъ, время, необходимое для освобожденія плода, настолько коротко, что плодъ не успѣетъ погибнуть отъ задушенія. Если бы, по извлеченіи туловища, головка ущемилась въ ранѣ матки, то опасность для ребенка можетъ быть меньше, чѣмъ при кесарскомъ сѣченіи, т. к., нисколько не тратя времени на приемы, способствующіе освобожденію головки, можно быстро приступить къ потребному увеличенію раны матки, совершенно безопасному въ данномъ случаѣ. Что касается до послѣда, то можно обойтись, какъ мнѣ кажется а priori, безъ выдѣленія его, т. к. хорошо сократившаяся матка, даже и содержащая въ своей полости послѣдъ, легко можетъ быть извлечена черезъ рану, величина которой оказалась достаточною для прохожденія плода.

Четвертый моментъ—извлеченіе матки изъ брюшной полости, удаленіе ея вмѣстѣ съ яичниками выше стянутого мѣста и укрѣпленіе ножки. Если есть возможность примѣнить внѣбрюшинный способъ, что всего желательнѣе на основаніи данныхъ, выработанныхъ въ ученіи о гистеротоміи, то передъ отдѣленіемъ матки слѣдуетъ проткнуть шейку (лучше ниже перетянутого мѣста, чѣмъ выше) двумя перекрещивающимися стальными иглами, концы которыхъ будутъ опираться на края брюшной раны. При употребленіи внутрибрюшинаго способа, слѣдуетъ, до отдѣленія матки, захватить ее ниже перетянутого мѣста въ клямпъ и расслаблять его медленно послѣ отдѣленія матки¹⁾. При появленіи кровотеченія изъ поверхности разрѣза—употреблять прижиганіе каленымъ желѣзомъ и перевязку отдѣльныхъ кровоточащихъ сосудовъ (см. диссертацию).

Пятый моментъ—сшиваніе раны и наложеніе повязки (а равно и послѣдовательный уходъ за оперированной)—ничѣмъ не отличается отъ этого же момента при прочихъ чревосѣченіяхъ.“

Въ третьей и послѣдней главѣ авторъ слѣдующимъ образомъ, вкратцѣ, формулируетъ главныя заключенія своей работы:

„Операция вырѣзыванія беременной матки имѣетъ слѣдующія преимущества передъ старымъ, классическимъ способомъ кесарскаго сѣченія:

1. Выполненіе операции значительно безопаснѣе для больной, т. к. обходится почти совершенно безъ потери крови, что составляетъ одну изъ самыхъ главныхъ

¹⁾ Приемъ, напоминающій современную ангиотрипсию. Реф.

опасностей классическаго кесарскаго сѣченія, при которомъ можетъ быть „колоссальное“ (*Шредеръ*) кровотеченіе, и можно думать, что процентъ смертности при этой операціи будетъ такой же, какъ при легкихъ, неосложненныхъ міомотоміяхъ, которыя у *Пеана* дали 26⁰/₁₀ см.

2. Состояніе послѣ операціи несравненно безопаснѣе, чѣмъ при кесарскомъ сѣченіи, т. к. въ послѣднемъ случаѣ въ брюшной полости остается раненный органъ, подлежащій, къ тому же, обратной метаморфозѣ и представляющій собою источникъ постоянныхъ отдѣленій какъ изъ самой раны такъ и, довольно нерѣдко, изъ полости матки, а также возможный источникъ послѣдовательныхъ кровотеченій ¹⁾).

3. Предлагаемая операція безусловно предотвращаетъ зачатіе у субъектовъ, для которыхъ дѣторожденіе представляетъ большую опасность.“

Въ слѣдующей своей работѣ, озаглавленной „къ вопросу о замнѣнн кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки“ (5), послужившей докладомъ въ засѣданіи Общества Русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ 16 октября 1878 года, авторъ излагаетъ дальнѣйшее развитіе этого вопроса въ наукѣ, совершившееся за два года, протекшіе послѣ его перваго сообщенія (въ теченіи этого времени авторъ находился въ дѣйствующей арміи въ качествѣ врача—хирурга). Указавъ, что за истекшее время, главные выводы его предшествующей работы оправдались на дѣлѣ, и предложенная имъ операція вырѣзыванія беременной матки произведена неоднократно на женщинѣ, авторъ приводитъ описаніе нѣсколькихъ случаевъ вырѣзыванія матки послѣ произведеннаго кесарскаго сѣченія (случаи *Сторера*, *Порро*, *Шнета*, *К. Брауна*, *Вассежа*). При этомъ онъ указываетъ и на нѣкоторыя существенныя различія въ методѣ произведенныхъ операцій отъ предложеннаго имъ. На страницѣ 8 и слѣд. своей работы авторъ выражается слѣдующимъ образомъ:

„Итакъ, современная высокая степень развитія оперативной гинекологіи отразилась и на грандіозномъ, античномъ кесарскомъ сѣченіи. Въ литературѣ раздались голоса, протестующіе противъ того, чтобы операція эта дѣлалась по тому примитивному способу, какой практиковался съ незапамятныхъ временъ.“

Нельзя, однако, не замѣтить, что во всѣхъ цитированныхъ случаяхъ радикальное измѣненіе древняго способа введено, собственно, не въ методѣ производства самой операціи, а, въ сущности, только, въ методѣ послѣдовательнаго леченія: матка, по окончаніи операціи, произведенной по обыкновенному способу, не оставляется въ брюшной полости, а удаляется. Между тѣмъ одинъ изъ главныхъ моментовъ, обуславливающихъ громадную смертность послѣ кесарскаго сѣченія, именно первичное кровотеченіе изъ разрѣзанной стѣнки матки, достигающее громадныхъ размѣровъ, въ особенности при прикрѣпленіи послѣда на передней стѣнкѣ матки, вовсе не устраняется.

¹⁾ Рана въ маткѣ при кесарскомъ сѣченіи въ то время, обыкновенно, не зашивалась. Реф.

Во второмъ случаѣ *Шнета* (1. с.) значительное первичное кровотеченіе едва ли осталось безъ вліянія на летальный исходъ операціи, зависѣвшій отъ септикеміи; извѣстно, какъ охотно развиваются септические процессы у субъектовъ, съ острую анемію.

Такимъ образомъ, въ то самое время, когда мы знаемъ методы, при помощи которыхъ, почти безъ потери крови, изъ брюшной полости удаляются, съ успѣхомъ, громаднѣйшія фибро-міомы матки, пронизанныя такими крупными сосудами, что одинъ видъ ихъ, по выраженію Бильрота, приводитъ въ ужасъ хирурга, — мы продолжаемъ все еще проливать напрасно громадное количество крови у женщинъ, подвергающихся кесарскому сѣченію.

Въ своихъ опытахъ вырѣзыванія беременной матки надъ животными, предпринятыхъ въ началѣ лѣта 1876 года, я обратилъ вниманіе на то, чтобы операція совершалась безъ потери крови. Я старался объ устраненіи не только послѣдовательнаго кровотечения, но также и первичнаго. Выполненіе послѣдняго показанія заставило измѣнить весь характеръ операціи. Поэтому въ газетныхъ заявленіяхъ¹⁾ и въ сообщеніяхъ, сдѣланныхъ въ ученыхъ обществахъ врачей въ С.-Петербургѣ,²⁾ я говорилъ о замѣнѣ Кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки, тогда какъ въ цитированныхъ случаяхъ *Сторера*, *Порро*, *Шнета*, *Брауна* и *Вассежа* дѣло идетъ только о вырѣзываніи нуэргеральной матки вслѣдъ за кесарскимъ сѣченіемъ. — Изъ перечисленныхъ моихъ заявленій, письменныхъ и устныхъ, видно, что, по извлеченіи матки изъ брюшной полости, я стягивалъ лигатурами шейку матки и только послѣ этого, безъ всякой потери крови, быстро проникалъ въ полость матки и извлекалъ плодные мѣшки съ живыми плодами. Очевидно, что предложенный мною оперативный методъ имѣетъ сходство съ практикующимся древнимъ методомъ кесарскаго сѣченія только въ первомъ моментѣ операціи — во вскрытіи полости живота, — во всѣхъ же прочихъ моментахъ рѣзко отличается отъ него, а потому на него скорѣе слѣдуетъ смотрѣть, какъ на особую операцію, замѣняющую кесарское сѣченіе³⁾.

¹⁾ Медицинскій Вѣстникъ 1876, авг. (см. выше, 3); Petersburg, med. Wochenschr. 1876, № 23, 7 авг.

²⁾ А именно: въ Обществѣ Практическихъ Врачей (28 сентября 1876 г.), въ Обществѣ Акушеровъ (4 ноября 1876 г.) и въ Обществѣ Русскихъ Врачей (16 октября 1876 г.). Рефератъ сообщенія моего, читаннаго въ Обществѣ Акушеровъ помѣщенъ докторомъ Биддеромъ въ Centralbl. f. Gynaekologie, 1877, стр. 99. (Рефератъ этотъ появился въ нѣмецкой литературѣ значительно раньше, чѣмъ проникли въ нее изъ итальянской литературы первыя свѣдѣнія объ операціи, произведенной проф. Порро. — Реф.)

³⁾ Насколько относятся къ разбираемому же вопросу опыты *Cavallini* (1768), *Fogliata* (1874) и *Jeser'a* (1862), я не могу, къ несчастію, судить, по неимѣнію подъ руками подлинныхъ работъ названныхъ итальянскихъ авторовъ. Изъ цитатъ же, имѣющихся у Вассежа (1. с.), видно, что въ числѣ животныхъ, матка которыхъ была оперирована при опытахъ доктора *Cavallini* и ветеринара *Fogliata*, нѣкоторыя не были даже беременны. Гораздо болѣе важно, въ историческомъ отношеніи, предложеніе *Михаэлиса* — удалять всю матку послѣ кесарскаго сѣченія, для предотвращенія послѣдующихъ беременностей и уменьшенія общей реакціи, зависящей отъ оставленія въ брюшной полости раненой матки

На людяхъ я предложилъ, въ общихъ чертахъ, тотъ же самый методъ *безкровнаго вырѣзыванія матки*, какой былъ употребленъ мною при экспериментахъ надъ животными, а именно, я совѣтывалъ приступитъ къ разсѣченію стѣнки матки не прежде, какъ послѣ полного перерыва сообщенія между кровеносной системой матери и беременной матки.

Выполненіе этого показанія можетъ быть произведено по слѣдующимъ двумъ главнымъ методамъ, изъ которыхъ каждый можетъ имѣть нѣсколько второстепенныхъ подраздѣленій.

Первый способъ.—Удаливъ черезъ влагалище возможно большее количество околоплодной жидкости изъ полости матки, вскрываютъ брюшную полость разрѣзомъ, достаточнымъ для извлеченія наружу всей матки съ плодомъ и послѣдомъ. Длина этого разрѣза должна только немногимъ превышать ту, какая примѣняется при обыкновенномъ способѣ кесарскаго сѣченія. Дѣйствительно, при кесарскомъ сѣченіи разрѣзъ долженъ быть не менѣе того, какой нуженъ, чтобъ извлечь плодъ; въ данномъ же случаѣ черезъ рану въ брюшной стѣнкѣ, долженъ пройти тотъ же плодъ, только одѣтый растянутою стѣнкою матки. Присутствіе въ маткѣ послѣда и не вытекшей части околоплодныхъ водъ потребуютъ также весьма незначительнаго увеличенія разрѣза, въ особенности, если стараться провести матку черезъ брюшную рану меньшимъ діаметромъ ея, какъ это дѣлается при удаленіи фибро-міомъ матки. У кроликовъ и у кошекъ, у которыхъ, впрочемъ, рога беременной матки имѣютъ сравнительно болѣе продолговатую форму, чѣмъ matka челоуѣка, мнѣ никогда не представлялось надобности въ такихъ размѣрахъ разрѣза, которые бы значительно превосходили размѣры, достаточные для прохожденія плода въ отдѣльности. Извѣстно также, что въ случаѣ профессора *Миллера*, о которомъ будетъ сказано ниже, для извлеченія матки съ плодомъ и плацентой наружу, понадобился разрѣзъ, не достигавшій 2 cm. до пупка и столькихъ же до лонной симфизы. Но, если бы даже, въ томъ или въ другомъ частномъ случаѣ, понадобился разрѣзъ и болѣе, чѣмъ у Миллера, то практика оваріотоміи и гистеротоміи достаточно научила насъ не бояться этого. Случай *Бильрота*¹⁾, въ которомъ, при благополучно окончившейся операціи удаленія матки съ громаднымъ фиброидомъ, потребовался разрѣзъ брюшной стѣнки длиною 40 cm., далеко не единственный въ литературѣ.

По извлеченіи матки изъ брюшной полости, слѣдуетъ прежде всего приступитъ къ манипуляціямъ, имѣющимъ цѣлью прекратить доступъ материнской крови къ

(*Michaelis*, *Gesam. Abhandl.* 1833, S. 34; цитировано по *Spiegelberg'y*, *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1878, S. 860). Предложеніе это, однако, при томъ жалкомъ состояніи, въ которомъ находился вопросъ о чревосѣченіяхъ въ первой трети нынѣшняго столѣтія, вызвало только ужасъ у современниковъ *Михаэлиса* и было вскорѣ забыто.

¹⁾ *Wien. med. Wochenschr.* 1876, № 2.

маткѣ. При этомъ значительную роль будетъ играть періодъ, въ которомъ приступили къ операциі.

а) Если, что всего лучше, операциа предпринимается въ самомъ началѣ родовъ или въ послѣднихъ дняхъ беременности, когда подлежащая часть еще не вступила въ каналъ шейки матки, операциа ничѣмъ не будетъ отличаться отъ удаленія фибромиомы тѣла матки. Въ этомъ случаѣ слѣдуетъ, по моему мнѣнію, предпочесть методъ, употребляемый *Пеаномъ* при гистеротоміяхъ. Стягивая, по *Пеану*, проколотую сзади напередъ шейку матки, вмѣстѣ съ широкими связками, въ два пучка серр-нёдами *Cintrât*, можно не бояться соскальзыванія лигатуры книзу, что заставило *Порро* захватить въ петлю одинъ изъ яичниковъ, а *Шнета* и *Вассежа* употребить экразёръ, петля котораго тоже можетъ соскользнуть.

б) Если роды запущены и подлежащая часть помѣстилась въ каналъ шейки, то можно поступить троякимъ образомъ: а) или наложить на широкія связки по 2—3 временныхъ лигатуры en masse на болѣе крупные сосуды, послѣ того извлечь плодъ и плаценту и, въ заключеніе, удалить опроставшуюся матку по способу *Storer—Porro*; или б) произвести полную экстирпацию матки съ плодомъ, наложивъ петлю серр-нёда на верхнюю часть влагалища, или, наконецъ, в) прибѣгнуть къ способу, предложенному въ новѣйшее время *Фрейндомъ* для экстирпациі матки, пораженной ракомъ. Изъ 3 перечисленныхъ методовъ болѣе всѣхъ заслуживаетъ вниманія методъ б). Разработкою его въ анатомическомъ отношеніи я занимаюсь въ настоящее время¹⁾.

Второй способъ. Не дѣлая разрѣза брюшной стѣнки больше того, какой обыкновенно дѣлается при кесарскомъ сѣченіи, вводятъ въ полость живота руку и тамъ, in situ, приступаютъ къ тѣмъ же самымъ манипуляціямъ, съ цѣлью полного изолированія кровеносныхъ сосудовъ вырѣзываемой матки отъ кровеносной системы матери, какія могутъ быть примѣнены при первомъ способѣ. Безспорно, что выполнение означенныхъ манипуляцій значительно будетъ труднѣе, чѣмъ въ первомъ случаѣ, такъ что всякій предпочтетъ скорѣе прибѣгнуть къ увеличенію разрѣза брюшной стѣнки; но, какъ я убѣдился на одномъ препаратѣ беременной матки съ плодомъ, вырѣзанной вмѣстѣ съ тазомъ, и этотъ способъ далеко нельзя признать невозможнымъ, въ особенности, при тѣхъ усовершенствованіяхъ, которые будутъ неизбежно предложены въ будущемъ. Главнѣйшее преимущество 2-го способа передъ 1-мъ заключается въ возможности избѣжать черезъ чуръ сильныхъ натяженій и ушибовъ брюшины, связан-

¹⁾ При гистеротоміяхъ, произведенныхъ съ цѣлью удаленія фибромиомы матки, способъ б) былъ употребленъ, сколько мнѣ извѣстно изъ литературы, 3 раза. Изъ нихъ въ одномъ случаѣ (*Sawier*, Amer. Journ. of the med. sc. 1860, July) послѣдовала смерть на 6-й день послѣ операциі отъ послѣдовательнаго кровотеченія. Другой случай (*Ch. Clay*, см. у *Robert Lee*, Med. chir. Trans. v. 34) окончился смертію на 15-й день послѣ операциі, отъ воспаленія брюшины, вызваннаго паденіемъ больной на полъ, при перемѣнѣ постели. Наконецъ 3-й случай (*Walter Atlee*, Am. Journ. of the med. sc., 1876, July) окончился полнымъ выздоровленіемъ.

ныхъ съ извлеченіемъ беременной матки изъ брюшной полости наружу. — Предварительное удаленіе околоплодныхъ водъ посредствомъ прокола черезъ влагалище и при данномъ способѣ значительно облегчить выполненіе операціи, давая больше простора для руки, манипулирующей въ брюшной полости.

Что касается до опасности задушенія для плода, возникающей при всѣхъ модификаціяхъ безкровнаго вырѣзыванія матки, вслѣдствіе прекращенія доступа крови къ плацентѣ, то, судя по моимъ опытамъ надъ животными, опасность эта вовсе не можетъ имѣть мѣста, при правильномъ выполненіи операціи. Для стягиванія петли вокругъ шейки матки требуется столь мало времени, что изъ числа около 60 вырѣзанныхъ мною плодовъ у кроликовъ и у кошекъ, ни одинъ (исключая мацерированныхъ) не былъ извлеченъ мертвымъ: всѣ дѣтеныши извлекались вполнѣ здоровыми и оживленно двигались; между тѣмъ, у животныхъ, гдѣ мнѣ приходилось вскрывать послѣдовательно до 9 отдѣльныхъ плодныхъ пузырей у одной особи, условія для задушенія послѣднихъ плодовъ, пока до нихъ дойдетъ очередь быть извлеченными изъ матки, значительно больше, чѣмъ у человѣка.

Разбирая вопросъ объ опасности, угрожающей плоду при безкровномъ вырѣзываніи беременной матки, нужно помнить также, что самымъ удобнымъ моментомъ для производства операціи по названному методу слѣдуетъ считать начало родовъ, даже конецъ беременности, когда плодъ еще вовсе не находился подъ неблагоприятнымъ для него вліяніемъ родовыхъ сокращеній матки. Между тѣмъ, для производства операціи по древнему методу кесарскаго сѣченія выбирается болѣе поздній періодъ родовъ, когда жизни плода нерѣдко угрожаетъ уже значительная опасность.

Для прочихъ моментовъ операціи могутъ быть употреблены почти всѣ тѣже методы, что для оваріотоміи и гистеротоміи. Выгоднѣе ли укрѣплять ножку снаружи, въ брюшной ранѣ, или опускать ее въ брюшную полость, или употреблять какую нибудь новую модификацію—долженъ показать рядъ опытовъ и наблюденій въ будущемъ.

Въ заключеніе, я долженъ присовокупить, что предложенный мною способъ безкровнаго вырѣзыванія беременной матки, уже испытанъ одинъ разъ, а именно 4 февраля 1878 г. профессоромъ *Миллеромъ* въ Бернѣ ¹⁾ на живой женщинѣ. Читая описаніе этого случая, нельзя не предсказать блестящаго будущаго метода, выполненіе котораго, при столь печальной обстановкѣ, сопровождалось столь блестящимъ успѣхомъ. Кто изъ врачей, производя кесарское сѣченіе по общепринятому способу на 4-й день родовъ, при температурѣ тѣла у роженицы—39⁰, при пульсѣ 136 и при полной картинѣ септической *endometritis sub partu*, могъ бы имѣть смѣлость надѣяться на благоприятный исходъ операціи? Профессоръ *Миллеръ*, при сказанныхъ условіяхъ, рѣшился приступить къ вырѣзыванію матки. Разрѣзъ въ стѣнкѣ послѣдней произведенъ былъ почти безъ всякой потери крови, послѣ того какъ шейка матки была предвари-

¹⁾ Centralbl. f. Gynaekol. 1878, № 5.

тельно стянута проволочною петлею, при помощи констриктора Мезоннева. По извлеченіи плода, вся матка съ аннексами была вырѣзана тоже безъ всякой потери крови. Температура тѣла у родильницы на другой же день упала до нормы, пульсъ спустился до 84, и чрезъ нѣсколько дней жизнь ея была уже внѣ всякой опасности!!

Къ сожалѣнію, въ случаѣ *Миллера* ребенокъ умеръ, въ полости матки, еще до операциі, такъ что вполнѣ чистыхъ, успѣшныхъ случаевъ примѣненія безкровнаго метода вырѣзыванія беременной матки у человѣка можно ожидать только въ будущемъ¹⁾.

Въ статьѣ „*Sur la méthode opératoire de l'extirpation de l'utérus gravide*“ (8), написанной въ формѣ открытаго письма къ *А. Пинару* и помѣщенной послѣднимъ въ *An. de Gyn.* 1881, авторъ сообщаетъ, что хотя трудъ его „*о замѣнѣ кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки*“ и не былъ извѣстенъ за границей до 1877 г., пока не появился рефератъ объ этомъ трудѣ въ журналѣ *Centralblatt für Gynaekologie* 1877 г. № 6, но идеи по этому вопросу были развиты имъ въ Россіи гораздо раньше. Кромѣ нѣсколькихъ замѣтокъ и предварительныхъ сообщеній объ этомъ трудѣ, помѣщенныхъ въ августѣ и сентябрѣ 1876 г. въ русскихъ журналахъ, 16 октября того-же 1876 года, слѣдовательно, не задолго передъ появленіемъ въ свѣтъ извѣстнаго труда *Порро*, авторъ сдѣлалъ въ обществѣ русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ подробный докладъ подъ заглавіемъ: „*О замѣнѣ кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки*“. (См. выше, 4). Приведа вкратцѣ содержаніе этого доклада и указавъ на преимущество предложеннаго имъ безкровнаго способа удаленія беременной матки передъ классическимъ способомъ кесарскаго сѣченія, авторъ останавливается на причинахъ, препятствовавшихъ примѣнить этотъ способъ на человѣкѣ въ Россіи въ то время, когда за границей онъ былъ уже примѣненъ. Причина этому, по мнѣнію автора, та, что крайнія степени суженія тазовъ въ Россіи въ высшей степени рѣдки, между тѣмъ какъ за границей онѣ встрѣчаются гораздо чаще. Тѣ операциі, которыя были произведены за границей по способу, такъ называемому, *Миллера*, совершенно подобны методу, предложенному авторомъ гораздо раньше, а именно въ 1876 году.

Главное отличіе и превосходство, предложеннаго авторомъ способа передъ методомъ *Порро* заключается въ безкровномъ способѣ операциі, во первыхъ, и въ вырѣзываніи беременной матки, во вторыхъ, тогда какъ способъ *Порро* состоитъ въ вырѣзываніи пуэрперальной матки вслѣдъ за кесарскимъ сѣченіемъ.

¹⁾ Въ то время, какъ предлагаемая работа была приготовляема къ печати, опубликованъ второй случай примѣненія безкровнаго вырѣзыванія беременной матки на живой женщинѣ, а именно случай *Феллинга* (*Centralbl. f. Gynaek.* 1878, № 24, S. 574). Плодъ извлеченъ живымъ. Мать умерла на 5-й день отъ септического перитонита. Операциа, по выраженію автора, прошла совершенно гладко. Летальный исходъ авт. приписываетъ недостаточно строгому соблюденію правилъ антисептическаго метода при послѣдовательномъ леченіи.

Въ дополнение къ изложенному въ предшествовавшихъ сообщеніяхъ, авторъ развиваетъ дальше технику предложеннаго имъ метода. Безкровный способъ операціи можетъ быть достигнутъ двумя путями—или видоизмѣненіемъ способа Литцмана, т. е. предварительнымъ сдавливаніемъ маточной шейки эластическимъ жгутомъ, послѣ извлеченія матки наружу, или же, что еще выгоднѣе, по способу, предлагаемому авторомъ; цѣль этого способа—добиться прекращенія циркуляціи крови въ маткѣ *in loco*, не извлекая ее предварительно изъ брюшной полости. Вотъ моменты хода операціи по этому, видоизмѣненному способу автора:

1. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, не большій чѣмъ, въ случаяхъ кесарскаго сѣченія, произведеннаго по древнему способу.

2. Наложеніе *in situ* эластической трубки Эсмарха вокругъ шейки матки.

3. Быстрый разрѣзъ стѣнки матки, безъ потери крови, и извлеченіе плода.

4. Суправагинальная ампутація матки, извлеченной наружу вмѣстѣ съ плацентой, по способу *Пеана*.

5. Зашиваніе брюшной раны и фиксація маточной культи въ нижнемъ углу раны.

Задаваясь, далѣе, вопросомъ нужно ли употреблять эластическій жгутъ, какъ предварительную лигатуру, которая должна быть замѣнена въ 4-мъ моментѣ желѣзной проволокой или цѣпью экразёра, или же оставлять жгутъ въ ранѣ, не замѣняя его проволокой, авторъ отдаетъ предпочтеніе второму способу. Въ этомъ случаѣ, кромѣ того, что операція сама дѣлается болѣе простой и быстрѣе выполнимой, существуетъ еще то большое преимущество, что въ то время, когда маточная культи подвергается послѣ операціи обратному метаморфозу, сдавливающая петля, по причинѣ своей эластичности, также уменьшается, и, такимъ образомъ, соскальзываніе петли, со всѣми своими осложненіями, дѣлается невозможнымъ. Чтобы укрѣпить эластическую петлю въ нижнемъ углу брюшной раны, необходимо проколоть маточную шейку 2-мя стальными иглами, перпендикулярно одна къ другой, сейчасъ надъ лигатурой. Этотъ оперативный способъ особенно заслуживаетъ вниманія въ случаяхъ, гдѣ операція предпринимается въ началѣ родовъ, или, особенно, въ тѣхъ, когда производится операція передъ началомъ родовой дѣятельности. По идѣе автора (безкровное вырѣзываніе беременной матки) была произведена операція, съ благопріятнымъ исходомъ для матери, только однимъ проф. *Миллеромъ* въ Базелѣ, и этотъ способъ долженъ имѣть будущность.

Въ работѣ „*Кесарское сѣченіе или вырѣзываніе беременной матки?*“ (7) вопросъ ставится о томъ предпочтеніи, которое должно быть оказано новому оперативному методу предъ старымъ способомъ кесарскаго сѣченія, на основаніи накопившагося новаго научнаго матеріала. Авторъ касается сначала исторіи вопроса о вырѣзываніи беременной матки, указывая на свой пріоритетъ въ этой области (см. выше).

II. Миллеру, примѣнившему впервые способъ безкровнаго вырѣзыванія матки на человѣкѣ, была несомнѣнно извѣстна работа автора, какъ это видно изъ дебатовъ на

Съѣздѣ Германскихъ Естествоиспытателей и Врачей въ сентябрѣ 1877 года (Arch. f. Gynäk. В. XII, № 2, р. 350) ¹⁾.

Сравнивая, затѣмъ, старый классическій способъ съ операціей вырѣзыванія беременной матки, авторъ останавливается на статистическихъ данныхъ и приводитъ результаты примѣненія того и другого способовъ. Тщательно разсмотрѣвъ собранные имъ случаи и анализируя статистическія данныя, при старомъ способѣ, получаемъ 96⁰/₀ смертности и 47⁰/₀ при новомъ.

Это отношеніе нельзя, однако, считать истиннымъ, такъ какъ значительное большинство случаевъ примѣненія стараго способа относится ко времени еще доантисептическому, и въ дальнѣйшемъ ⁰/₀ смертности и при той и другой операціи долженъ быть одинаковъ.

Выгоды новаго способа состоятъ главнымъ образомъ:

1. Въ отсутствіи первичнаго кровотеченія.
2. Устраненіи возможности вторичнаго кровотеченія и септического зараженія, вслѣдствіе проникновенія пуэрперальныхъ отдѣленій изъ матки въ полость брюшины.
3. Предотвращеніи опасностей, связанныхъ съ послѣдующими родами, у субъектовъ, неспособныхъ къ дѣторожденію безъ серьезнаго риска собственной жизнию.
4. Въ значительно болѣе благопріятномъ отношеніи выздоравливающихъ, выведенномъ путемъ опыта изъ первыхъ 53 случаевъ, описанныхъ въ литературѣ.

Авторъ высказываетъ предположеніе, что въ будущемъ и для той, и для другой операціи будутъ выработаны спеціальныя показанія, и эти обѣ операціи будутъ существовать, какъ совершенно отдѣльныя. Можетъ быть, методъ вырѣзыванія беременной матки наиболѣе показанъ будетъ при новообразованіяхъ матки (міомахъ, саркомахъ и ракахъ), при септическихъ эндометритахъ, разрывахъ матки и остеомалациі. Относительно же техники вырѣзыванія беременной матки предпочтеніе должно быть отдано методу автора, т. е. безкровнаго вырѣзыванія съ примѣненіемъ эластическаго жгута и внѣбрюшиннаго ухода за культей.



¹⁾ Въ учебникѣ оперативнаго акушерства академика *А. Я. Красовскаго* методъ безкровнаго вырѣзыванія беременной матки носитъ названіе способа *Рейнъ—Müller'овскаго* (Операт. Акушерство, изд. 3-е, 1885, стр. 605).

III. Хрящевиковая миксома шейки матки.

9. **Г. Е. Рейнъ.**—Хрящевиковая миксома шейки матки. Протоколы Общества Русск. Врачей. С.-Петербургъ, 1880 г.
 10. **Его-же.**—*Mucoma enchondromatodes arborescens colli uteri.* Archiv für Gynäkologie. Bd. XV. *Изъ лабораторіи гинекологической клиники проф. Славянскаго.*
-

Статья эта имѣетъ значительный научный интересъ, помимо рѣдкости демонстрированнаго авторомъ препарата, еще и потому, что своей литературы, въ тѣсномъ смыслѣ слова, описанный случай не имѣетъ.

Въ литературѣ описаны только 2 случая, близко подходящіе къ описанному авторомъ: случай д-ра *Tude* „Сосочковая фиброма влагалищной части матки, съ значительной примѣсью гиалиноваго хряща“ (*Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.* B. I, N. 2. 1877) и случай профессора *Шнигельберга* „*Sarcoma colli uteri hydropicum papillare*“. *Arch. f. Gynäk.* B. XIV, N. 2. 1878.

Случай, описанный авторомъ, относится къ швеѣ Д., 21 года отъ роду. Больная крѣпкаго тѣлосложенія, анемична. На кожѣ большихъ губъ замѣчаются сосочковыя разрощенія, величиною отъ коноплянаго зерна до горошины. Изъ половой щели вытекаетъ, въ обильномъ количествѣ, густая, зеленоватая, ѣдкая жидкость. Слизистая оболочка входа въ рукавъ красна и слегка экскорірована. Кольцеобразное, съ ровными краями, отверстіе въ дѣвственной плевѣ растянуто. Изслѣдованіе внутреннихъ половыхъ органовъ вызываетъ значительную боль. Рукавъ расширенъ, стѣнки его изглажены. Въ полости рукава, тотъ часъ надъ входомъ его, изслѣдующій палецъ ощупываетъ большое количество кругловатыхъ и яйцевидныхъ тѣлъ, довольно мягкой консистенціи, величиною въ лѣсной орѣхъ и болѣе, соединенныхъ между собою короткими и тонкими ножками. Вся ощупываемая масса напоминаетъ, по формѣ и консистенціи, виноградную кисть, или, еще ближе, пузырьный заносъ. При изслѣдованіи уда-

лось достигъ до мѣста исхода опухоли изъ передней губы, сзади же мѣсто происхожденія опухоли было неопредѣлимо.

Больная въ дѣтствѣ была здорова. Coitus'a не имѣла. Менструировать начала съ 17 лѣтъ, типъ регулъ установился правильный: черезъ 3 недѣли, по 3 дня. Въ маѣ 1874 года, за нѣсколько времени до наступленія регулъ, Д. почувствовала въ нижней части живота рѣжущія боли, въ формѣ схватокъ, послѣ чего изъ половой щели показались какіе то куски, въ видѣ полупросвѣчивающихъ пузырей. Часть этихъ пузырей отваливалась при ходьбѣ, другая часть снова скрывалась въ половой щели. Въ іюнѣ регулы пришли въ формѣ сильнѣйшей меноррагіи. Начиная съ іюля, меноррагіи смѣнились метроррагіями, повторявшимися весьма часто и продолжавшимися иногда по 2—3 недѣли. Четвертаго марта 1875 г. больная была принята въ клинику, и на слѣдующій же день было приступлено къ удаленію опухоли. По введеніи во влагалище зеркала Симса и подъемниковъ Жерди, Люэровскимъ *rinse à crémallière* было послѣдовательно захвачено и откручено нѣсколько отдѣльныхъ опухолей; затѣмъ, на общее основаніе цѣлаго агрегата опухолей, прикрѣпившихся къ передней губѣ зѣва матки, была наложена цѣпь экразёра. Отщемленная при этомъ, безъ всякаго кровотеченія, часть новообразованія имѣла величину дѣтскаго кулака. Такимъ же точно образомъ удаленъ былъ и другой агрегатъ опухолей, почти такой же величины, какъ и первый, находившійся нѣсколько болѣе слѣва. Оставшуюся часть новообразованія было рѣшено удалить при второмъ сеансѣ. Больная быстро оправилась, и 10-го марта подъ хлороформомъ была удалена оставшаяся часть опухоли, исходившая изъ задней губы зѣва матки. Для удаленія опухоли, влагалищная часть матки была низведена наружу, и задняя губа, съ сидѣвшимъ на ней новообразованіемъ, была отщемлена экразёромъ, мѣсто же отщемленія прижжено каленымъ желѣзомъ. Послѣ второго сеанса больная также быстро и хорошо оправилась. Матка черезъ нѣсколько дней послѣ операціи найдена въ состояніи перегиба кпереди 2-ой степени. Зондъ вошелъ на 2"7". Подвижность матки немного ограничена. Обѣ губы зѣва одинаковой длины, поверхность ихъ слегка шероховата. На мѣстѣ отщемленія опухоли оставалось незначительное изъязвленіе, съ которымъ больная 5-го апрѣля выписалась изъ клиники.

Въ срединѣ іюня того же года на задней губѣ зѣва констатировано начало рецидива въ формѣ небольшихъ сосочковыхъ разращеній. Съ этого времени новообразованіе стало быстро расти и вскорѣ заняло всю лѣвую подвздошную область. Больная залихорадила. Сентября 1-го она вновь поступила въ клинику. Общее состояніе больной съ каждымъ днемъ ухудшалось: появилась общая слабость, бессонница, отсутствіе аппетита, запоры, боли въ нижней части живота и ремиттирующаго типа лихорадка, доходившая до 39,7°. Сентября 29-го, проф. *Крассовскимъ* подъ хлороформомъ приступлено было къ оперативному удаленію той части опухоли, которая вдавалась въ полость влагалища. Цѣпь экразёра наложена сразу на все основаніе опухоли. Влагалищная часть матки отдѣлена, вмѣстѣ съ опухолью, какъ разъ на уровнѣ сводовъ. По удаленіи главной массы новообразованія, замѣчено въ полости влагалища

еще нѣсколько гроздевидныхъ новообразованій, исходящихъ изъ стѣнокъ рукава. По удаленіи ихъ, въ верхнемъ отдѣлѣ влагалища прощупывалось кругловатое отверстіе, болѣе одного дюйма въ діаметрѣ, ведущее въ обширную полость, выполненную мягкими массами новообразованія. Полость эта, какъ оказалось изъ протокола вскрытія, помѣщалась въ толщѣ лѣвой широкой связки.

Послѣ операциі больная прожила всего лишь нѣсколько часовъ—въ 4 часа утра, 30-го сентября, она умерла.

Въ *протоколъ вскрытія* (№ 247) отмѣчено слѣдующее: „Въ брюшной полости—жидкій, кровянистый экссудатъ. Большой сальникъ гиперемированъ, съ эктравазатами. Мочевой пузырь дряблъ, слизистая оболочка его блѣдна. Въ лѣвомъ сводѣ влагалища, кзади, замѣчается отверстіе въ $1\frac{1}{2}$ ” въ поперечникѣ, по краямъ котораго висятъ рыхлыя, гроздевидныя опухоли. Влагалищная часть матки ампутирована. Тѣло матки, съ остальною частію шейки, равняется 2 дюймамъ. Мускулатура и слизистая оболочка матки блѣдны. Брюшина нѣсколько утолщена и имбибирована кровью. Со стороны брюшины, въ задней части лѣвой широкой связки, замѣчаются два отверстія; изъ нихъ одно—круглое, съ гладкими краями, около $1\frac{1}{2}$ см. въ поперечникѣ, другое—болѣе широкое. Оба эти отверстія выполнены мягкими, мозговидными массами, идущими со стороны лѣваго свода. При выниманіи (изъ трупа) половыхъ органовъ, массы эти совершенно выпали, вслѣдствіе чего и образовалось одно изъ упомянутыхъ отверстій (въ сводѣ). На поверхности опухоли, обращенной въ полость брюшины, находится рыхлый кровяной сгустокъ. Съ лѣвой стороны, около тазовыхъ костей, помѣщаются 2 мягкіе узла бѣлаго цвѣта, повидимому—перерожденныя лимфатическія железы“. Въ прочихъ органахъ ничего особеннаго, кромѣ малокровія, не найдено. Лѣвая почечная лоханка растянута.

Далѣе авторъ описываетъ спиртовой препаратъ всей половой системы, сохраненный при кабинетѣ академической гинекологической клиники. „Гроздевидныя массы новообразованія сидятъ не только по всей окружности отверстія въ лѣвомъ сводѣ, но также, только въ меньшемъ количествѣ, и въ другихъ мѣстахъ на стѣнкѣ верхней трети влагалища. Матка совершенно правильной формы, какъ у нерожавшей. Слизистая оболочка какъ полости, такъ и шейки матки—безъ всякихъ видимыхъ измѣненій. Правая широкая связка, соотвѣтственная труба и яичникъ нормальны. Лѣвая широкая связка весьма значительно увеличена, между листками ея имѣется обширная полость. Вотъ размѣры ея:

поперечный	6,8 см.
вертикальный	8,4 „
передне-задній	3,8 „
длина лѣвой Фаллоп. трубы	11,7 „
„ правой „ „	8,0 „

Стѣнки упомянутой полости неровны и мѣстами покрыты гроздевидными массами. На нижней поверхности дна означенной полости имѣется круглый, мозговид-

ный узелъ, величиною въ 2 грецкіе орѣха. По всей вѣроятности, это одинъ изъ тѣхъ 2-хъ узловъ, о которыхъ упомянуто въ протоколѣ. — Между заднимъ листкомъ лѣвой широкой связки и прямою кишкою замѣчается нѣсколько старыхъ, ложно-перепончатыхъ перемычекъ.

Описаніе опухоли. Всѣ всѣхъ частей опухоли, удаленныхъ въ 1-й сеансъ простирался до 90 грм.; остальная часть новообразованія, удаленная во 2-й сеансъ, вѣсила 122,5 грм. и представляла, какъ это видно изъ протокола, составленнаго мною черезъ 2—3 часа послѣ операціи, слѣдующую макроскопическую картину: всѣхъ отдѣльныхъ кусковъ опухоли (въ томъ числѣ многихъ, оставшихся отъ 1-го сеанса) можно насчитать до 60. Наибольшій отдѣлъ, служившій основаніемъ для всей опухоли, представляется въ видѣ кругловатой лепешки, около 6 см. въ діаметрѣ, $2\frac{1}{2}$ ст. толщины, вѣсомъ 32 грм., цвѣта бѣлесоватаго, консистенціи мозговиднаго рака. На верхней поверхности опухоли замѣчается шероховатость, соответствующая мѣсту отщепленія опухоли экразѣромъ. Нижняя и боковыя поверхности неглубокими бороздами раздѣлены на лопасти различной величины. Въ разрѣзѣ опухоль представляется, какъ и снаружи, мозговидною и раздѣлена на участки системою различной толщины перегородокъ, или жилокъ, пересѣкающихся между собою на подобіе сѣти. По периферіи главной массы опухоли замѣчаются отдѣльныя, меньшія, кругловатыя опухоли болѣе мягкой, почти студенистой консистенціи, въ разрѣзѣ живо напоминающія ткань пупочнаго канатика и тоже раздѣленныя системою перегородочекъ на меньшіе участки. Прочія части новообразованія представляются или въ видѣ отдѣльныхъ кругловатыхъ и яйцевидныхъ массъ, величиною отъ горошины до грецкаго орѣха, или въ формѣ гроздевидныхъ конгломератовъ подобныхъ массъ, состоящихъ изъ 2—5 отдѣльныхъ опухолей, соединенныхъ между собою тонкими ножками. Въ разрѣзѣ ткань различныхъ отдѣловъ представляется неодинаковою, варьируя между двумя описанными формами—мозговидною и сту-

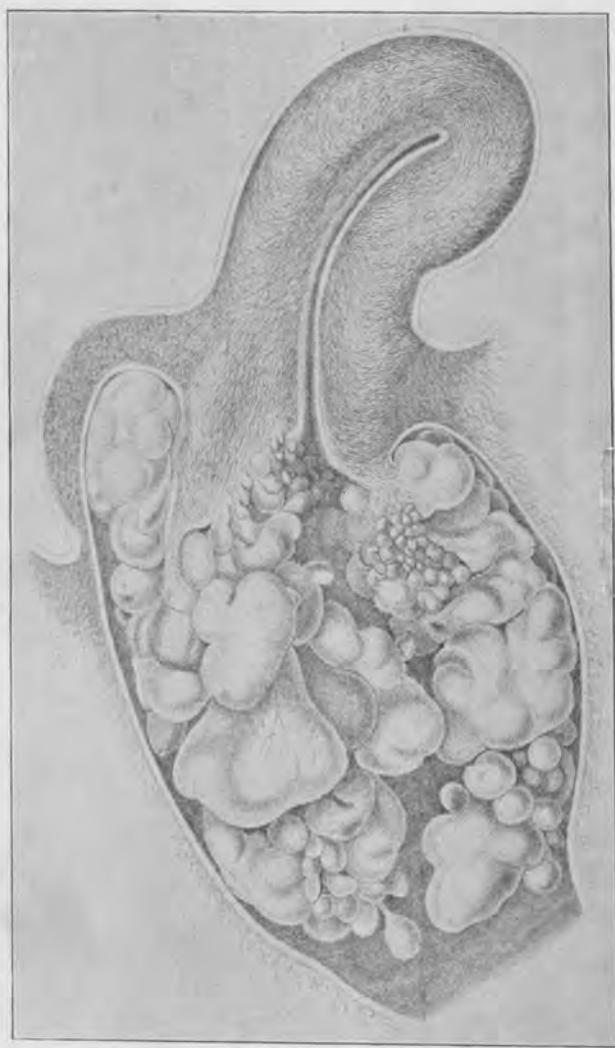


Рис. 1. *Myxoma enchondromatodes uteri arborescens*. Шематическое изображеніе всей опухоли, вмѣстѣ съ маткою и влагалищемъ, in situ. Сагитальный разрѣзъ. Рис. д-ръ Лабенскій.

денистою. Чѣмъ мельче отдѣльный участокъ, тѣмъ болѣе мягкимъ, студенистымъ представляется онъ въ разрѣзѣ, и наоборотъ. Цвѣтъ бѣлесоватый, отливающий мѣстами зеленоватымъ оттѣнкомъ, мѣстами желтоватымъ. На поверхности разрѣзовъ опухоли можно различить простымъ глазомъ значительное количество кровеносныхъ сосудовъ.

Рецидивировавшая масса опухоли, удаленная въ сентябрѣ, видна довольно хорошо на препаратѣ. Главную часть его, вѣсомъ 100 грм., составляетъ значительно увеличенная ампутированная влагалищная часть матки, пронизанная расширеннымъ каналомъ шейки. Верхняя поверхность представляетъ шероховатость, соотвѣтствующую мѣсту наложенія экразёра, нижняя и частію боковыя поверхности служатъ мѣстомъ происхожденія большого числа гроздевидныхъ разращеній, окружающихъ по всей периферіи отверстіе наружнаго зѣва. Остальная часть удаленнаго новообразованія представляется въ формѣ отдѣльныхъ участковъ, отчасти открученныхъ отъ главной массы, отчасти произвольно отдѣлившихся отъ нея при операци. Большіе участки, величиною до грецкаго орѣха, раздѣлены, въ свою очередь, или на лопасти, походя вслѣдствіе этого на цвѣтную капусту, или имѣютъ гроздевидную форму. Вообще, какъ это видно изъ описанія свѣжаго препарата, рецидивъ представляетъ почти полное повтореніе всѣхъ особенностей, констатированныхъ въ первичной опухоли, съ тою только разницею, что нѣкоторые участки опухоли представляются гангреносцированными, а въ другихъ прощупываются зерна хрящевой консистенціи, величиною въ горошину и даже нѣсколько болѣе.

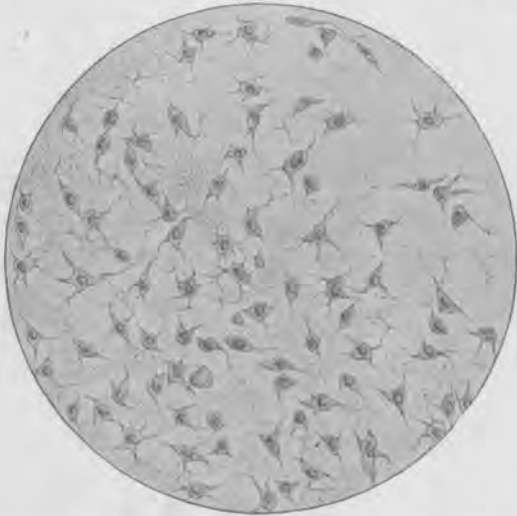


Рис. 2. Слизистая ткань. Микроскопическій срѣзь, приготовленный изъ отдѣльной мелкой опухоли, которая въ разрѣзѣ, по внѣшнему виду и по консистенціи, походитъ на Вартонову слизь. Клѣтки частію веретенообразныя, частію звѣздчатыя, съ многочисленными, анастомозирующими отростками. Межклѣтчатое вещество мѣстами прозрачное, мѣстами болѣе или менѣе зернисто. (*Mухота hyalinum Вирхова*). Рис. д-ръ Патенко.

Для *микроскопическаго* изслѣдованія, главнымъ образомъ, были употреблены спиртовые препараты; часть послѣднихъ обрабатывалась для изслѣдованія пикриновою кислотою и гумми-арабикомъ, по способу *Ранвье*. Для окрашиванія препаратовъ употреблялся пикрокарминъ, нейтральный карминъ и гематоксилинъ.

Какъ опухоль, такъ и метастатическій узелъ ея состоятъ изъ клѣтокъ, раздѣленныхъ между собою то большимъ, то меньшимъ, количествомъ промежуточнаго вещества. Клѣтки варьируютъ, въ различныхъ частяхъ новообразованія, по величинѣ и по формѣ. Мѣстами онѣ не больше бѣлыхъ кровяныхъ тѣлъ, мѣстами значительно крупнѣе. Форма клѣтокъ большею частію круглая или овальная, рѣже веретенообразная, неправильная, или, наконецъ, звѣздчатая съ многочисленными, анастомозирующими отростками, какъ въ слизистой ткани. (См. рис. 2). Встрѣчаются и переходныя формы между

всѣми описанными, на примѣръ, круглые или овальные элементы съ маленькими отрост-

ками. Круглыя и овальныя клѣтки наблюдаются преимущественно въ мозговидныхъ отдѣлахъ опухоли, веретенообразныя и звѣздчатыя—въ тѣхъ участкахъ новообразованія, которыя походятъ макроскопически на Вартонову студень. Протоплазма клѣтокъ мутна, мало зерниста, иногда блестяща, окрашивается большею частію плохо. Ядра и ядрышко на большинствѣ препаратовъ можно видѣть довольно отчетливо.

Промежуточное вещество тоже не вездѣ одинаково и большею частію представляетъ ясныя слѣды дѣйствія спирта. На нѣкоторыхъ препаратахъ, а иногда въ нѣкоторыхъ мѣстахъ одного и того же препарата, можно видѣть весьма нѣжное, совершенно прозрачное (гіалиновое) промежуточное вещество; въ прочихъ мѣстахъ опухоли оно болѣе или менѣе зернисто, мутно. Иногда зернистость располагается въ формѣ пересѣкающихся нитей, совершенно на подобіе того, какъ выпадаетъ изъ слизистой ткани муцинъ, при дѣйствіи алкоголя. Кромѣ описаннаго, безформеннаго промежуточнаго вещества, на многихъ препаратахъ, въ особенности взятыхъ изъ слизистой части новообразованія, можно видѣть фиброзныя волокна и волоконца. Пересѣкаясь между собою въ формѣ сѣти, волокна эти образуютъ какъ бы скелетъ новообразованія, подобно тому, какъ мы имѣемъ это въ пупочномъ канатикѣ. Мѣстами сплюсненныя и веретенообразныя отростчатыя клѣтки прилѣплены къ этимъ волокнамъ, какъ это видѣлъ *Renault* въ Вартоновой слизи пуповины. Въ петляхъ, образуемыхъ пересѣченіемъ описанныхъ волоконъ, нерѣдко можно видѣть одно или нѣсколько бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Количественное отношеніе клѣтокъ къ промежуточному веществу чрезвычайно непостоянно. Въ однихъ участкахъ (мозговидныхъ) клѣтки расположены такъ тѣсно, что межклѣтчатого вещества почти не видно. Наоборотъ, въ слизистыхъ отдѣлахъ опухоли оно замѣчается въ значительномъ изобиліи.

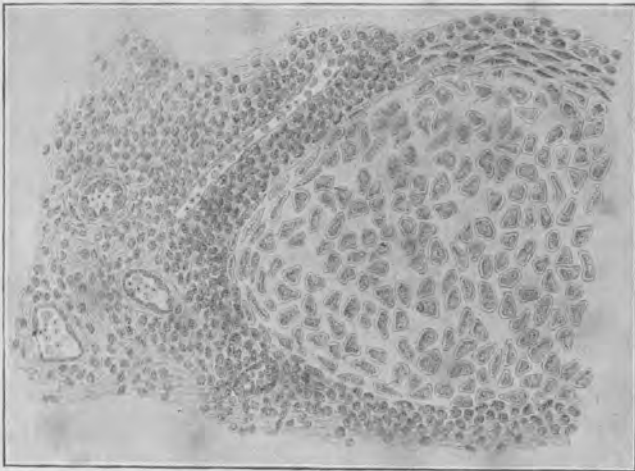
Опухоль весьма богата сосудами, эндотелій которыхъ представляется большею частію набухшимъ.

Вся поверхность опухоли, обращенная въ полость влагалища, покрыта сплошнымъ многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ.

Мѣсто развитія опухоли изъ влагалищной части матки даетъ подъ микроскопомъ слѣдующую картину: мѣсто, гдѣ произведена ампутація, представляетъ совершенно нормальное строеніе; далѣе книзу замѣчается инфильтрація круглыми элементами, сначала появляющимися одиночно, а затѣмъ, по мѣрѣ приближенія къ опухоли, все въ большемъ и большемъ количествѣ. Между клѣтками сначала видны нормальные мышечные элементы, а затѣмъ, по мѣрѣ приближенія къ концу грануляціоннаго пояса, они постепенно вытѣсняются вышеописаннымъ межклѣтчатымъ веществомъ.

Въ различныхъ частяхъ новообразованія, между прочимъ по краямъ отверстія въ лѣвомъ сводѣ, встрѣчаются кругловатые узлы, рѣзко отличающіеся, по своему строенію, отъ окружающей ткани. Овальныя и угловатыя, часто дѣлящіеся на 2 и 4 части, съ однимъ или нѣсколькими ядрами, съ плохо окрашивающеюся протоплазмой,

двух-контурныя клітки, и сильно преломляющее свѣтъ, гомогенное промежуточное вещество представляютъ характерную картину строения гіалиноваго хряща, примѣсь



Рисун. 3. Хрящевая ткань. Микроскопическій срѣзь проведенъ черезъ половину маленькаго, кругловаго островка, представляющаго характерную картину строения гіалиноваго хряща. Хрящевая ткань вездѣ рѣзко отграничена отъ прилежащаго грануляціоннаго слоя. За грануляціоннымъ поясомъ, далѣе влѣво, можно видѣть овальные и круглые элементы, раздѣленные большимъ или меньшимъ количествомъ межклеточнаго вещества (Мухома cellulare *Вирхова*). Здѣсь же проходятъ нѣсколько капилляровъ, съ набухшимъ эндотелиемъ. Рис. д-ръ Патенко.

описанной опухоли должно допустить присутствіе двухъ формъ миксомы: клеточковой (мухома cellulare) и гіалиновой (мухома hyalinum).

Въ концѣ статьи помѣщено полемическое добавленіе, въ которомъ авторъ приводитъ доказательства вѣрности своего анатомическаго діагноза опухоли, оспариваемаго *Штигельбергомъ*.

котораго въ опухоли можно было констатировать и макроскопически. (См. рисунокъ 3). Зерна хрящевой ткани какъ бы вкраплены въ основную ткань опухоли и попадаютъ довольно рѣдко. Между собою, въ различныхъ частяхъ опухоли, они различаются лишь величиною клеточныхъ элементовъ, варьирующей въ весьма большихъ предѣлахъ. Нерѣдко попадаютъ и переходныя формы отъ описанной ткани новообразованія къ хрящу“.

Точное научное названіе даннаго сложнаго злокачественнаго новообразованія будетъ: *мухома enchondromatodes papillare s. arborescens*. Характерныя свойства промежуточнаго вещества и присутствіе отростчатыхъ, анастомозирующихъ клетокъ, столь характерныхъ для слизистой ткани, дѣлаютъ смѣшеніе этой опухоли съ родственной ей саркомой невозможнымъ. По терминологіи *Вирхова*, въ



IV. Исторія зародышеваго развитія молочной железы.

-
11. **G. Rein.**—Untersuchungen über die embryonale Entwicklungsgeschichte der Milchdrüse, I, Archiv für mikroskop. Anatomie 1882, Bd. XX.
 12. **G. Rein.**—Untersuchungen über die embryonale Entwicklungsgeschichte der Milchdrüse, II, Ibid. Bd. XXI и
 13. **Его-же.**—Исторія зародышеваго развитія молочной железы. Мед. Вѣст. 1882. (*Последняя статья есть ауторезфератъ предшествовавшихъ двухъ работъ, почему и перепечатывается здѣсь цѣликомъ*).

Объ работы произведены въ Анатомич. Институтъ проф. Вальдейера въ Страсбургѣ.

Существующія описанія исторіи развитія молочной железы *А. Купера*¹⁾, *Кёлликера*²⁾, *Лангера*³⁾, *Гусса*⁴⁾, *Гегенбаура*⁵⁾, и др. представляютъ много открытыхъ вопросовъ. Особенно мало извѣстны раннія стадіи развитія.

Предлагаемое изслѣдованіе представляетъ попытку дать полное описаніе зародышеваго развитія молочной железы на возможно богатомъ матеріалѣ. Главнымъ объектомъ изслѣдованія послужили зародыши кролика, которыми я располагалъ въ изо-

¹⁾ *A. Cooper.* On the Anatomy of the Breast. London, 1840.

²⁾ *A. Kölliker.* Mittheil. der Züricher Nat. Ges. 1850. № 41. S. 23.

Его-же. Mikroskopische Anatomie. Bd. II.

Его-же. Entwicklungsgeschichte II Aufl. 1879. Bd. II.

³⁾ *C. Langer.* Ueber den Bau und die Entwicklung. der Milchdrüse bei beiden Geschlechtern. Denkschriften der Wiener Akademie der Wissenschaften. Bd. III. Lief. 2. 1851.

⁴⁾ *M. Huss.* Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Milchdrüse. Jenaische Zeitschrift Bd. VII. 1873. S. 176.

⁵⁾ *Gegenbaur.* Bemerkungen über die Milchdrüsenpapillen der Säugethiere, ibidem S. 204.

Его-же. Zur genaueren Kenntniss der Zitzen der Säugethiere, Morphol. Jahrb. B. I. 1876.

Его-же. Grundriss der vergleichenden Anatomie. II Aufl. 1878.

били, далѣе—зародыши человѣка, жвачныхъ животныхъ, лошади, свиньи, морской свинки и нѣкоторыхъ другихъ животныхъ.

Поверхностное расположеніе молочной железы дѣлаетъ ее матеріаломъ въ высшей степени пригоднымъ и благодарнымъ для эмбриологическихъ изслѣдованій. Едва-ли есть другой органъ въ тѣлѣ, развитіе котораго удастся прослѣдить во всѣхъ фазахъ съ такою ясностію и точностью, какъ это имѣетъ мѣсто для молочной железы. Быть можетъ не одинъ изъ общихъ вопросовъ эмбриологии найдетъ въ послѣдствіи свое разрѣшеніе на названномъ органѣ, точно также какъ и разработка нѣкоторыхъ вопросовъ физиологии железистыхъ органовъ, быть можетъ, сдѣлаетъ новые успѣхи, когда молочная железа будетъ чаще избираться объектомъ для физиологическихъ изслѣдованій.

Подробная сравнительно-анатомическая разработка предмета была предпринята мною, главнымъ образомъ, вслѣдствіе высокаго общепіологическаго интереса, возбужденнаго прекрасными работами *Гусса* и *Гегенбаура*. *Гегенбауръ* (l. c.), на основаніи своего остроумнаго ученія объ отсутствіи гомологіи въ устройствѣ молочной железы у различныхъ животныхъ, напр., у человѣка и у жвачныхъ, даетъ, какъ извѣстно, гипотезу о происхожденіи всѣхъ млекопитающихъ двумя, тремя колѣнами отъ сумчатыхъ. Повѣрка ученія *Гегенбаура*, пока всѣми принятаго, представлялась уже давно необходимостью.

Примѣненный мною методъ состоялъ въ изслѣдованіи подъ микроскопомъ срѣзовъ черезъ зачатки железы, уплотненные въ Миллеровской жидкости и въ спиртѣ, осьміевою кислотѣ, въ Клейнгенберговской сѣрно-пикриновой кислотѣ и др. Срѣзы окрашивались карминомъ *Билля*, пикрокарминомъ *Ранвие*, гематоксилиномъ и др.

Работа произведена въ Страсбургскомъ анатомическомъ институтѣ подъ руководствомъ проф. *Вальдейера*.

Вотъ главнѣйшіе результаты изслѣдованія:

1. Молочная железа появляется въ очень раннемъ періодѣ зародышевой жизни. Начало ея развитія совпадаетъ, большею частью, съ закрытіемъ жаберныхъ щелей. У человѣка зачатокъ молочной железы замѣчается уже на второмъ мѣсяцѣ внутриутробной жизни.

2. Первоначально появляется только зачатокъ эпителія будущей железы—*первичный эпителіальный зачатокъ*. Онъ происходитъ путемъ мѣстнаго размноженія цилиндрическихъ клѣтокъ зародышевой кожицы (epidermis).

3. Первичный эпителіальный зачатокъ сначала возвышается надъ поверхностью кожицы въ видѣ холмика, а затѣмъ вросаетъ въ глубь зародышевой кожи (cutis), принимая постепенно слѣдующія формы: чечевицеобразную, цилиндрическую и колбовидную.

4. Вторую главную составную часть будущей железы развиваетъ ткань *соска*, въ формѣ полу-луннаго пояса, ограничивающаго снизу и съ боковъ первичный эпителіальный зачатокъ (*сосковый поясъ*).

5. Источникомъ для развитія *соскового пояса* служатъ клѣтки зародышевой соединительной ткани будущей кожи (cutis). Между ними рано появляются элементы гладкой мышечной ткани.

6. *Сосковое возвышеніе* происходитъ путемъ разрощенія соединительной ткани кожи, образующей основаніе зачатка железы. У однихъ животныхъ сосковое возвышеніе замѣчается очень рано (жвачныя, свинья, лошадь и др.), у другихъ нерѣдко только въ концѣ зародышевой жизни (человѣкъ, кроликъ). Сосковый поясъ занимаетъ сначала только центральную часть соскового возвышенія.

7. Первичный эпителиальный зачатокъ, проникнувъ на извѣстную глубину въ кожу, даетъ одинъ (жвачныя, murina) или нѣсколько отпрысковъ (человѣкъ, кроликъ и др.),— *вторичные эпителиальные зачатки*.

8. Въ этомъ періодѣ развитія железы образуется ея третья главная составная часть—*строма*. Она представляется сначала въ видѣ неправильнаго полу-луннаго пояса, концентрическаго съ сосковымъ поясомъ. Источникомъ ея развитія служатъ такъ же, какъ и для соскового пояса—элементы соединительной ткани кожи (cutis).

9. Вслѣдъ за тѣмъ первичный эпителиальный зачатокъ подвергается роговой метаморфозѣ и постепенно исчезаетъ. У новорожденныхъ можно еще констатировать его присутствіе. У взрослыхъ остаются лишь слѣды его въ формѣ незначительныхъ воронкообразныхъ углубленій на вершинѣ соска. Углубленія эти соотвѣтствуютъ *устьямъ* выводныхъ протоковъ железы, выстланнымъ, какъ извѣстно, ороговѣвшимъ эпителиемъ,

10. Вторичные эпителиальные зачатки, наоборотъ, увеличиваются въ размѣрахъ, вытягиваясь въ формѣ длинныхъ, цилиндрическихъ отростковъ. Отростки вскорѣ получаютъ просвѣтъ и вѣтвятся. Въ концѣ зародышевой жизни въ каждомъ изъ нихъ можно различить, кромѣ упомянутаго короткаго устья, слѣдующіе три отдѣла: *выводной протокъ* (ductus excretorius), *молочную пазуху* (sinus lacteus) и *молочные протоки* (ducti lactei). Изъ стѣнокъ болѣе мелкихъ молочныхъ протоковъ развиваются, путемъ выпячиванія, молочные дольки (acini.)

11. У человѣческихъ плодовъ обоего пола, при появленіи на свѣтъ, всѣ главныя составныя части молочной железы готовы, и железа можетъ отдѣлять настоящее молоко.

12. Описанному общему плану слѣдуетъ, при своемъ развитіи, молочная железа у всѣхъ изслѣдованныхъ мною въ этомъ направленіи животныхъ, принадлежащихъ къ отрядамъ: Primates, Insectivora, Carnivora, Ungulata, Glyres и Dydelphida.

13. Ученіе *Гегенбаура* о двухъ основныхъ типахъ развитія молочной железы не подтверждается.

14. Эпителиальныя части молочной железы развиваются изъ эпибласта, соединительнотканная изъ мезобласта (противъ *Creighton* ¹⁾, *Talma* ²⁾ и др.).

¹⁾ *Creighton*, Contribution to the physiology and pathology of the breast. London, 1878.

²⁾ Arch. f. mikrosk. Anat. B. XX, p. 145.

15. Такъ называемыя Монгомеровы тѣльца должны быть отнесены, по исторіи развитія, къ зачаточнымъ молочнымъ железамъ.

16. Молочная железа, по общему ходу своего развитія у зародыша, должна быть разсматриваема не какъ видоизмѣненная сальная или потовая железа, но какъ *organъ sui generis*.

Въ поясненіе изложеннаго, прилагаются, при первой сотнѣ настоящаго изданія, 39 рисунковъ, снятыхъ съ микроскопическихъ препаратовъ автора рисовальщикомъ при Страсбургскомъ университетѣ г. *Wittmaack*'омъ (Оттиски изъ Arch. f. mikroskop. Anat. В. XX). Остальные рис. см. въ Arch. f. mikrosk. Anat. В. XXI, а также въ текстѣ нѣмецкаго оригинала.



V. О созрѣваніи и оплодотвореніи яйца млекопитающихъ.

14. **G. Rein.**—Beiträge zur Kenntniss der Reifungserscheinungen und Befruchtungsvorgänge am Säugethiere. Archiv für mikroskop. Anatomie 1883, Bd. XXII. *Изъ Анатомическаго Института проф. Вальдейера въ Страсбургъ.*
15. **Его-же.**—О созрѣваніи и оплодотвореніи яйца млекопитающихъ. *Ауторефератъ предшествующей работы, помѣщенный авторомъ въ Мед. Вѣст. 1882 года.*

Весьма существенныя приобрѣтенія по вопросу о созрѣваніи и оплодотвореніи яйца млекопитающихъ сдѣланы, какъ извѣстно, еще въ первой половинѣ текущаго столѣтія *Бэрмъ*¹⁾, *Барри*²⁾, *Костомъ*³⁾, и въ особенности ветераномъ эмбриологіи *Бишоффа*⁴⁾. Классическія работы *Бишофа* о первыхъ стадіяхъ развитія собаки и кролика до сихъ поръ не перестаютъ служить предметомъ удивленія для работающихъ въ этомъ направленіи. Изъ послѣдующихъ работъ надъ оплодотвореніемъ у млекопитающихъ двѣ наиболѣе замѣчательныя принадлежатъ *Вейлю*⁵⁾ и *Гензену*⁶⁾.

Въ новѣйшее время переворотъ, произведенный въ ученіи о созрѣваніи и оплодотвореніи яйца замѣчательными изслѣдованіями *Ауэрбаха*⁷⁾, *Бючли*⁸⁾, *Страсбургера*⁹⁾,

¹⁾ *K. E. von Baer.* Epistola de ovi mammalium et hominis genesi. 1827.

²⁾ *Barry.* Researches of embryology. Philosoph. Trans. 1838, 1839, 1840.

³⁾ *Coste.* Histoire générale et particulière du développement des corps organisés. 1847.

⁴⁾ *T. v. Bischoff.* Entwicklungsgeschichte des Kanincheneies. 1842.

„ Entwicklungsgeschichte des Hundeeies. 1845.

„ Entwicklungsgeschichte des Meerschweinchens. 1852.

„ Entwicklungsgeschichte des Rehes. 1854 и др.

⁵⁾ *Weil.* Wiener medic. Jahrbücher. 1878, I.

⁶⁾ *Hensen.* Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgeschichte. 1876, p. 213.

⁷⁾ *Auerbach.* Organologische Studien. Н. I и Н. II, 1874.

⁸⁾ *Bütschli.* Studien über die ersten Entwicklungsvorg. der Eizelle etc. 1876.

⁹⁾ *Strassburger.* Ueber Zellbildung und Zelltheilung. II. Auflage.

*О. Гертвига*¹⁾, *ванъ Бенедена*²⁾, *Фоля*³⁾, *Зеленка*⁴⁾, и др. надъ низшими животными, не можетъ остаться безъ вліянія и на наши представленія объ этихъ же процессахъ у млекопитающихъ.

Спрашивается, происходитъ ли и здѣсь, при созрѣваніи и оплодотвореніи яйца, тотъ же рядъ весьма сложныхъ процессовъ, открытіе которыхъ принадлежитъ къ наиболѣе блестящимъ пріобрѣтеніямъ біологическихъ наукъ за послѣднее десятилѣтіе? Удастся ли и здѣсь прослѣдить съ точностію окончательную судьбу живчика, при встрѣчѣ его съ яйцомъ, и его роль въ образованіи новаго, зарождающагося организма?

Разрѣшеніе этихъ вопросовъ непосредственнымъ наблюденіемъ надъ яйцомъ млекопитающихъ представляется одной изъ весьма интересныхъ, но и нелегкихъ задачъ современной эмбриологіи.

Нѣсколько попытокъ въ этомъ направленіи уже сдѣлано. Кромѣ цитированной работы *ванъ Бенедена* (1875), остающейся, къ сожалѣнію, до сихъ поръ лишь въ формѣ предварительнаго сообщенія, безъ рисунковъ, мнѣ извѣстно еще одно изслѣдованіе въ этой области того же автора, въ сотрудничествѣ съ *Жюленомъ*⁵⁾ надъ летучими мышами. Кромѣ того, нѣкоторыя данныя относительно оплодотворенія у кролика встрѣчаются въ лекціяхъ *Бальбіани*⁶⁾, задавашаго себѣ трудъ провѣрить нѣкоторыя указанія *ванъ Бенедена*.

Въ нижеслѣдующемъ излагаются вкратцѣ результаты моихъ собственныхъ изслѣдованій, предпринятыхъ въ Страсбургскомъ анатомическомъ институтѣ. Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить благодарность директору института проф. *Вальдейеру*, за радушно предоставленныя мнѣ богатыя средства лабораторіи и за дружескую помощь при работѣ.

Объектомъ изслѣдованія были яйца кролика и морской свинки. Число всѣхъ животныхъ, подвергнутыхъ точному изслѣдованію, простиралось болѣе 50, и всѣ они наблюдались почти исключительно во время течки и въ первые 24 часа по совокупленіи. Не вдаваясь здѣсь въ изложеніе подробностей, скажу, что постановка наблюденія давала возможность дѣлать точныя отмѣтки въ протоколахъ опытовъ о времени наступленія течки и о совокупленіи—обстоятельство, имѣющее, какъ извѣстно, немало важное значеніе въ подобнаго рода изслѣдованіяхъ

¹⁾ *O. Hertwig*. Morphologische Jahrbücher. B. I, III, IX.

²⁾ *Van Beneden*. Bullet. de l'acad. roy. de Belg. 1875 и 1876.

³⁾ *Fol*. Mémoires de la soc. de physique et d'histoire naturelle de Genève. T. XXVI: 1877—79. (Въ этомъ капитальномъ трудѣ собрана весьма добросовѣстно вся литература вопроса).—На русскомъ языкѣ главнѣйшія, сюда относящіяся, данныя сопоставлены въ брошюрѣ *Геринга*. Оплодотвореніе и дробленіе животнаго яйца. СПБ. Переводъ подъ редакціею проф. *Э. К. Брандта*.

⁴⁾ *Selenka*. Zoologische Untersuchungen. Befruchtung der Eier von *Toxopneustes variegatus*. Leipzig, 1878.

⁵⁾ *Van Beneden et Julin*. Archives de biologie. I, p. 551.

⁶⁾ *Balbani*. La fécondation chez les vertébrés. Journ. de mikrographie. 1879—1881.

Вышло также отдѣльнымъ сочиненіемъ.

Два слова о методахъ изслѣдованія: извлеченныя изъ зрѣлыхъ Граафовыхъ пузырьковъ или отысканныя въ Фаллопиевыхъ трубахъ яйца быстро переносились подъ микроскопъ и наблюдались на согрѣвательномъ столикѣ. При этомъ принимались всѣ предосторожности, чтобы защитить препаратъ отъ давленія покровнымъ стекломъ. Для лучшаго достиженія этой цѣли часть наблюденій сдѣлана при помощи „компрессорія“ (Фоль¹⁾). Прибавочною жидкостью служила среда, въ которой находилось яйцо въ организмѣ, т. е. содержимое Граафова пузырька, или Фаллопиевой трубы.

При нѣкоторомъ навыкѣ удается, спустя 5—8 минутъ по вскрытіи брюшной полости животнаго, имѣть яйца, извлеченныя изъ трубы, уже подъ микроскопомъ и наблюдать ихъ въ несомнѣнно живомъ состояніи, съ ясными амѣбодными движеніями, въ теченіе нѣсколькихъ десятковъ минутъ до 2 часовъ.

Большая часть наблюденій произведена надъ живыми яйцами, которыя, тотчасъ же срисовывались при помощи камеры-клары. Сохраненіе этого рода препаратовъ, считавшееся еще нѣсколько лѣтъ тому назадъ совершенно невозможнымъ, иногда хорошо удается при помощи быстрого фиксированія осмиевою кислотою и послѣдовательной мацерации въ теченіи 2—3 дней въ Миллеровской жидкости, послѣ чего яйцо переносится сначала въ разведенный глицеринъ, постепенно усиливаемой крѣпости, а затѣмъ въ чистый глицеринъ (*ванъ Бенеденъ*).

Вотъ главнѣйшіе результаты моихъ изслѣдованій:

А. Созрѣваніе яйца.

I. На яйцѣхъ млекопитающихъ наблюдаются слѣдующія явленія созрѣванія (привожу ихъ приблизительно въ хронологическомъ порядкѣ):

1) Характерное превращеніе ближайшихъ къ яйцу клѣтокъ плодоваго холмика (*discus proligerus*) изъ кубическихъ въ веретенообразныя, вслѣдствіе чего яйцо является окруженнымъ такъ называемымъ лучистымъ вѣнцомъ (*corona radiata*). (См. рис. 4). Описываемое измѣненіе клѣтокъ плодоваго кружка облегчаетъ отдѣленіе зрѣлаго яичка отъ его почвы въ моментъ разрыва Граафова пузырька. Яичко оказывается какъ бы подвѣшеннымъ на цѣлой системѣ воло-

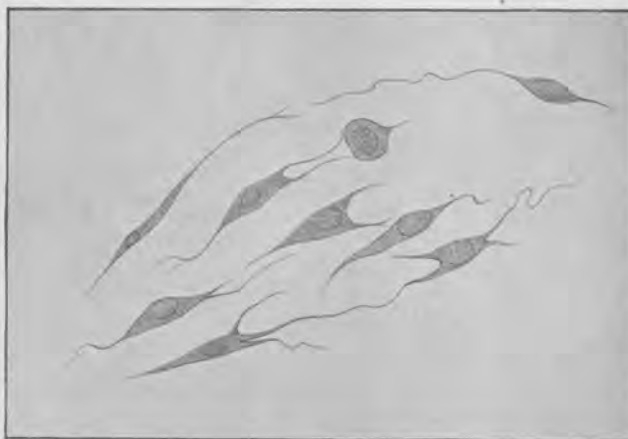


Рис. 4. Яичниковое яйцо кролика черезъ $10\frac{1}{2}$ ч. послѣ coitus'a. Превращенные элементы *discus proligerus*. Отдѣльныя клѣтки вытянуты въ длину и находятся въ связи другъ съ другомъ посредствомъ длинныхъ, мѣстами развѣтвленныхъ отростковъ. Препаратъ фиксированъ крѣпкой азотной кислотой и окрашенъ Гренахеровскимъ карминомъ. Hartn. ⁷/ш.

¹⁾ *Fol. Morphol. Jahrb. II. p. 440. 1876.*

концевъ или нитей. Волоконца эти легко разрываются въ моментъ выходения жидкости пузырька, и отдѣлившееся яичко, вмѣстѣ съ жидкостью, выбрасывается въ брюшную полость.

2) Перемѣщеніе зародышеваго пузырька изъ центра желтка къ периферіи.

3) Дѣленіе зародышеваго пятна.

4) Исчезновеніе зародышеваго пятна.

5) Исчезновеніе зародышеваго пузырька.

6) Сокращеніе желтка на одномъ изъ полюсовъ яйца. (См. рис. 6 и 7. Вслѣдствіе сокращенія желтка между его периферіей и внутреннею поверхностію прозрачной оболочки (*Zona pellucida*) образуется свободное пространство, извѣстное подъ именемъ околожелточного пространства).

7) Появленіе полюснаго или направляющаго тѣла (*Richtungskörperchen, globe polaire*). (См. на рис. 6—одно полюсное тѣло. На рис. 5 и 7—по два полюсныхъ тѣла. Одно изъ нихъ (рис. 7) большее, имѣетъ отростокъ, образовавшійся, вслѣдствіе амѣбодныхъ движеній полюснаго тѣла).

8) Амѣбодныя движенія желтка. (См. рис. 6 и 7. Контуръ желтка неправильны, вслѣдствіе амѣбодныхъ движеній протоплазмы).



Рис. 5. Яйцо кроличихи изъ Фаллопиевой трубы, спустя 14 час. послѣ *coitus'a*. Живчиковое ядро (s) и только что появившееся яйцевое ядро (e). Два направляющія тѣльца. Сокращенный желтокъ на одномъ полюсѣ. Нарисованы только немногіе изъ наблюдавшихся сперматозоидовъ. Желтокъ нарисованъ полусхематично. Сперматозоиды вышли на рисунокъ не ясно. Hartn. 7/III.

9) Появленіе въ желткѣ крупныхъ желточныхъ шаровъ.

10) Характерное распредѣленіе послѣднихъ неправильно разсѣянными кучками (пятнистый желтокъ *Бишофа*).

11) Такъ называемое *желточное ядро* (*Dotterkern, noveau de l'oeuf, Balbiani*).

II. Перечисленныя явленія созрѣванія яйца являются обыкновенно съ наступленіемъ течки, а нѣкоторыя изъ нихъ даже не ранѣе, какъ спустя нѣсколько часовъ по совокупленіи. Только периферическое положеніе зародышеваго пузырька, не рѣзко выраженный лучистый вѣнецъ и, можетъ быть, желточное ядро могутъ быть наблюдаемы и внѣ течки. Поэтому можно было бы назвать эти три явленія *относительными* признаками зрѣлости, въ противоположность остальнымъ перечисленнымъ явленіямъ, на которыя можно смотрѣть какъ на *абсолютные* признаки зрѣлости. По появленіи абсолютныхъ признаковъ зрѣлости яйцо покидаетъ очень скоро Граафовъ пузырекъ, часто черезъ нѣсколько минутъ. (Отъ совокупленія до разрыва зрѣлыхъ Граафовыхъ пузырьковъ проходило у кролика, въ моихъ наблюденіяхъ, обыкновенно $9\frac{1}{2}$ — $10\frac{1}{2}$ часовъ, у морской свинки 4—6 часовъ).

ными признаками зрѣлости, въ противоположность остальнымъ перечисленнымъ явленіямъ, на которыя можно смотрѣть какъ на абсолютные признаки зрѣлости. По появленіи абсолютныхъ признаковъ зрѣлости яйцо покидаетъ очень скоро Граафовъ пузырекъ, часто черезъ нѣсколько минутъ. (Отъ совокупленія до разрыва зрѣлыхъ Граафовыхъ пузырьковъ проходило у кролика, въ моихъ наблюденіяхъ, обыкновенно $9\frac{1}{2}$ — $10\frac{1}{2}$ часовъ, у морской свинки 4—6 часовъ).

III. Первое полюсное тѣло есть вышедшій изъ желтка видоизмѣненный зародышевый пузырекъ.

V. Оплодотвореніе.

По моимъ наблюденіямъ, слѣдуетъ принять слѣдующій ходъ оплодотворенія, (лучше—импрегнація, по *Гензену*) у животныхъ, служившихъ объектами наблюденій.

1) Первую треть трубы зрѣлое яйцо проходитъ безъ измѣненій, сохраняя во всей полнотѣ лучистый вѣнецъ. Лучистый вѣнецъ, увеличивая объемъ яйца, облегчаетъ этимъ его передвиженіе въ Фаллопиевой трубѣ, совершающееся вслѣдствіе перистальтическихъ сокращеній трубы.

2) Импрегнація совершается приблизительно около середины трубы.

3) При этомъ клѣтки лучистаго вѣнца частію уже отдѣлились. (Ср. рис. 6).

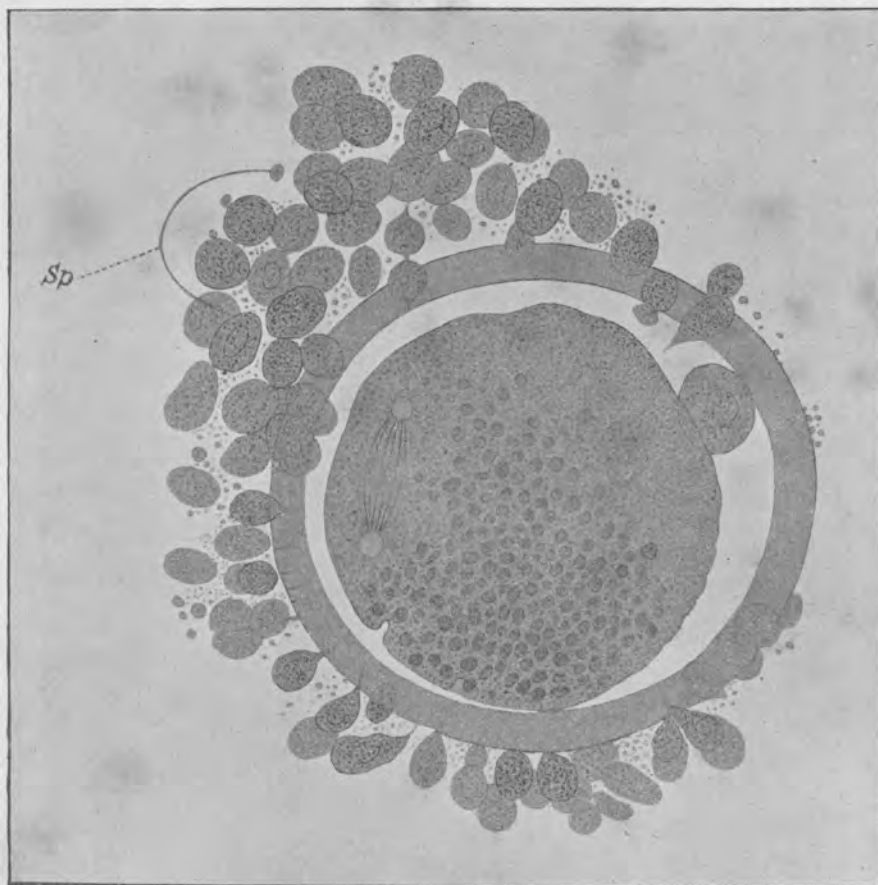


Рис. 6. Морская свинка. Трубное яйцо черезъ $13\frac{1}{4}$ часовъ послѣ coitus'a. Образование веретена при приближеніи живчиковаго ядра къ яйцевому. Sp. Сперматозоидъ. Яйцо окружено мѣстами клѣтками лучистаго вѣнца. Протоплазма (желтокъ) совершаетъ амѣбидныя движенія. Вслѣдствіе ея сокращенія образовалось подъ zona pellucida большое околожелточное пространство, въ которомъ видно одно полюсное тѣло. Въ желткѣ замѣчаются крупныя желтковые шары. Дифференцированіе желтка на питательный желтокъ—крупнозернистый—deutoplasma и образовательный—мелкозернистый—protoplasma. Осміева кислота и Мюллеровская жидкость. Hartn. ⁸/III.

4) Множество живчиковъ встрѣчаются съ яйцомъ,—до сотни у кролика (ср. рисунокъ 5); изъ нихъ многіе проникаютъ черезъ зону (*Zona pellucida*) въ околожелточное пространство (*espace périvitelline*).

5) Въ вещество желтка проникаетъ, по всей вѣроятности, какъ и у низшихъ животныхъ, только одинъ живчикъ.

6) Хвостъ проникнувшего живчика растворяется, головка же набухаетъ и образуетъ, въ соединеніи съ соприкасающимися частями желтка *живчиковое ядро* (*Spermatern, pronucleus mâle*; рис. 5, s).

7) *Яйцевое ядро* (*Eikern, pronucleus femelle*, рис. 5, e) образуется въ желткѣ еще раньше; можетъ быть, оно идентично съ желточнымъ ядромъ и существуетъ уже во время пребыванія яйца въ яичникѣ. По образованіи живчикового ядра яйцевое ядро приближается къ нему на встрѣчу. (См. рис. 5).



Рисун. 7. Яйцо морской свинки. 28—29 часовъ послѣ coitus'a. Соединеніе pronucleus'овъ. Два полюсныя тѣла, съ однимъ, едва замѣтнымъ, вакуольнымъ образованіемъ. Бѣльшее направляющее тѣльце имѣетъ амёбодныя отростокъ и кажется мелко зернистымъ, меньшее прозрачно (на рисункѣ оно слишкомъ зернисто). На поверхности желтка видны многочисленныя маленькіе зазубренныя выступы вслѣдствіе амёбодныхъ движеній. Протоплазма нарисована полусхематически. Рис. съ натуры проф. *Вальдейеръ*. Winckel. 7/III.

8) Въ свою очередь живчиковое ядро движется, но во всякомъ случаѣ медленнѣе яйцевого ядра, на встрѣчу къ послѣднему.

9) У морской свинки я видѣлъ при этомъ образованіе „веретена“ между ядрами. По всей вѣроятности, оно не отсутствуетъ и у кролика. (См. рис. 6).

10) Приблизившіяся другъ къ другу ядра совершаютъ оживленныя амёбодныя движенія.

11) Вслѣдъ за тѣмъ оба копулирующіяся, но еще неслившіяся ядра, движутся по направленію къ центру желтка.

12) Въ центрѣ яйца амёбодныя движенія продолжаютъ еще нѣкоторое время. Въ заключеніе, одно изъ ядеръ (яйцевое?) принимаетъ форму полумѣсяца и обнимаетъ другое ядро. (См. рис. 7). Весь желтокъ принимаетъ при этомъ лучистый видъ.

13) Далѣе, насколько можно заключить изъ аналогіи съ низшими животными, оба ядра сливаются между собою и образуютъ первое сегментаціонное дро, отъ котораго могутъ быть произведены ядра всѣхъ клѣтокъ, входящихъ въ составъ тѣла зародыша.

Къ нѣмецкому тексту приложены многочисленныя рисунки, снятыя съ натуры и иллюстрирующіе наблюденія автора.



VI. Къ физиологіи и фармакологіи матки.

16. **Г. Рейпъ.**—Искусственное кровообращеніе и графическій методъ въ примѣненіи къ экспериментальной фармакологіи и физиологіи матки. Труды Общества Русскихъ Врачей, СПб. 1883 г., вып. 2, и Медицинскій Вѣстникъ 1883 г., № 17. (Съ рис.).

Работа произведена въ Фармакологич. Институтъ проф. Шмидеберга въ Страсбургъ.

Современная методика экспериментальныхъ изслѣдованій надъ маткой страдаетъ большими неточностями, вслѣдствіе охлажденія брюшной полости во время опыта, механическихъ раздраженій, боли, испытываемой животнымъ, если экспериментъ производится безъ наркоза, и измѣненій въ кровяномъ давленіи. Авторъ, работая надъ вырѣзанною изъ тѣла животнаго маткою, усовершенствовалъ методику въ слѣдующихъ отношеніяхъ: 1) примѣнилъ графическій методъ при изслѣдованіяхъ, 2) поставилъ наблюдаемый объектъ во все время опыта въ условія одинаковой температуры, влажности и внѣ вліянія механическихъ, нежелательныхъ раздражителей, 3) изолировалъ его отъ тѣхъ нервныхъ приводовъ, вліяніе которыхъ было желательно устранить, 4) ставилъ матку во время опыта внѣ вліянія измѣненія условій кровяного давленія и 5) фармакологическіе препараты вводилъ непосредственно въ сосудистую систему матки. Для достиженія этой цѣли былъ устроенъ аппаратъ, состоящій изъ ящика съ двойными стѣнками, въ которомъ помѣщается объектъ, вырѣзанная матка, укрѣпленная булавками на пробковой пластинкѣ, обтянутой брюшной стѣнкой животнаго, брюшиною поверхностью кверху. Нагрѣтою водою, налитою между стѣнками ящика, поддерживается постоянная t^0 посредствомъ газовой горѣлки и особаго ртутнаго регулятора. Въ ящикъ наливаютъ немного воды, чтобы поддерживать извѣстную степень влажности воздуха, и затѣмъ закрываютъ его стеклянной пластинкой. Во второмъ ящикѣ, наполненномъ водою, нагрѣтою до t^0 тѣла, находятся два баллона,—одинъ съ нормальной кровью, другой—съ отравленной какимъ нибудь ядомъ, или съ какимъ либо лекарственнымъ веществомъ. При помощи системы трубокъ и крановъ, черезъ кровеносную систему матки можетъ быть пропускаема то отравленная кровь, то нормальная подъ извѣстнымъ давленіемъ, измѣряемымъ манометромъ. Для записыванія сокра-

щенной мускулатуры матки въ данную единицу времени, приспособленъ пишуцій приборъ, а для измѣренія количества вытекающей изъ венъ матки крови, въ данную единицу времени, поставленъ градуированный цилиндръ. (См. рис. 8).

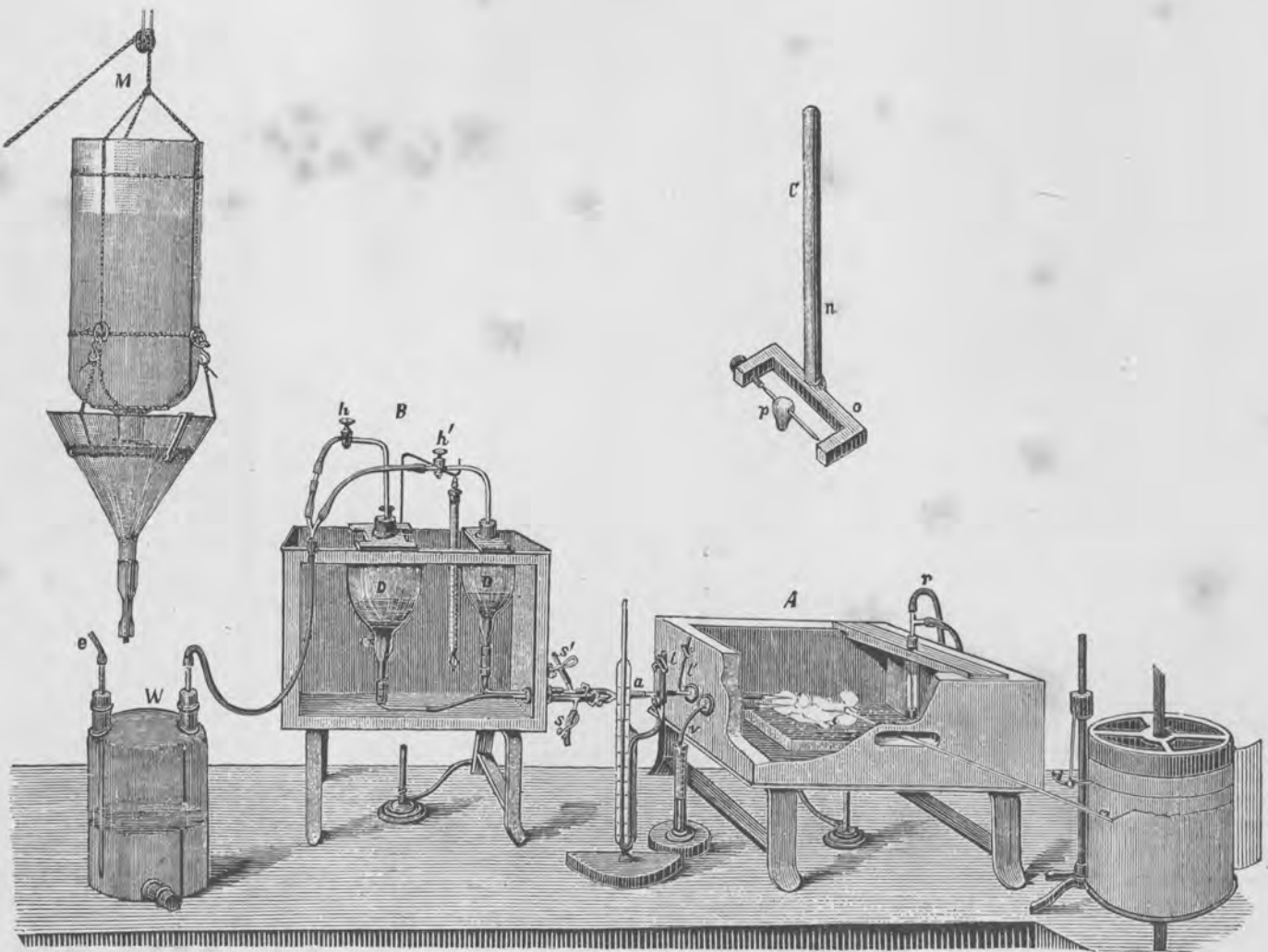


Рис. 8. А—жестяной ящикъ, съ двойными стѣнками, въ которомъ помѣщается наблюдаемый объектъ; *r*—ртутный регуляторъ для поддерживанія въ полости ящика постоянной температуры (38°C). В—ящикъ съ двумя стеклянными стѣнками, наполненный водою, нагреваемая постоянно до t° около $38,5^{\circ}\text{C}$. *D*—стеклянный балонъ съ нормальной кровью. *D'*—такой же, меньшій, балонъ съ кровью, отравленною тѣмъ или другимъ ядомъ; *a*—трубка, соединяющаяся съ канюлей, вставленной въ артерію матки, черезъ которую можно пропускать въ матку, по желанію, то нормальную кровь, то отравленную, не прерывая опыта. М—Мариоттовъ сосудъ, привѣшенный на блокъ къ потолку и соединяемый, при посредствѣ двугорлой Вульфовой стеклянки (*W*) и трубокъ съ кранами (*h* и *h'*), по желанію, то съ однимъ, то съ другимъ изъ балонновъ (*D* и *D'*). Измѣняя высоту подвѣшиванія Мариоттова сосуда, регулируютъ давленіе, подъ которымъ вводится кровь въ сосуды матки. С—рычагъ, записывающій сокращенія матки, состоящій изъ стержня—*n*, рамки—*o*, въ которой укрѣплена весьма подвижно тонкая, приотренная съ двухъ концовъ ось. Къ серединѣ оси неподвижно придѣлана полая мѣдная часть—*p*. *S* и *S'*—трубки съ зажимами для выпусканія содержимаго балонновъ *D* и *D'*; *l* и *l'*—трубки, служащія для удаленія случайно попавшихъ пузырьковъ воздуха; *v*—трубка, черезъ которую кровь изъ вены матки вытекаетъ въ подставленный градуированный цилиндръ.

При помощи вышеописаннаго аппарата были произведены нѣкоторыя наблюденія. Пропуская дефибрированную кровь черезъ кровеносную систему вырѣзанной матки овцы, можно иногда замѣтить, что органъ, оживая, начинаетъ производить ритмическія сокращенія, графическія изображенія которыхъ даютъ волны одинаковаго характера, но различной высоты. Этотъ фактъ даетъ автору основаніе полагать, что матка, на высотѣ половой дѣятельности, способна производить ритмическія сокращенія.

При пропусканіи крови, отравленной фѣзостигминомъ, волны дѣлаются болѣе короткими и высокими; подъ вліяніемъ препаратовъ спорыньи и новаго препарата *Коберта* (корнутаина) отдѣльныя волны исчезаютъ, и вся кривая, обратившаяся въ прямую линію, поднимается надъ абсциссою. Подобный же эффектъ даютъ наблюденія надъ кураризированными животными подъ вліяніемъ примѣненія теплоты и временной пріостановки дыханія.

При пропусканіи препарата *Коберта*, хинина, хлораль-гидрата, истеченіе крови изъ вены матки ускоряется, подъ вліяніемъ фѣзостигмина замедляется.

Желая выяснитъ зависимость ускоренія тока крови подъ вліяніемъ корнутаина *Коберта* отъ спинного мозга, авторъ произвелъ опытъ съ маткою, вырѣзанною вмѣстѣ съ задней половиною тѣла животнаго; при этомъ оказалось, что этотъ препаратъ ускоряетъ теченіе крови и по разрушеніи спинного мозга и даже на вырѣзанномъ рогѣ матки. Ускореніе тока крови было наблюдаемо и въ опытахъ надъ вырѣзанной почкой—органѣ мышечномъ, что заставляетъ предположить дѣйствіе корнутаина на нервы сосудовъ.



VII. Объ иннервации матки.

17. **Г. Е. Рейнъ.**—Объ иннервации матки. Врачъ, 1880 года. (*Пробная лекція на званіе приватъ-доцента*).
 18. **Его-же.**—Beitrag zur Lehre von der Innervation des Uterus. Pfügers Archiv 1880, Bd. XXIII.
Изъ лабораторіи проф. И. Р. Тарханова въ Медико-Хирургической Академіи.
 19. **G. Rein.**—Note sur le plexus nerveux fondamental de l'utérus. Bulletin de la Société de biologie. Séance du 4 mars 1882.
Изъ лабораторіи Ranvier въ Collège de France.
-

Въ работѣ *объ иннервации матки* (17), на основаніи подробнаго знакомства съ результатами предшествовавшихъ изслѣдованій, авторъ, въ своей лекціи, устанавливаетъ слѣдующую приблизительную схему иннервирующаго аппарата: а) центры въ головномъ и спинномъ мозгу, б) приводы и с) собственные узлы и сплетенія матки.

Въ головномъ мозгу центры помѣщаются въ корѣ большихъ полушарій, въ пользу чего говорятъ наблюденія, по которымъ сильныя психическія вліянія могутъ обусловить измѣненія характера родовыхъ сокращеній, или даже вызвать родовой актъ; въ продолговатомъ мозгу также существуютъ, несомнѣнно, центры, могущіе вызвать сокращенія матки, за что говорятъ опыты съ задушеніемъ животныхъ и съ непосредственнымъ раздраженіемъ электрическимъ токомъ извѣстныхъ частей продолговатаго мозга.

Въ спинномъ мозгу, особенно въ поясничной его части, большинство авторовъ признаетъ мѣсто нахождения центровъ сокращеній матки. На основаніи опытовъ *Schlesinger'a* съ раздраженіемъ сѣдалищнаго нерва, авторъ допускаетъ существованіе въ спинномъ мозгу центровъ рефлекторныхъ сокращеній матки.

Приводы матки состояются изъ сочувственныхъ и крестцовыхъ нервовъ. Въ сочувственныхъ нервахъ, главный стволъ которыхъ есть большое подчревное сплетеніе, заключаются двигательныя волокна матки, сосудосъуживающія, чувствительныя и, по

Frankenhäuser'у, задерживающія; въ сѣмennomъ сплетеніи—второй группы сочувственныхъ проводниковъ—содержатся и двигательные, и чувствительные нервы. Крестцовые нервы тоже смѣшанные, т. е. двигательные, чувствительные и сосудорасширяющіе.

Экспериментируя надъ животными въ лабораторіи проф. *И. Р. Тарханова*, авторъ взялъ на себя трудъ изученія не сокращеній матки, какъ это сдѣлано въ работахъ предшествовавшихъ изслѣдователей, а—процессовъ, участіе въ которыхъ составляетъ главнѣйшія отправленія матки, т. е. процессовъ зачатія, беременности и родовъ, въ зависимости отъ нервной системы. При этомъ авторъ примѣнялъ, вмѣсто обычно употреблявшагося метода раздраженія, способъ перерѣзки нервовъ, съ послѣдовательнымъ наблюденіемъ наступающихъ въ дѣятельности матки измѣненій, черезъ болѣе или менѣе значительные промежутки времени, по выздоровленіи животнаго. Въ первомъ рядѣ опытовъ вырѣзывались сочувственные нервы, во второмъ—крестцовые, въ третьемъ—тѣ и другіе; кромѣ того авторъ произвелъ рядъ опытовъ надъ удаленіемъ большихъ узловъ матки.

Сокращенія матки, конечно, составляютъ довольно удобный объектъ для физиологической работы, такъ какъ ихъ, въ большинствѣ случаевъ, нетрудно вызвать, при самой простой постановкѣ опыта, но вмѣстѣ съ тѣмъ это явленіе есть крайне ненадежное, зависящее отъ всевозможныхъ случайностей въ выборѣ животнаго, того или иного вида его, возраста, времени года, состоянія половой зрѣлости и т. д. Къ тому же мы, въ сущности, не знаемъ истиннаго смысла этого явленія. Насколько эти сокращенія имѣютъ близкія отношенія къ актамъ оплодотворенія, беременности и родовъ далеко еще не выяснено;—поэтому изслѣдовать сокращенія матки не все равно, что наблюдать, напримѣръ, сократительную дѣятельность сердечной мышцы, въ которой состоитъ вся функція этого органа.

Рѣшивъ приступить къ изученію иннерваціи матки путемъ метода перерѣзки приводовъ ея, авторъ даетъ подробное описаніе главнѣйшихъ анатомическихъ отношеній нервовъ матки у кролика, при чемъ руководствуется данными, имѣющимися, главнымъ образомъ, въ работахъ: *Kehrer*'а, *Frankenhäuser*'а и *Krause*, а также и собственными изслѣдованіями. Къ анатомическому описанію приложенъ рисунокъ.

„Не вдаваясь въ излишнія здѣсь частности относительно постановки опытовъ и производства операціи“, пишетъ авторъ, „скажу только, что, вслѣдствіе чрезвычайной сложности анатомическихъ отношеній нервовъ матки, особенно симпатическихъ, я не могъ ограничиваться простою перерѣзкою отдѣльныхъ стволонъ, а производилъ удаленіе болѣе или менѣе значительныхъ участковъ цѣлыхъ сплетеній, съ ихъ главнѣйшими вѣтвями и узлами, отпрепаровавъ ихъ во время опыта, по возможности, отчетливо. Крестцовые нервы я перерѣзывалъ по возможности ближе къ мѣсту выхода ихъ изъ межпозвоночныхъ каналовъ, во всякомъ случаѣ раньше мѣста ихъ развѣтвленія. Вырѣзанные участки нервовъ или сплетеній, съ узлами, расправлялись иглами (по окончаніи опыта) и укрѣплялись булавками на восковыхъ пластинкахъ. Полученные этимъ путемъ препараты, представляющіе прекрасный способъ для точнаго контроля сдѣлан-

ныхъ опытовъ, сохранены мною въ консервирующихъ жидкостяхъ и нѣкоторые изъ нихъ я могу здѣсь же продемонстрировать. Кромѣ того, опыты контролировались, разумѣется, и вскрытіями.—Операция чревосѣченія производилась подѣ глубокимъ наркозомъ (отъ подкожныхъ впрыскиваній ээира), и при соблюденіи всѣхъ главнѣйшихъ правилъ, примѣняемыхъ на людяхъ. Антисептическій способъ не былъ строго примѣняемъ. Опытъ вмѣстѣ съ бритьемъ и мытьемъ брюшной стѣнки, наркотизаціей и сшиваніемъ раны требовалъ почти во всѣхъ случаяхъ не менѣе 2-хъ часовъ времени. Брюшная полость оставалась открытою, а внутренности (матка, кишечныя петли), завернутыя въ мокрую, теплую фланель, извлеченными наружу отъ 30 до 40 минутъ. Строгое вниманіе было обращено на тщательное сшиваніе раны и на уходъ послѣ операциі. Всѣхъ опытовъ сдѣлано было 42 на 40 животныхъ. Изъ нихъ было 28 кроликовъ, 11 собакъ и 1 морская свинка“. Въ дальнѣйшемъ изложеніи представлены описанія нѣкоторыхъ опытовъ, изъ коихъ считаемъ не безъинтереснымъ привести нѣкоторыя in extenso.

Первый рядъ опытовъ. Опыты надъ перерѣзкою симпатическихъ нервовъ.

„Опытъ № 3. У кролика, въ самомъ концѣ беременности, удаленъ центръ почти всѣхъ сочувственныхъ вѣтвей матки—нижній брыжеечный узелъ, послѣ перерѣзки всѣхъ входящихъ и выходящихъ изъ него вѣтвей. Для вѣрности, главнѣйшія изъ этихъ вѣтвей вырѣзаны на значительномъ протяженіи. Такъ, отъ вѣтви, входящей въ узелъ

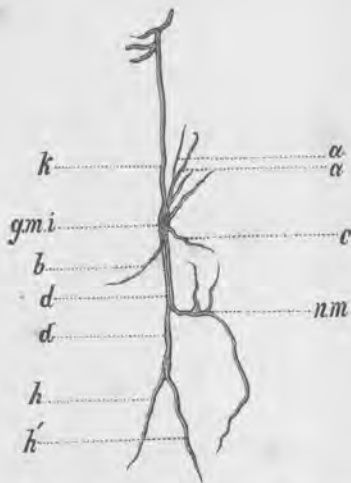


Рис. 9. Вырѣзанные нервы, узлы и сплетенія въ опытѣ № 3. *gmi*—ganglion mesentericum inferius; *a.a*—вѣтви къ кишкамъ; *b*—вѣтвь къ яичнику; *c*—вѣтвь, идущая съ нижней брыжеечной артеріей; *d*—plexus hypogastricus magnus; *h*—plexus hypogastricus lateralis; *k*—вѣтвь отъ солнечнаго сплетенія къ *gmi*; *nm*—вѣтвь къ сѣменному сплетенію (?).

сверху—изъ солнечнаго сплетенія, удаленъ кусокъ почти въ 3 ст., а большое подчревное сплетеніе, удалено все сплошь, до самого своего раздѣленія на боковыя подчревныя сплетенія. Оба послѣднія тоже вырѣзаны почти на 1 см. каждое. Кромѣ того, вырѣзанъ кусокъ, величиною болѣе 2 ст., изъ нижняго брыжеечнаго нерва. Препаратъ удаленнаго узла, со всѣми вырѣзанными вмѣстѣ съ нимъ нервами, изображенъ въ натуральную величину на прилагаемомъ рисункѣ. (См. рис. 9). Черезъ часъ по удаленіи нервовъ, кроличиха родила 1-й плодъ: въ промежутокъ слѣдующихъ 6 часовъ—остальные, всѣ мертвые. Черезъ 2 недѣли послѣ опыта она была посажена въ общее помѣщеніе съ самцами, гдѣ, спустя около 3 недѣль, вновь забеременѣла. Беременность протекла, какъ кажется, вполне правильно и окончилась родами 4-мя живыми дѣтенышами, выкормленными матерью“.

Въ опытѣ № 4, произведенномъ тоже на кроличихѣ, на 3-й недѣль беременности, кромѣ нижняго брыжеечнаго узла, со всѣми исходящими изъ него вѣтвями, удалены также оба главные сочувственные ствола на пространствѣ около 3 см., кверху отъ мыса. Роды наступили на вторыя сутки послѣ опыта.

„Въ опытѣ № 4 изъ всѣхъ сочувственныхъ нервовъ матки остались въ связи съ нею, быть можетъ, только тѣ незначительныя вѣточки, которыя идутъ изъ 1-го крестцоваго узла главнаго симпатическаго ствола къ большому узлу матки; но, конечно, едва ли кто станетъ приписывать этимъ, чуть-ли не микроскопическимъ, вѣтвямъ передачу всѣхъ тѣхъ возбужденій изъ черепно-спинныхъ центровъ матки, которые въ нормальномъ состояніи, какъ доказано опытами съ раздраженіями спинного мозга, распределены между такими крупными стволами, какъ большое подчревное, сѣмённая и брыжеечная сплетенія и брыжеечный нервъ. Къ тому-же, какъ въ этихъ, такъ и въ другихъ подобныхъ опытахъ, легко можно было убѣдиться, что роды не только не замедляются, какъ было-бы въ томъ случаѣ, если бы часть двигательныхъ нервныхъ вѣтвей была удалена, а часть осталась, но, наоборотъ, какъ время наступленія родовъ, такъ и теченіе ихъ, въ большинствѣ случаевъ, ускоряется ¹⁾. Прямымъ же доказательствомъ, что въ упомянутыхъ мельчайшихъ вѣточкахъ не заключается двигательныхъ приводовъ матки, служитъ описанный ниже опытъ № 10-й надъ вырѣзываніемъ большаго узла матки у беременной собаки. Въ этомъ опытѣ, окончившемся родами, названныя вѣточки не могли уже остаться неперерѣзанными.

Въ опытѣ № 5 у беременной кроличихи удаленъ нижній брыжеечный узелъ и, кромѣ того, резецированы большое подчревное сплетеніе, тотчасъ надъ мысомъ, нижній брыжеечный нервъ и перерѣзаны главные сочувственные стволы въ бороздѣ между пп. psoas, примѣрно, на 1 см. ниже нижняго брыжеечнаго узла. Спустя 5 мѣсяцевъ послѣ операціи, наступила беременность, окончившаяся родами, кажется, нѣсколько преждевременными, тремя живыми плодами, умершими черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ. Около мѣсяца спустя, кроличиха вновь забеременѣла, и къ концу 2-й недѣли беременности убита. Вскрытіемъ точно подтверждены всѣ описанныя перерѣзки.

Резюмируя главнѣйшіе результаты изложенныхъ опытовъ, приходимъ неизбежно къ слѣдующему выводу:

Возможность процессовъ зачатія, беременности и родовъ не исключается нарушеніемъ связи матки со всѣми ея сочувственными приводами.

Второй рядъ опытовъ. Опыты надъ перерѣзкою крестцовыхъ нервовъ.

Второй и третій крестцовые нервы той и другой стороны перерѣзывались почти въ самомъ мѣстѣ выхода изъ позвоночныхъ отверстій,—именно тамъ, гдѣ они показываются изъ-за мышцъ, выстилающихъ крестцовую впадину. Дно задняго Douglas'ова пространства предварительно разрушалось острыми крючками, прямая кишка оттягивалась особой формы лопаточками кпереди, а клѣтчатка, соединяющая ее съ заднею тазовою стѣнкою, разрывалась тупыми инструментами. Въ нѣкоторыхъ опытахъ изъ

¹⁾ Рядомъ съ этимъ въ опытахъ съ удаленіемъ нижняго брыжеечнаго узла наблюдалось и усиленіе перистальтики кишекъ, выражавшееся поносомъ (Ср. опыты Pincus'a, Samuel'я и Budge надъ вырѣзываніемъ солнечнаго и верхняго брыжеечнаго сплетеній).

названныхъ нервовъ вырѣзывались куски до 1 см. длиною и, кромѣ того, перерѣзывались ножки отъ III-й пары къ п. dorsalis clitoridis.

Въ опытѣ № 6, произведенномъ по описанному способу на кроличихѣ, въ послѣ-родовомъ періодѣ, спустя мѣсяць послѣ операціи наступила беременность, протекавшая повидимому, правильно; на 3-й недѣлѣ беременности кроликъ былъ убитъ.

Въ опытѣ № 7 на кроличихѣ, беременной двумя плодами, перерѣзка крестцовыхъ нервовъ произведена на 4-й недѣлѣ беременности. Роды первымъ плодомъ наступили черезъ $16\frac{1}{2}$ — $17\frac{1}{2}$ час., а вторымъ—черезъ 30—31 часъ послѣ операціи. На 9-й день кроличиха умерла отъ воспаленія брюшины; при вскрытіи такъ же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, можно было убѣдиться, что названные нервы были дѣйствительно перерѣзаны. При жизни, какъ у этой, такъ и у предыдущей кроличихи, замѣчался параличъ мочевого пузыря, выразившійся недержаніемъ мочи—явленіе, служащее хорошимъ контролемъ сдѣланной перерѣзки.

Въ приведенныхъ опытахъ, равно какъ и еще въ 2 подобныхъ-же и съ подобными-же результатами, произведена была полная изоляція матки отъ ея крестцовыхъ нервныхъ приводовъ. Постановка опыта допускаетъ только одно возраженіе противъ сказаннаго,—это то, что не была перерѣзана IV пара крестцовыхъ нервовъ, которая, по *Frankenhäuser*'у, хотя и снабжаетъ нервами, главнымъ образомъ, нижній отдѣлъ влагалища и прямой кишки, но, кромѣ того, даетъ вѣточки и къ большому узлу матки. Однако мы видѣли уже, насколько описаніе *Frankenhäuser*'а остается одинокимъ въ литературѣ. Но, если бы даже оно и было вѣрно, то я полагаю, что это обстоятельство все таки не могло бы служить серьезнымъ опроверженіемъ сказаннаго. Дѣйствительно, что касается до анастомотической вѣтви отъ IV пары къ III, то она подходитъ къ III парѣ при самомъ корнѣ ея, т. е., ближе къ позвоночнику, чѣмъ производилась перерѣзка III пары. Другія же вѣточки, идущія, по *Frankenhäuser*'у, прямо изъ IV пары къ большому маточному узлу, какъ мнѣ кажется, неизбѣжно должны были порваться при отдѣленіи прямой кишки отъ мышцъ крестцовой впадины. Разрушеніе клѣтчатки въ сказанномъ мѣстѣ необходимо производить, при опытахъ надъ перерѣзкою крестцовыхъ нервовъ, настолько полно, чтобы прямая кишка могла быть оттянута значительно кпереди. При такихъ условіяхъ, вполне неизбѣжныхъ, если хотятъ точно ориентироваться по отношенію ко II и III парамъ, разрывъ вѣточекъ IV-й пары, имѣющихъ, какъ выше было упомянуто, чуть ли не микроскопическую величину, болѣе чѣмъ вѣроятенъ. На вскрытіяхъ умершихъ, или убитыхъ животныхъ послѣ перерѣзки II и III крестцовыхъ нервовъ я никогда не могъ найти упомянутыхъ вѣточекъ IV пары, тогда какъ главныя вѣтви этой пары, идущія, какъ извѣстно, къ *glandula analis* и къ нижнему отдѣлу прямой кишки и влагалища, легко были находимы.—Такимъ образомъ, я полагаю, что приведенные опыты 2-го ряда позволяютъ сдѣлать по отношенію къ крестцовымъ проводникамъ совершенно тотъ-же выводъ, какой сдѣланъ нами изъ перваго ряда опытовъ по отношенію къ сочувственнымъ нервамъ матки.

Третій рядъ опытовъ: перерѣзка сочувственныхъ и крестцовыхъ нервовъ матки

на одномъ и томъ-же животномъ. Собственно говоря, предыдущіе опыты даютъ возможность предсказать, какой результатъ долженъ получиться и при опытахъ 3-го ряда. Но, помимо необходимаго подтвержденія этого предположенія непосредственно на фактахъ, я, приступая къ опытамъ 3-го ряда, имѣлъ въ виду еще слѣдующее:

Извѣстно, что, послѣ перерѣзки сочувственныхъ и при цѣлости крестцовыхъ нервовъ матки, раздраженіе спинного мозга вызываетъ ясныя сокращенія этого органа. Тоже самое получается и при обратной постановкѣ опыта, т. е. при перерѣзкѣ крестцовыхъ и цѣлости сочувственныхъ нервовъ. Только тогда, когда у животного перерѣзаны и сочувственные, и крестцовые приводы, раздраженіе спинного мозга не вызываетъ никакихъ сокращеній матки. Вотъ подобную-то физиологическую изоляцію матки отъ спинного мозга я и имѣлъ въ виду, приступая къ опытамъ 3-го ряда. Опыты эти представляютъ весьма значительныя техническія трудности; довольно рѣдко удается достигнуть выздоровленія животного отъ наносимыхъ при этихъ, довольно продолжительныхъ операціяхъ, тяжелыхъ травматическихъ поврежденій.

Въ опытѣ № 8 у небеременной кроличихи вырѣзано по куску изъ большого подчревнаго сплетенія и нижняго брыжеечнаго нерва; кромѣ того, резецированы II и III крестцовые нервы на той и на другой сторонѣ. Спустя около 2-хъ мѣсяцевъ послѣ операціи, кроличиха забеременѣла и родила въ срокъ на 85-й день послѣ операціи 4 живыхъ плода, тотчасъ же умершихъ.

Подобный же результатъ полученъ и на другой кроличихѣ (№ 9), оперированной на 3-й недѣлѣ беременности. У нея вырѣзанъ нижній брыжеечный узелъ со всѣми входящими и выходящими изъ него вѣтвями—около 1 см, изъ каждой; кромѣ того, удалено, въ связи съ узломъ, цѣликомъ, все большое подчревное сплетеніе, съ участкомъ большого брыжеечнаго нерва, величиною около 2 см., и съ боковыми подчревными сплетеніями—правымъ на протяженіи около 1 см., а лѣвымъ—3 см. Изъ крестцовыхъ нервовъ перерѣзаны, на той и на другой сторонѣ, по разрушеніи клѣтчатки между прямою кишкою и мышцами крестцовой впадины, II и III пары, тотчасъ послѣ вхожденія анастомотической вѣтви отъ одной къ другой, а также и ножка отъ III пары къ п. dorsalis clitoridis. На 4-я сутки послѣ операціи кроличиха родила нѣсколько мертвыхъ плодовъ со слѣдами мацерациі ¹⁾.

„Въ только что приведенномъ опытѣ № 9 и въ другомъ, подобномъ же, *всѣ приводы, идущіе отъ черепно-спинного мозга къ маткѣ, были перерѣзаны, или совсѣмъ удалены изъ тѣла, а между тѣмъ родовой актъ оказался возможнымъ.* Что касается до возраженій, относящихся до вѣточекъ, исходящихъ изъ поясничнаго отдѣла главнаго сочувственнаго ствола и IV-й пары крестцовыхъ нервовъ, то оцѣнка этихъ возраженій сдѣлана уже выше. Основываясь на приведенныхъ опытахъ 3-го ряда и, главнымъ

¹⁾ Въ опытахъ 3-го ряда замѣчалось задержаніе мочи, такъ что пузырь былъ находимъ при вскрытіяхъ растянутымъ мочею до колоссальныхъ размѣровъ.

образомъ, на всей совокупности результатовъ, полученныхъ мною при болѣе чѣмъ 40 опытахъ надъ животными, я полагаю, можно рѣшиться сдѣлать слѣдующій выводъ:

Въ маткѣ, лишенной связи съ черепно-спинными центрами, возможны главнѣйшіе процессы, связанные съ зачатіемъ, беременностью и родовымъ актомъ“.

Этотъ основной выводъ работы, въ связи съ нѣкоторыми приводимыми авторомъ данными клиники, заставляетъ предполагать существованіе въ самой маткѣ, или возлѣ нея, автоматическихъ центровъ, которымъ и подчинены всѣ главнѣйшія отправленія этого органа.

„Принявъ существованіе въ маткѣ собственныхъ, самостоятельныхъ центровъ, завѣдующихъ ея отправленіями, необходимо опредѣлить ближайшія свойства этихъ центровъ. Я имѣю возможность пока коснуться только вопроса объ ихъ анатомическомъ положеніи: лежатъ ли они въ самыхъ стѣнкахъ матки, или же въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ нею. Словомъ: нельзя ли приписать роль аутоматическихъ центровъ тѣмъ узловымъ образованіямъ, которыя, какъ упомянуто выше, заложены въ около-влагалищной клѣтчаткѣ и въ клѣтчаткѣ, окружающей шейку матки?

Что касается до главнаго представителя этихъ образований—большого маточнаго узла, (*ganglion cervicale auctorum*), то вопросъ о значеніи его можетъ быть рѣшенъ

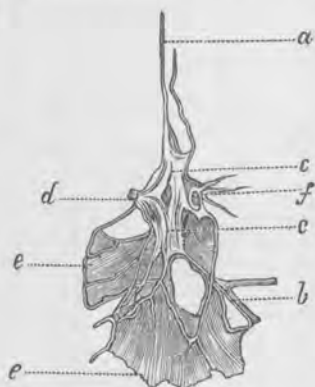


Рис. 10. *Ganglion cervicale auctorum*, вырѣзанный у беременной собаки. *a*—plexus hypogastricus; *b*—n. sacralis; *c*—ganglion cervicale; *d*—главный стволъ, идущій изъ узла къ маткѣ и къ мочевому пузырю; *e*—фасція; *f*—отверстія для прохожденія сосудовъ.

непосредственно экспериментальнымъ путемъ. Опыты въ этомъ направленіи мною уже начаты на собакахъ. Вырѣзываніе узла на этихъ животныхъ можетъ быть сдѣлано довольно удобно и съ достаточною точностью, такъ какъ есть возможность удалить узелъ, съ сохраненіемъ нормальныхъ анатомическихъ отношеній входящихъ въ него и исходящихъ изъ него нервныхъ стволовъ. На рисункѣ 10-мъ изображенъ такой узелъ (лѣвый), вырѣзанный мною у собаки въ самомъ концѣ беременности. Не смотря на обоюдостороннее удаленіе большого узла матки, одно изъ животныхъ, хорошо перенесшее операцию, родило дѣтенышей—частію живыми, частію мертвыми, на 4-й день послѣ опыта. Вообще, на основаніи сдѣланныхъ мною до сихъ поръ опытовъ, этимъ узламъ скорѣе слѣдуетъ отказать въ значеніи аутоматическихъ центровъ матки. Весьма возможно,

какъ думаетъ *Röhrig*, что въ узлахъ этихъ заключаются периферическіе центры для сосудовъ матки.

По аналогіи съ кишечникомъ, слѣдуетъ приписать роль аутоматическихъ центровъ матки узламъ, заложенымъ въ самой ткани матки. Часть этихъ узловъ уже найдена, но, по всей вѣроятности, число ихъ окажется значительно большимъ, при дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ, которыя стоятъ на очереди. Точно также будущему принадлежить выясненіе и другихъ физиологическихъ свойствъ этихъ узловъ и ихъ особен-

ностей, въ ряду другихъ автоматическихъ аппаратовъ тѣла. Теперь есть возможность сказать только, что всего ближе, по своимъ физиологическимъ свойствамъ, они стоятъ къ автоматическимъ узловымъ аппаратамъ кишечника.

Принятиемъ автоматическихъ центровъ въ стѣнкахъ матки естественнымъ образомъ мѣняется, въ своихъ самыхъ существенныхъ частяхъ, и шема ея иннервации, представленная въ началѣ лекціи: главные центры иннервации, какъ мы видѣли, должны быть перемѣщены изъ поясничнаго мозга въ собственные периферическіе узлы матки.

Какая же роль выпадаетъ на долю поясничныхъ спинно-мозговыхъ центровъ, существованіе которыхъ доказано, какъ изложено выше, цѣлымъ рядомъ точныхъ опытовъ? Очевидно изъ предшествовавшаго, что этимъ центрамъ принадлежитъ второстепенное значеніе въ иннервации матки. Существованіе ихъ не абсолютно необходимо для главнѣйшихъ отправленій матки. По всей вѣроятности, они служатъ для регулированія процессовъ, совершающихся въ маткѣ. Такъ, въ моихъ опытахъ, перерѣзка сочувственныхъ проводниковъ, въ большинствѣ случаевъ, ускоряла, какъ наступленіе родовъ, такъ и самый родовой актъ. Въ противоположномъ направленіи дѣйствовала перерѣзка крестцовыхъ нервовъ. Быть можетъ, исключеніемъ этихъ центровъ въ нашихъ опытахъ обуславливались также и нерѣдко наблюдавшееся рожденіе мертвыхъ плодовъ, нежеланіе или невозможность матери вскармливать своихъ дѣтенышей и т. п. Здѣсь же (въ поясничномъ мозгу) происходитъ и передача раздраженій на центръ цѣлой группы мышцъ, вспомогательныхъ при родахъ, напр., брюшного пресса, нѣкоторыхъ мышцъ заднихъ конечностей и т. д. (*Goltz*). Наконецъ, здѣсь же происходитъ и передача рефлексовъ на матку съ периферическихъ окончаній чувствительныхъ нервовъ тѣла, напр., при раздраженіи сосковъ и т. п. Что касается до *продолговатаго* и другихъ частей головного мозга, а также до приводовъ, то физиологическое значеніе ихъ и при узловой теоріи остается такимъ же, какимъ мы изложили его выше".

Въ концѣ работы приведена вся литература по этому вопросу, начиная съ 1739 до 1879 года.

Небольшую анатомическую работу подъ заглавіемъ: „*Note sur le plexus fondamental de l'utérus*“ (19), приводимъ въ переводѣ.

„Нервный аппаратъ всѣхъ органовъ, состоящихъ изъ гладкой мышечной ткани, какъ установилъ *Клебсъ* для мочевого пузыря лягушки, состоитъ изъ трехъ частей: основного сплетенія, промежуточнаго и межмышечнаго сплетенія, отъ котораго отходятъ нервныя окончанія¹⁾).

Основное сплетеніе я избралъ главнымъ объектомъ моихъ анатомическихъ изслѣдованій нервнаго аппарата матки, такъ какъ точное знакомство съ этимъ сплете-

¹⁾ Это раздѣленіе принято всѣми анатомами для большинства органовъ, построенныхъ изъ гладкой мышечной ткани.

ніемъ и съ его нервными гангліями имѣетъ большое и фізіологическое, и клиническое значеніе.

Уже въ 1832 году *Tiedemann* описалъ и нарисовалъ найденные имъ узлы въ клѣтчаткѣ верхней части стѣнки влагалища у женщины, но онъ не могъ опредѣлить ихъ значенія. Позднѣе, *Moreau* (1839) далъ описаніе узловъ, похожихъ на узлы *Tiedemann*'а. Въ томъ же году *Robert Lee* описалъ такъ же одинъ большой узелъ въ той же области и въ другихъ мѣстахъ—почти на всей поверхности матки, но *Snow-Beck* (1845 г.) и нѣсколько другихъ изслѣдователей доказали, что этотъ авторъ, въ своихъ препаратахъ, часто принималъ соединительную ткань за нервную.

Remak и *Kilian* бесплодно искали собственные центры матки; первый нашелъ нѣсколько нервныхъ клѣточекъ по тракту нервовъ, проходящихъ съ двухъ сторонъ, возлѣ маточной шейки.

Koerner (1863), *Frankenhäuser*, *Kehrer* (1864), *Koch* и *Polle* (1865) описываютъ микроскопическіе гангліи въ ткани, окружающей верхнюю часть влагалища, и въ подбрюшинной клѣтчаткѣ возлѣ шейки матки у женщины, кролика, собаки, кошки, мыши, овцы etc. У коровы эти узлы находилъ *Polle* въ подбрюшинной клѣтчаткѣ нижней части маточныхъ роговъ.

Наконецъ, *Henocque* первый указалъ (1870), что гангліи, находящіеся возлѣ маточной шейки, принадлежатъ къ сплетенію, аналогичному основному сплетенію другихъ органовъ, состоящихъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

До настоящаго времени не существуетъ точнаго описанія основнаго сплетенія матки ни у женщины, ни у животныхъ. У женщины анатомическія изслѣдованія въ этой области, произведенныя различными авторами, представляютъ значительныя и существенныя разногласія: между тѣмъ какъ одни описываютъ много нервныхъ узловъ по сосѣдству съ маточной шейкой (*Tiedemann*, *Moreau*, *Snow-Beck*, *Henle*, *Ястребовъ*), другіе считаютъ, что съ каждой стороны существуетъ большой нервный узелъ, отъ котораго идутъ нервы къ маткѣ, пузырю и прямой кишкѣ (*Robert Lee*, *Frankenhäuser*). *Frankenhäuser* представилъ достаточно полное описаніе сплетеній у кролика, но эти изслѣдованія не даютъ вполнѣ удовлетворительныхъ результатовъ, такъ какъ методъ изслѣдованія былъ чисто анатомическій.

Изложенныя соображенія дали мнѣ поводъ предпринять собственныя изслѣдованія объ основномъ сплетеніи матки.

Мнѣ казалось, что для этихъ трудныхъ изслѣдованій наиболѣе подходятъ животныя возможно меньшей величины, чтобы можно было ихъ половой аппаратъ, съ нервной системой, обработанной специфическими реактивами, разсматривать, въ видѣ микроскопическаго препарата, при слабыхъ и среднихъ увеличеніяхъ;—тогда ни одна подробность не была бы просмотрѣна. Поэтому я выбралъ предметомъ своихъ изслѣдованій, главнымъ образомъ, кролика, морскую свинку, крысу и мышь, и сдѣлалъ нѣсколько наблюденій надъ собакой, кошкой и овцой. Наилучшіе результаты получились у морской свинки

и у мыши. Между различными методами, которые я примѣнилъ, я даю предпочтеніе слѣдующему: животное обезглавливается и обезкровливается; потомъ, разрѣзавъ лонное сочлененіе, раздвигаютъ подвздошныя кости до произведенія крестцово-подвздошнаго вывиха. Содержимое таза осторожно отдѣляютъ отъ его стѣнокъ съ помощью тупыхъ инструментовъ, и нервы крестцовые и симпатическіе фиксируются, по мѣрѣ ихъ обнаруживанія, растворомъ хлористаго золота (1:100), наносимаго кисточкой; затѣмъ, влагалище съ мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой вынимается и расправляется на пробковой пластинкѣ, при помощи ежовыхъ иголь. Этотъ приѣмъ нетруденъ для выполненія и не нарушаетъ правильныхъ анатомическихъ отношеній органовъ, если онъ производится подъ слоемъ раствора поваренной соли (6 на 1000).

Вслѣдъ за этимъ удаляютъ осторожно мочевой пузырь и кишку и замѣняютъ растворъ соли смѣсью изъ 4 частей прокипяченнаго и охлажденнаго раствора хлористаго золота (1:100) съ одной частью муравьиной кислоты (Ranvier). По истеченіи 30—40 минутъ, объектъ, заключенный въ смѣсь изъ четырехъ частей воды съ 1 частью муравьиной кислоты, переносится въ темноту; растворъ муравьиной кислоты мѣняется черезъ первые 24 часа. По истеченіи этого времени, отдѣляютъ довольно легко соединительную ткань, покрывающую влагалище, въ которой находится сплетеніе, и эту пластинку разстилаютъ на предметномъ стеклѣ. Съ помощью лупы отпрепаровываютъ, какъ можно тщательнѣе, жировую ткань и большіе сосуды, которые препятствуютъ изслѣдованію, и, слегка придавливая покровное стеклышко, препаратъ заключаютъ въ глицеринъ.

На препаратѣ, такимъ образомъ полученномъ, видно идущее сверху внизъ подчревное сплетеніе (см. ниже, рис. 11, а); оно содержитъ какъ мѣлиновыя волокна, такъ и Ремаковскія, и между волокнами замѣчается значительное число нервныхъ клѣтокъ, отдѣльныхъ или соединенныхъ въ узлы,—различной величины (около десятка клѣтокъ).

Подчревное сплетеніе раздѣляется на двѣ вѣтви; одна изъ нихъ входитъ въ составъ основнаго сплетенія, другая, меньшая (b), направляется прямо къ маткѣ. Въ точкѣ, гдѣ она отдѣляется, приблизительно на одинъ сантиметръ не доходя до основнаго сплетенія, у морскихъ свинокъ, наблюдаются два большихъ узла.

Это наблюденіе показываетъ, что нервы, которые направляются къ маткѣ, если даже они и не входятъ въ составъ основнаго сплетенія, находятся все таки подъ вліяніемъ нервныхъ клѣтокъ.

Сзади и снизу направляется къ основному сплетенію другой большой нервный пучекъ, состоящій главнымъ образомъ изъ мѣлиновыхъ волоконъ, происходящихъ изъ третьей пары крестцовыхъ нервовъ (с). Тотчасъ эти нервы раздѣляются на нѣсколько вѣтвей, которыя, въ свою очередь, развѣтвляются еще нѣсколько разъ и анастомозируютъ съ вѣтвями того же порядка, идущими изъ подчреваго сплетенія. При своемъ вхожденіи въ основное сплетеніе крестцовыя вѣтви заключаютъ въ себѣ нѣсколько нервныхъ узловъ. Въ широкой сѣти волоконъ сплетенія, составленныхъ какъ подчревными

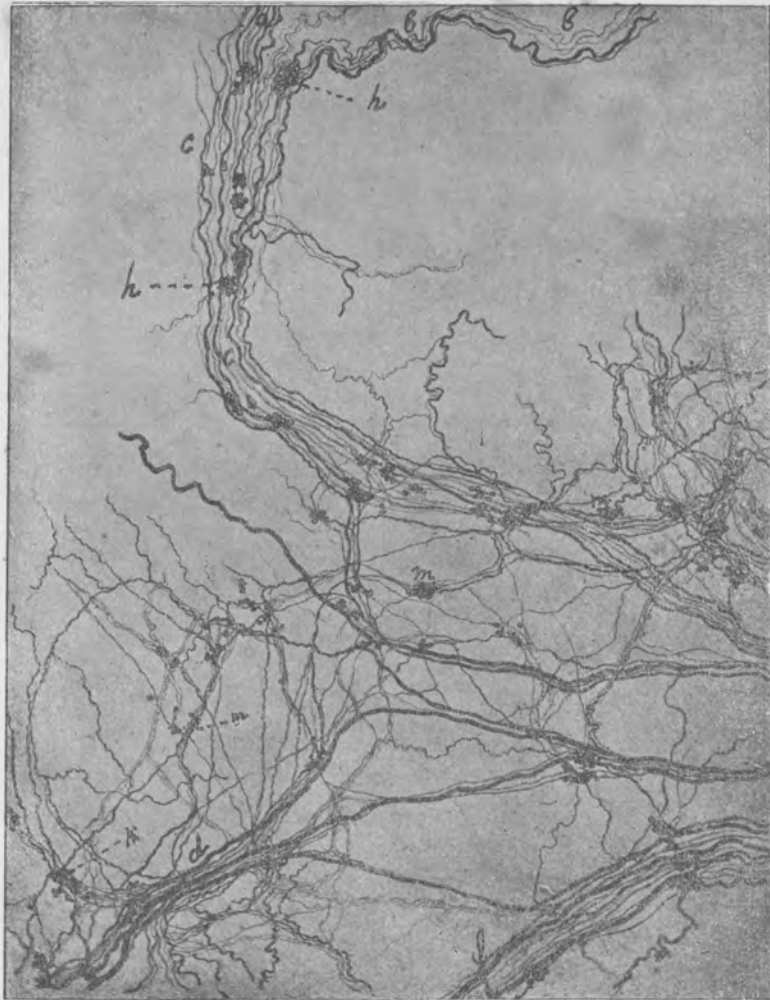


Рис. 11. Основное сплетение матки морской свинки.

a—Plexus hypogastricus lateralis; *b*—Вѣтка, идущая непосредственно къ маткѣ; *c*—Вѣтвь plexus hypogastricus, идущая къ основному сплетенію; *d*—Крестцовые нервы (3-я пара); *f*—Крестцовые нервы (4-я пара); *h*—Нервные ганглии, заложенные въ подчревномъ сплетеніи; *k*—Нервные ганглии, заложенные между волокнами крестцовыхъ нервовъ; *m*—Нервные ганглии, заложенные между отдѣльными волокнами крестцовыхъ нервовъ и въ основномъ сплетеніи матки.—Препаратъ обработанъ хлористымъ золотомъ и муравьиной кислотой по методу *Ranvier* и срисованъ съ натуры рисовальщикомъ въ Collège de France.

нервами, такъ и вѣтвями крестцовыхъ, замѣчается также большое число узловъ, различныхъ по формѣ и величинѣ, но обыкновенно меньше тѣхъ двухъ группъ, о которыхъ мы уже говорили. (См. рис. 12).

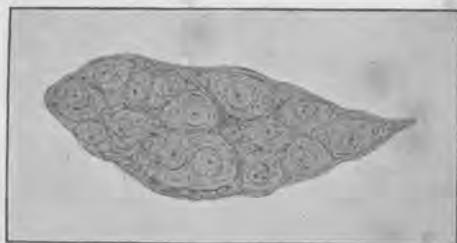


Рис. 12. Маленькій нервный узелъ, изолированный изъ основнаго сплетенія матки морской свинки. Препарат приготовленъ посредствомъ внутритканнаго впрыскиванія 1% раствора осміевои кислоты, послѣ чего препаратъ уплотненъ въ алкогольъ, и срѣзы окрашены нашатырнымъ пикрокарминомъ. Натр. 7/ш.

Вѣтви, иннервирующія матку, берутъ свое начало изъ основнаго сплетенія, а не непосредственно изъ вѣтвей крестцовыхъ и подчревныхъ нервовъ, какъ нѣкоторые авторы ошибочно предполагаютъ. Въ тѣхъ точкахъ, гдѣ они выходятъ изъ сплетенія, еще находится нѣсколько узловъ. Выше, вблизи начала роговъ встрѣчаются нервныя клѣтки, отдѣльныя, или соединенныя въ маленькія группы (по 2 или по 3); еще выше ихъ уже нѣтъ ни въ широкихъ связкахъ, ни въ маткѣ.

Большая часть волоконъ, иннервирующихъ мочевой пузырь, идутъ прямо отъ подчреваго сплетенія и крестцовыхъ нервовъ.

Изъ нижней части основнаго сплетенія матки направляются нѣсколько нервныхъ волоконъ книзу, гдѣ послѣ анастомозовъ съ вѣтвью, идущей изъ четвертой крестцовой пары, образуютъ влагалищное сплетеніе, въ которомъ тоже находятся узлы.

У кролика форма и общая топографія основнаго сплетенія матки та же самая, и я не могу раздѣлить мнѣнія *Konstein'a*, который полагаетъ, что нервныя клѣтки встрѣчаются также въ мышечномъ слое влагалища и что верхняя граница этого сплетенія соотвѣтствуетъ дну Дугласова пространства.

Мышь представляетъ, какъ интересную особенность, одинъ большой узелъ въ срединѣ основнаго сплетенія матки.

Заключенія:

1. Основное сплетеніе матки имѣетъ тотъ же самый общій характеръ, какъ и въ другихъ органахъ, состоящихъ изъ гладкой мышечной ткани.
2. Оно помѣщается снаружи матки, главнымъ образомъ, въ клѣтчаткѣ, окружающей влагалище, въ томъ мѣстѣ, гдѣ подчревное сплетеніе анастомозируетъ съ вѣтвями маточно-крестцовыми.
3. Основное сплетеніе заключаетъ большое число нервныхъ клѣтокъ, образующихъ у морской свинки болѣе сотни узловъ различной величины.
4. Эти узлы расположены большею частью по тракту главныхъ нервныхъ волоконъ, входящихъ въ сплетеніе и выходящихъ изъ него. Существуетъ также въ самомъ спле-

тѣни извѣстное число маленькихъ узловъ, расположенныхъ безъ всякаго видимаго порядка.

5. Можно различать, смотря по положенію, узлы подчревные, крестцовые, маточные, пузырьные и собственно основнаго сплетенія.

6. Верхняя граница гангліозныхъ клѣтокъ матки у морской свинки и у кролика помѣщается въ началѣ маточныхъ роговъ. Внизу основнаго сплетенія матки сливается съ влагалищнымъ.

7. Ни одно нервное волокно ни изъ подчреваго сплетенія, ни изъ крестцовыхъ нервовъ не проникаетъ въ матку, не пройдя предварительно черезъ основнаго сплетенія.



VIII. Работы объ асептикѣ и антисептикѣ въ примѣненіи къ акушерству и гинекологіи.

20. **Г. Е. Рейнъ.**—Замѣтка о противогнилостномъ лѣченіи ранъ. Врачъ, 1881 г., №№ 43 и 45.
21. **Его-же.**—Объ антисептикѣ въ примѣненіи къ акушерству. Медицинскій Вѣстникъ 1883 года.
Двѣ приватъ-доцентскихъ лекціи.
22. **Его-же.**—Объ асептикѣ при чревосѣченіяхъ. Врачъ 1890 г. №№ 2 и 3. *Сообщено, въ сокращенномъ видѣ, на VIII Съѣздѣ Естествоиспытателей и Врачей въ СПБ.*
23. **Его-же.**—Zur Asepsis bei Laparotomien. Centralblatt f. Gyn. 1890 г. № 9.
24. **Его-же.**—Асептика или антисептика при чревосѣченіяхъ? Врачъ 1890 г. № 33.
25. **Его-же.**—Aseptik oder Antiseptik bei Laparotomien? Wiener Medic. Presse 1890 г. № 8. *Докладъ, читанный въ акушерской секціи X-го междунагоднаго съѣзда врачей въ Берлинѣ.*
26. **И. И. Ляхницкій.**—Новый способъ приготовленія асептическихъ палочекъ тупело, съ демонстраціей бактериологическихъ препаратовъ. Проток. Акушерск. Общ. 1888 г., т. 2, в. III. Прилож., стр. 53. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
27. **Г. Ф. Писемскій.**—Нѣкоторыя новыя данныя о примѣненіи асептики при чревосѣченіяхъ. Ibid. 1891 г., т. 4, в. VII, стр. 14. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
28. **Его-же.**—Нѣсколько словъ объ асептикѣ при возбужденіи преждевременныхъ родовъ. Ibid. т. 4, в. VIII. Прилож., стр. 97. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
29. **Г. Ф. Писемскій и А. П. Яхонтовъ.**—Къ вопросу о примѣненіи безгнилостнаго способа при родахъ. Ibid. 1892 г. т. 5, в. IX. Прилож., стр. 81. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
30. **А. А. Редлихъ.**—Къ вопросу о примѣненіи обезпложивающаго метода при чревосѣченіяхъ въ частной практикѣ. Ibid. 1894 г., т. 7, в. XIV. Прилож. стр. 161. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).

Въ замѣткѣ о противогнилостномъ леченіи ранъ (20), написанной въ формѣ корреспонденціи изъ за границы, авторъ подвергаетъ критической оцѣнкѣ „видоизмѣненный Листеровскій способъ“ англійскаго овариотомиста *G. Bantock*'а. Послѣдній описалъ¹⁾

¹⁾ *G. Bantock*. Cases of ovariotomy performed under „Modified Listerism“. Lancet 1881, 17-го и 24-го сентября.

рядъ произведенныхъ имъ оваріотомій, съ соблюденіемъ всѣхъ частныхъ способа *Lister'a*, но съ тою разницею, что, вмѣсто растворовъ карболовой кислоты для spray, губокъ, инструментовъ и проч., онъ употреблялъ простую воду.—Изъ 8 больныхъ, оперированныхъ при такихъ условіяхъ, ни одна не умерла, по словамъ *Bantock'a*, непосредственно отъ операціи.

Тотъ же способъ примѣнялся имъ при 5 кастраціяхъ и въ одномъ случаѣ пробнаго разрѣза, при 6-мѣсячной беременности. Всѣ эти 6 случаевъ тоже окончились выздоровленіями. Эту блестящую статистику *Bantock* дополняетъ оваріотоміями, гдѣ онъ употреблялъ 1⁰/₀ растворъ карболовой кислоты, двумя случаями оваріотоміи и одной кастраціей, въ которыхъ взятъ былъ растворъ, содержащій $\frac{2}{3}$ ⁰/₀ карболовой кислоты. На эти 23 чревосѣченія умерли только 2 больныя. Изъ послѣднихъ 34 чревосѣченій, проведенныхъ при употребленіи или простой воды, или упомянутыхъ слабыхъ растворовъ карболовой кислоты, умерла только одна больная отъ shock'a, что составляетъ всего 2,9⁰/₀ смертности. Разсмотрѣвъ всѣ 37 случаевъ *Bantock'a*, авторъ находитъ, что только 8 изъ нихъ представляютъ возможность подвергнуться разбору, т. к. остальные 23 наблюденія со слабыми растворами карболовой кислоты должны быть исключены не только потому, что не описаны съ достаточною подробностію, но еще и какъ наблюденія нечистыя, т. к. изъ опытовъ *Микулича* извѣстно, что прибавленіе къ жидкости spray даже 0,2—0,3⁰/₀ карболовой кислоты препятствовало развитію микробовъ въ питательныхъ средахъ.

Помимо случайности, вполне возможной при столь ограниченномъ числѣ наблюденій, счастливые исходы операцій *Bantock'a* сдѣлаются, по автору, еще болѣе понятными, если принять во вниманіе, что всѣ операціи произведены за короткій промежутокъ времени—менѣе 2 мѣсяцевъ—въ извѣстномъ Самаританскомъ Госпиталѣ, гдѣ образцовое устройство и крайняя чистота унаслѣдованы еще отъ временъ знаменитаго предшественника *Bantock'a*—*Spencer Wells'a*—и гдѣ, наряду съ *Bantock'омъ* половина случаевъ оперируется другимъ хирургомъ *Knowsley Thornton'омъ*, заявившимъ себя горячимъ приверженцемъ самаго строгаго примѣненія Листеровскаго способа.

Разобравъ всѣ 8 упомянутыхъ случаевъ, авторъ нашелъ, что ни одинъ изъ нихъ не прошелъ совершенно безлихорадочно. Въ случаѣ № 1 t⁰, правда, повысилась лишь незначительно (до 37,9) но во всѣхъ прочихъ она поднималась за 38⁰ С.; въ одномъ (№ 8)—за 39⁰, а въ одномъ (№ 3)—даже до 41,1⁰. Оваріотоміи, произведенныя по строго противогнилостному способу, протекаютъ, обыкновенно, иначе: при нихъ, какъ извѣстно, вовсе не рѣдкость встрѣтить случаи, гдѣ t⁰ или вовсе не переходитъ за границы общепринятой нормы, или гдѣ повышеніе наблюдается лишь черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи и быстро проходитъ. Въ исторіи болѣзни случая № 3 отмѣчено, что черезъ 2 недѣли послѣ операціи t⁰ поднималась до 41,1⁰, появился бронхитъ, а на 30-ый день больная умерла, очевидно, отъ септического процесса.

Слѣдя примѣру *Bantock'a* и выводя ⁰/₀ смертности изъ такого малаго числа наблюденій, получаемъ 1 смерть на 8 (описанныхъ) случаевъ, т. е. болѣе 12⁰/₀ смертности.

Такимъ образомъ, на основаніи матерьяла самого *Bantock'a*, авторъ находитъ, что едва ли можно удовлетвориться „видоизмѣненнымъ Lister'овскимъ способомъ *Бантока*“. По поводу той же статьи *Bantock'a*, авторъ указываетъ на выгоды примѣненія *spray* при операціяхъ, производимыхъ съ соблюденіемъ антисептическихъ мѣръ, и подвергаетъ критическому разбору литературу о *spray*.

Статья „Объ антисептикахъ въ примѣненіи къ акушерству“ (21), представляетъ двѣ приватъ-доцентскихъ лекціи, читанныя студентамъ Медико-Хирургической Академіи въ январѣ мѣсяцѣ 1883 года.

Въ первой лекціи приведены теоретическія основанія и опыты, послужившіе къ развитію антисептическаго метода, и разобрано историческое развитіе идеи—причинной зависимости процессовъ броженія и гніенія отъ низшихъ организмовъ. Авторъ указываетъ на опыты *Апперта*, *Гей—Люссака*, *Швана*, *Шредера* и *Душа*, *Пастёра*, *Тиндаля*, *Чейна*, и др. и подробно разбираетъ методы ихъ изслѣдованія, иллюстрируя описаніе опытовъ рисунками въ текстѣ.

Въ этой же лекціи авторъ описываетъ жизнь *Земмельвейса* и его значеніе для антисептическаго акушерства.

Во второй лекціи авторъ переходитъ къ гипотезамъ происхожденія инфекціонныхъ болѣзней—химической и паразитарной. На основаніи ряда работъ—*Пастёра* надъ сибирской язвой, *Коха* надъ бугорчаткой, *Bouchar'd'a*, *Capitan'a*, *Charrin'a*, *Schütz'a* и *Löffler'a* надъ сапомъ, *Фелейзена* надъ рожей—авторъ считаетъ доказанною зависимость многихъ заразныхъ болѣзней отъ низшихъ организмовъ.

Болѣе подробно авторъ останавливается на септицеміи родильницъ. Изложивъ работы *Шерера*, *Майргофера*, *Гаусмана*, *Вальдейера*, *Реклингаузена*, *Долериса*, *Каревского* и др., доказывавшихъ зависимость септицеміи родильницъ отъ микроорганизмовъ, авторъ высказывается въ пользу паразитарнаго происхожденія родильныхъ заболѣваній.

Задаваясь вопросомъ, отчего не заболѣваетъ всякая родильница, имѣя у себя во влагалищѣ цѣлый запасъ культуръ всевозможныхъ бактерій и микрококковъ, авторъ между прочимъ высказываетъ мысль, не имѣетъ ли значенія въ этомъ случаѣ то обстоятельство, что патогенные микробы, по крайней мѣрѣ, въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ, появляются обыкновенно лишь нѣсколько часовъ спустя послѣ родовъ въ кровянистыхъ лохіяхъ, т. е. къ тому времени, когда *послѣродовыя раненія не представляются уже вполне свѣжими*.

Далѣе, авторъ касается своихъ наблюденій во время заграничной командировки въ клиникахъ: *Брауна*, *Фрейнда*, *Ольсгаузена*, *Шредера* и *Хегара*, результатомъ которыхъ явилось у автора глубокое убѣжденіе въ могуществѣ антисептическаго метода въ примѣненіи къ акушерству.

Въ доказательство вѣрности примѣненія антисептики въ акушерствѣ, авторъ приводитъ статистическія данныя до введенія въ клиники Листеровскаго метода и послѣ введенія его.

Maternité (Парижъ, *Hervieux*).

Въ 1864 г. смертность родильницъ	20 ⁰ / ₀
въ 1865—67 г.г. "	4 ⁰ / ₀ —8 ⁰ / ₀
въ 1882 г. "	0,5 ⁰ / ₀

Lariboisière (Парижъ, *Siredey*).

При открытіи госпиталя смертность родильницъ	9 ⁰ / ₀
въ 1862 г. "	7 ⁰ / ₀
въ 1882 г. "	1,07 ⁰ / ₀

Клиника въ Базелѣ (*Бишоффъ*)

въ 1868 году смертность родильницъ	6,4 ⁰ / ₀
въ 1876 г. "	1,6 ⁰ / ₀

Клиника въ Charité (въ Берлинѣ).

въ 1859 г.	16 ⁰ / ₀
въ 1881 г. (<i>Гуссеровъ</i>)	0,9 ⁰ / ₀

Въ дополненіе къ этимъ цифрамъ авторъ приводитъ числовыя данныя, указывающія, до какой степени можетъ быть понижена смертность послѣ родовъ въ заведеніяхъ, усвоившихъ себѣ вполнѣ рациональное примѣненіе антисептики.

Родильный домъ въ Прагѣ (*Брейскій*) въ 1879 г.

Смертность послѣ родовъ	0,69 ⁰ / ₀
-----------------------------------	----------------------------------

Акушерская клиника въ Бреславлѣ (*Шнигелъбергъ*) въ 1874—78 г.г.

На 901 роды было 5 случаевъ смерти	0,55 ⁰ / ₀
--	----------------------------------

Клиника <i>Гуссерова</i> въ Страсбургѣ	0,27 ⁰
--	-------------------

Родовспомогательное заведеніе (*А. Я. Крассовскаго*) въ СПБ.

1883 г.	0,72 ⁰ / ₀
-----------------	----------------------------------

1884 г.	0,6 ⁰ / ₀
-----------------	---------------------------------

Рождественская больница (баракъ *В. В. Сутугина*) въ СПБ.

1880—1883 г.	1,4 ⁰ / ₀
----------------------	---------------------------------

1883—апр. 1884 (233 род.)	0,0 ⁰ / ₀
-------------------------------------	---------------------------------

Этой статистикѣ авторъ противопоставилъ статистику до антисептическаго времени, изъ которой видно, что записаны случаи, гдѣ годовая смертность равнялась 16⁰/₀; напр., въ Вѣнской акушерской клиникѣ въ 1842 г., при громадномъ матеріалѣ, на 3287 больныхъ умерло 518. Въ отдѣльные мѣсяцы въ этой же клиникѣ умерало до

31⁰/₀, т. е. почти каждая третья роженица. У насъ, въ Россіи, существуютъ цифры, только немного уступающія этимъ. Такъ напр. въ Родовспомогательномъ заведеніи, при Воспитательномъ домѣ, годовая смертность въ 1852 г. доходила до 9⁰/₀, а въ отдѣльные мѣсяцы она достигала до 27⁰/₀. Почти тоже самое было въ старой Академической клиникѣ при Медико-Хирургической Академіи: въ теченіе 1859 г. умерло 15,66⁰/₀. Въ новой Академической клиникѣ, въ 1874 году, авторъ былъ свидѣтелемъ такой сильной эпидеміи, что около двухъ третей родильницъ или тяжело заболѣвали, или умирали, не смотря на то, что были молоды или стары, слабы или сильны, здоровы или больны при поступленіи. Въ Пруссіи за 60 лѣтъ умерло отъ родильной горячки 363,624 женщинъ. При сравненіи этого количества съ цифрою смертности отъ другихъ болѣзней, оказалось, что эта смертность превышала въ 10 разъ смертность отъ оспы и почти равна была смертности отъ холеры за тотъ же промежутокъ времени.

Тщательно и подробно, до мелочей, описавъ, далѣе, антисептическій методъ веденія родовъ и послѣродоваго періода, авторъ заканчиваетъ статью слѣдующими словами: „какъ химикъ, трудящійся надъ добычею какого либо трудно получающагося тѣла, какъ физикъ, работающій надъ какимъ либо сложнымъ аппаратомъ, достигаютъ своей цѣли только самымъ тщательнымъ выполненіемъ множества отдѣльныхъ манипуляцій, въ сущности весьма простыхъ, такъ и врачъ, работающій съ антисептическимъ способомъ, долженъ слѣдить съ такою же или даже съ еще большею скрупулезностію за каждымъ своимъ шагомъ по отношенію къ больному, за каждою мелочью, не опасаясь показаться смѣшнымъ людямъ, не желающимъ понимать самыхъ ясныхъ вещей, закрывающимъ глаза предъ самою дѣйствительностію. Въ случаѣ неудачи, онъ долженъ еще удвоить свои старанія въ томъ же самомъ направленіи и, при тщательномъ изслѣдованіи, найдетъ всегда недостатокъ, какъ химикъ или физикъ во взятомъ примѣрѣ,—не въ методѣ, а въ его примѣненіи“.

Въ статьяxъ „Объ асептикѣ при чревосѣченіяхъ“ (22)—и „Zur Asepsis bei Laparotomien“ (23) авторъ подробно развиваетъ, на основаніи собственныхъ наблюденій и опытовъ, идею безгнилостнаго производства чревосѣченій.

Хотя строгое примѣненіе противогнилостнаго способа при чревосѣченіяхъ и дало, для своего времени, весьма благопріятные результаты, но, благодаря наблюдавшимся иногда смертнымъ случаямъ, вслѣдствіе отравленія ядовитыми антисептическими веществами, и по другимъ соображеніямъ, авторъ еще на II Съѣздѣ Русскихъ Врачей, въ 1886 г., высказался за возможно меньшее примѣненіе противогнилостныхъ средствъ, при непосредственномъ соприкосновеніи съ брюшиною и брюшной раной, и за возможно широкое распространеніе асептики.

Идею эту авторъ осуществилъ при своихъ чревосѣченіяхъ съ переходомъ въ новое помѣщеніе клиники, болѣе отвѣчающее современнымъ требованіямъ науки. Въ виду тѣхъ блестящихъ результатовъ, которые онъ получилъ, примѣняя асептическій методъ

при чревосъченіяхъ за отчетный періодъ времени, въ теченіе 3-хъ учебныхъ полугодій— со времени перехода клиники въ новое помѣщеніе—авторъ подробно описываетъ какъ обстановку, при которой производились чревосъченія въ новой клиникѣ, такъ равно и результаты клиническихъ наблюденій при всѣхъ чревосъченіяхъ, произведенныхъ въ означенный срокъ.

Въ новой клиникѣ для чревосъченій служитъ особая, обширная операціонная комната, окрашенная вся бѣлой масляной краской, съ непроницаемымъ поломъ, пароводянымъ отопленіемъ, обильнымъ свѣтомъ, хорошимъ провѣтриваніемъ и проведенной въ обильномъ количествѣ горячей и холодной водою. При клиникѣ имѣется обеззараживающая палата со сжатымъ, подъ сильнымъ давленіемъ, паромъ t^0 112—119⁰ Ц. Приготовленія къ каждому чревосъченію заключаются въ слѣдующемъ:

1) Вся комната обильно и долго обмывается водою изъ кишки, соединенной съ водопроводнымъ краномъ. На каждое обмываніе идетъ 60—70 ведеръ воды.

2) Полъ, мебель и стѣны на высоту роста человѣка обмываются наканунѣ операціи сулемою 1:1000.

3) Наканунѣ операціи, въ продолженіи 6—8 часовъ, распыляется 4⁰/₀ растворъ карболовой кислоты (въ послѣднее время распыляется чистая вода).

4) Бѣлье, халаты и одежда помощниковъ обезпложиваются текучимъ паромъ въ обеззараживающей палатѣ въ продолженіи 1 часа.

5) Инструменты обмываются и механически очищаются въ мыльной водѣ, обезпложиваются кипяченіемъ въ водѣ въ закрытомъ сосудѣ и лежатъ во время операціи въ 2⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты. Рѣзущіе инструменты лежатъ во время операціи въ сосудѣ со спиртомъ.

6) Губки, приготовленныя по измѣненному способу *Wölfler'a*, во время операціи вымываются въ 2⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты въ теплой, прокипяченной водѣ. Въ одномъ случаѣ употреблена прокипяченная вода безъ примѣси фенола.

7. Шелковыя лигатуры кипятятся на катушкахъ въ теченіе 5 минутъ въ растворѣ сулемы 1:1000. Во время операціи онѣ находятся въ пустомъ закрытомъ сосудѣ, съ пропущенными черезъ отверстія въ крышкѣ концами.

8) перевязочные матеріалы обезпложиваются сухимъ жаромъ, или сжатымъ паромъ въ аутоклавѣ и сохраняются въ обезпложенныхъ банкахъ съ притертыми пробками.

9) Руки оператора и помощниковъ и покровы живота больной обезпложиваются по *Fürbringer'u* теплой водою съ мыломъ, спиртомъ и сулемою 1:1000. Баня, или общая ванна наканунѣ или передъ операціей обязательны какъ для больной, такъ и для врачей, фельдшерицы, сидѣлки и присутствующихъ при операціи студентовъ. Послѣдніе (около 20 человѣкъ) передъ входомъ въ операціонную комнату снимаютъ сюртуки.

10) Во время операціи избѣгается лишняя потеря времени, излишнее разминаніе тканей, долгое оставленіе брюшной полости незакрытою; вообще, обращается строгое

вниманіе на соблюденіе надлежащей быстроты и ловкости. Брюшная полость, по окончаніи операціи, тщательно высушивается губками. Тамъ, гдѣ нѣтъ возможности остановить окончательно паренхиматозное кровотеченіе, и вообще, гдѣ нельзя достигнуть сухости брюшной полости, вставляется стеклянный дренажъ.

Изъ 60 чревосѣченій, произведенныхъ въ означенный періодъ времени надъ 58 больными,—38 оваріотомій, 5 міомотомій, 4 вылуценій кистъ широкихъ связокъ, 4 сальпинготомій, 1 келифектомій, 3 эксплораторныхъ разрѣзовъ, 1 гистеропексии, 1 изсѣченія кистокарциномы яичника и 2 повторныхъ чревосѣченій,—операція повела къ смертельному исходу лишь въ одномъ случаѣ (1,6⁰/₀ см.). Умерла больная отъ неоконченной операціи при сосочковой кистѣ, тѣсно и крѣпко сросшейся съ передней брюшной стѣнкой, стѣнками задняго Douglas'ова пространства, мочевымъ пузыремъ и многими петлями кишекъ. Смерть послѣдовала на 10-й день послѣ операціи, вслѣдствіе каловаго воспаленія брюшины. При вскрытіи, мѣшокъ кисты оказался хорошо спаяннымъ съ краями брюшной раны.

Всѣ случаи резюмированы въ таблицахъ. Результаты клиническихъ наблюденій въ послѣоперационномъ періодѣ сопоставлены тоже въ таблицѣ въ видѣ температурныхъ кривыхъ за первые 10 дней послѣ операціи и, для сравненія, за 2 дня, предшествовавшіе операціи. Изъ разсмотрѣнія этихъ кривыхъ видно, что послѣоперационное теченіе, за немногими исключеніями, было вполне безгнилостное. У одной оперированной № 41—температура ни разу не доходила даже и до 37⁰, при весьма хорошемъ общемъ состояніи. У 5 оперированныхъ t⁰ не повышалась за 37⁰, у 26, т. е. почти у половины, она не превосходила нормы, т. е. 37,6. Наконецъ, у 46, т. е. болѣе чѣмъ ³/₄ всего числа случаевъ, t⁰ не превосходила 38⁰. У 5 t⁰ была выше 38,5⁰. Всѣ 58 температурныхъ кривыхъ приведены въ статьѣ.

Зараженіе раны болѣзнетворными организмами въ описываемой серіи случаевъ ни разу не наблюдалось; не было ни разу и нагноенія, кромѣ весьма немногочисленныхъ шовныхъ абсцессовъ, которые могли быть отнесены къ послѣдовательному зараженію раны. Помимо температурныхъ кривыхъ, и другія клиническія данныя указывали на то, что оперированныя лучше и легче переносили послѣдствія операціи, чѣмъ при обычномъ примѣненіи противогнилостныхъ мѣръ. За весьма немногими исключеніями, шок'a не было вовсе; не было ни столь рѣзкаго паденія t⁰ тотчасъ послѣ операціи, ни столь значительнаго паденія суточного количества мочи въ первые 2—3 сутокъ послѣ операціи, какъ это обыкновенно наблюдается при употребленіи противогнилостнаго способа. Перистальтика кишекъ и выходженіе газовъ возстановлялись скорѣе послѣ операціи, чѣмъ въ предыдущихъ серіяхъ чревосѣченій. Самочувствіе оперированныхъ было, въ общемъ, тоже несравненно лучше. Для оперирующаго и для помощниковъ операціи, при данной обстановкѣ, стоили меньшихъ усилій, усталости и здоровья.

Этотъ результатъ является тѣмъ болѣе утѣшительнымъ, что въ числѣ оперированныхъ было не мало тяжелыхъ случаевъ.

На ряду съ клиническими наблюденіями были произведены и бактериологическія изслѣдованія,—вначалѣ д-ромъ *Ө. Г. Яновскимъ* (изслѣдованіе содержимаго дренажа брюшной полости), а затѣмъ д-ромъ *Г. Ф. Писемскимъ*, при содѣйствіи д-ра *Ө. Г. Яновскаго* и профессоровъ *А. Д. Павловскаго* и *В. В. Подвысоцкаго*.

Эти изслѣдованія, не вполнѣ еще тогда законченныя, показали, что какъ операціонная комната, такъ и всѣ принадлежности—инструменты, губки, лигатуры, бѣлье—оказываются вполнѣ обезпложенными непосредственно передъ операціей, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и по окончаніи ея.

Содержимое дренажа оказалось стерильнымъ черезъ нѣсколько дней послѣ операціи.

Авторъ демонстрировалъ на съѣздѣ пять пробирокъ съ мясо-пептонъ-желатиною.

„Пробирка № 1. Кусокъ чистой марли, взятой изъ повязки. Больная *Гр—ко*. Оперирована 27/xi 1889. Fibro-myoma cysticum ovarii, вѣсомъ въ 28½ ф. Снятие повязки на 10-й день, 6/xii 1889. Марля обезпложена наканунѣ операціи сухимъ жаромъ въ 110° Ц. въ продолженіи 30 минутъ. Брюшная рана зажила вездѣ первымъ натяженіемъ. Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное.

На стѣнкахъ пробирки (выше желатины) незначительныя колоніи бактерій, несомнѣнно случайныхъ—изъ воздуха.

Пробирка № II. Кусокъ марли, загрязненной засохшею кровью. Повязка снята въ общей палатѣ, послѣ предварительнаго дѣйствія карболоваго распылителя надъ больною. Ножницами и пинцетомъ, обезпложенными на пламени спиртовой лампы, взяты куски марли изъ средней части раны (длина раны 31 см.). Взятые прокаленными на спиртовомъ пламени инструментами куски положены въ пробирки съ мясо-пептонъ-желатиною (приготовленной проф. *А. Д. Павловскимъ*) и поставлены въ термостатъ при 36° Ц. Пробирки находились въ термостатѣ 8 дней, потомъ вынуты и находились все время при комнатной температурѣ. Пробирка № 1 осталась совершенно прозрачною. Пробирка № 2 дала муть на первый день. Муть въ слѣдующіе дни не увеличилась и остается такой-же, какъ и въ первый день; она зависѣла, очевидно, отъ растворившагося гѣмоглобина.

Пробирка № III. Кусокъ фартуха, обезпложеннаго сжатымъ паромъ въ 116° Ц. въ продолженіи 1 часа (наканунѣ операціи). Иг—ва оперирована 3/xii 1889. Послѣ операціонное теченіе было безлихорадочное. Въ концѣ операціи, безъ особенныхъ предосторожностей (ножницы и пинцетъ были въ употребленіи при операціи, вынуты изъ 2% раствора карболовой кислоты и вытерты полотенцемъ) взять кусокъ фартуха, положенъ (не спѣша) въ пробирку съ мясо-пептонъ-желатиною (приготовленной проф. *А. Д. Павловскимъ*). Пробирка стояла въ термостатѣ при 36° Ц. въ теченіе 11 дней, затѣмъ вынута и находилась при комнатной температурѣ. Желатина прозрачна.

Пробирка № IV. Кусокъ лигатуры, приготовленной для операціи и продѣтой черезъ ушко иглы, взять инструментомъ, приготовленнымъ для операціи, и перенесенъ, не спѣша, въ мясо-пептонную желатину. Пробирка оставалась въ термостатѣ нѣсколько

дней; затѣмъ желатина разлита по ея стѣнкамъ по способу *Esmarch'a*. Желатина прозрачна.

Пробирка № V. Кусокъ губки, приготовленной для операци и вымытой въ прокипяченной водѣ. Продѣлано тоже, что и въ предыдущемъ случаѣ и съ тѣмъ же результатомъ.

Предъявленные предметы доказываютъ, что они были дѣйствительно обезпложены. Сверхъ того, они же доказываютъ, что были обезпложены и инструменты, которыми они перенесены, въ пробирки, а отчасти даже, что былъ обезпложень и воздухъ. Въ послѣднемъ отношеніи чрезвычайно интересна пробирка № III, ибо операционный халатъ находился въ операционной комнатѣ болѣе часа въ свободномъ соприкосновеніи съ воздухомъ.

Не менѣе драгоцѣнны и пробирки №№ I и II, доказывающія, что и поверхность самой раны въ теченіи 10 дней можетъ быть поддерживаема въ совершенно безгнилостномъ состояніи“.

На основаніи какъ приведенныхъ клиническихъ данныхъ, такъ и гармонирующихъ съ ними бактериологическихъ изслѣдованій, а также на основаніи, существующаго литературнаго матеріала, вопросъ о возможности вполнѣ безгнилостнаго производства чревосѣченій и объ его преимуществахъ предъ противогнилостнымъ авторъ считаетъ вполнѣ доказаннымъ. Примѣненіе растворовъ сулемы для обмыванія пола операционной комнаты, мебели, рукъ оператора или живота больной и т. п. не есть уклоненіе отъ асептики, такъ какъ сущность асептики заключается въ томъ, чтобы достигнуть безгнилостнаго состоянія раны какими бы то ни было мѣрами, лишь бы не было вреда для больной отъ непосредственнаго поступленія ядовитыхъ обеззараживающихъ средствъ въ ея ткани. Одно изъ необходимыхъ условій для безгнилостныхъ операци—*быстрое и ловкое ихъ производство и, по возможности, избѣжаніе ненужныхъ ушибовъ, разминаній и раненій брюшины.*

Что же касается обязательнаго немедленнаго введенія этого способа въ ежедневную практику всѣхъ врачей, то авторъ не считаетъ это возможнымъ въ силу того, что асептика, съ одной стороны, представляетъ ученіе, не достаточно еще разработанное, не вполнѣ законченное; съ другой же, трудность для проведенія ея въ повседневной практикѣ врача весьма значительна, вслѣдствіе значительной сложности современнаго асептическаго аппарата. Къ тому же, благоразумно примѣняемый антисептический способъ въ другихъ областяхъ тѣла рѣдко сопровождается столь значительнымъ вредомъ, какъ при чревосѣченіяхъ.

Въ виду того, что статья „*Асептика или антисептика при чревосѣченіяхъ*“ (24) (также „*Aseptik oder Antiseptik bei Laparotomien*“) (25) сама по себѣ представляетъ краткое извлеченіе изъ многочисленныхъ наблюденій и работъ автора и его ассистентовъ, она печатается здѣсь безъ сокращеній.

„Мм. Гг! Блестящіе успѣхи чревосѣченій, достигнутые во всѣхъ частяхъ земного шара, составляютъ нашу гордость, и не только гордость гинекологовъ и хирурговъ, но и всей современной медицины.

Не смотря на это, строго-научный способъ лѣченія наносимой при чревосѣченіи раны еще не выработанъ; и потому обмѣнъ мыслей по этому поводу въ столь почтенномъ собраніи былъ бы крайне желателенъ.

Микробная теорія происхожденія гнилостныхъ заболѣваній и распространяющихся нагноеній должна считаться доказанною. Новѣйшія работы о возможности нагноенія безъ микробовъ, равно какъ и о возможности невоспріимчивости къ впрыскиваемымъ гноероднымъ микробамъ (*Grawitz* и др.), не опровергають важной для насъ сущности дѣла. Поэтому и въ настоящее время, какъ и при введеніи способа *Lister'a*, охраненіе раны отъ внѣдренія въ нее микробовъ должно считаться одною изъ самыхъ важныхъ обязанностей хирурга. Отсюда ясно, что вполнѣ научныхъ способовъ для предотвращенія зараженія и лѣченія ранъ мы имѣемъ только два — антисептическій (противогнилостный) и асептическій (безгнилостный). Остальные существующіе способы, въ сущности, могутъ быть сведены или къ тому, или къ другому.

Свойства болѣзнетворныхъ микробовъ далеко еще не вполнѣ изучены; не изучены также и условія, при которыхъ неболѣзнетворные микробы вырабатываютъ опасные для тѣла птомаины и токсины. Поэтому, для надежной защиты раны отъ вредныхъ для тѣла микробовъ, необходимо защитить ее не только отъ гнилостныхъ и гноеродныхъ микробовъ, но и отъ микробовъ вообще, т. е., стремиться къ тому, чтобы рана была *обезпложенная*. Обезпложенность раны составляетъ нашу цѣль, какъ при безгнилостномъ, такъ и при противогнилостномъ способахъ. Различіе между этими 2 способами, въ ихъ современномъ видѣ, можетъ быть выражено слѣдующимъ образомъ: при безгнилостномъ способѣ обезпложивается все, что приходитъ въ соприкосновеніе съ поверхностію раны, въ томъ числѣ и воздухъ; при противогнилостномъ же мы дѣлаемъ тоже самое, но, сверхъ того, пытаемся еще убить или ослабить микробы и въ самой ранѣ, вводя въ нее противогнилостныя средства.

Но обладаемъ ли мы способами для полученія обезпложенной раны? Съ этою цѣлію мы смѣло можемъ перенести въ клинику многіе изъ физическихъ и химическихъ дѣятелей, хорошо уже изученныхъ бактериологіею. Это уже и сдѣлано во многихъ клиникахъ. Я позволю здѣсь привести вкратцѣ способы, примѣняемые въ моей клиникѣ, въ дополненіе къ статьѣ моей, напечатанной во „Врачѣ“ 1890, №№ 2 и 3 [См. также статью д-ра *Г. Ф. Писемскаго* (Врачъ, 1890, №№ 18—21) и мою статью въ *Centralblatt für Gynäkologie*, 1890, № 9].

Самый могучій и удобный обезпложивающій дѣятель—сжатый, текуцій паръ; онъ проведенъ у меня въ большую обеззараживающую палату, въ которой обезпложиваются, при 110—119° Ц., перевязочныя средства, инструменты, бѣлье, операционныя халаты и платьѣ помощниковъ, лигатуры, вода и т. д. Однократное обезпложиваніе перевязочныхъ средствъ и т. д. текучимъ, несжатымъ паромъ, при 100° Ц., или про-

стымъ кипяченіемъ недостаточно, во 1-хъ, потому, что микробы и ихъ споры при этомъ не убиваются вполнѣ надежно, а во вторыхъ, потому что и ядовитые химическіе продукты жизнедѣятельности микробовъ не разрушаются при этой температурѣ (см. *Brieger* и *Fränkel*, Berliner klinische Wochenschrift, 1890, №№ 11 и 12). Удобный и недорогой, но слишкомъ малый приборъ для обезпложиванія сжатымъ паромъ, помощію спиртовой лампы, представляетъ *Papin*'овъ котель, или аутоклавъ (напр., autoclave фабриканта *Wiesnegg*'а въ Парижѣ). Руки оператора и брюшные покровы оперируемой обезпложиваются по *Fürbringer*'у. Прекрасныя обезпложенныя губки готовятся по видоизмѣненному способу *Wölfler*'а.

При строго научномъ веденіи дѣла, при стремленіи исключить всякаго рода случайности, необходимо имѣть обезпложенные воду и воздухъ. Объ этомъ я и позволю себѣ высказаться нѣсколько подробнѣе.

Клиники съ центральнымъ водянымъ отопленіемъ, подобныя моей, могутъ получать теплую обезпложенную воду прямо изъ системы трубъ, служащихъ для отопленія. Здѣсь вода подвергается ежедневно подогреванію до 40—60° Ц., что совершенно достаточно для повторнаго обезпложиванія по *Tyndall*'ю. Для бѣльшей вѣрности и для освобожденія отъ механическихъ примѣсей, я фильтрую эту воду, проведенную въ операціонную комнату, чрезъ фильтръ *Chamberland-Pasteur*'а. Обезпложенное состояніе, получаемой при данномъ способѣ, воды много разъ было въ моей клиникѣ доказано бактериологическими изслѣдованіями.

Для освобожденія воздуха отъ микробовъ употребляются процѣживаніе его чрезъ ватные фильтры, и промываніе, какъ стѣнъ и потолка, такъ и всего воздушнаго пространства комнаты, громаднымъ количествомъ воды изъ водопроводнаго крана. — Въ послѣднее время въ моей клиникѣ сдѣлано остроумное и недорогое приспособленіе для промыванія воздуха по мысли *К. М. Сатъжко*. Изъ системы водопроводныхъ трубокъ, проведенныхъ подъ потолкомъ, получается рядъ тонкихъ, но сильныхъ струекъ воды, до 2 мм. въ діаметрѣ; струйки эти превращаются въ мельчайшую водяную пыль, вслѣдствіе отраженія отъ прикрѣпленныхъ въ небольшомъ разстояніи подъ ними вогнутыхъ никеллированныхъ зеркалъ, въ 1 см. въ діаметрѣ. Число отдѣльныхъ струекъ невелико, но онѣ рассчитаны такимъ образомъ, что ни одна точка потолка, стѣнъ и всего воздушнаго пространства комнаты не минуетъ дѣйствія воды, увлекающей за собою всѣ взвѣшенныя въ воздухѣ частицы на полъ. Способъ этотъ, давшій, при предварительномъ испытаніи его, прекрасные результаты, будетъ описанъ самимъ его авторомъ¹⁾. Модель же всего приспособленія помѣщена для осмотра на выставкѣ, устроенной при нашемъ съѣздѣ.

Если мы примѣняемъ не безгнилостный, а противогнилостный способъ, то, сверхъ перечисленныхъ мѣръ, вводимъ еще въ самую рану обеззараживающія жидкости. Но такъ какъ тѣло челоуѣка обладаетъ собственными приспособленіями для борьбы съ микробами (фагоциты проф. *И. И. Мечникова*, микробы убивающія вещества, найден-

¹⁾ См. Врачъ, 1890, стр. 765. Реф.

ная въ сывороткѣ крови *Buchner*'омъ, *Nissen*'омъ, *Nutall*'емъ и недавно *Нечаевымъ*¹⁾, а также въ жидкости брюшной водянки *Pruden*'омъ), то мы и ограничиваемся, для введенія въ рану, возможно малыхъ количествъ и притомъ слабыхъ растворовъ противогнилостныхъ средствъ. Бактеріологическіе опыты показываютъ, что даже малая примѣси обеззараживающихъ веществъ къ питательнымъ средамъ рѣзко вліяютъ на развитіе въ нихъ разводокъ микробовъ. Въ завѣдываемой мною клиникѣ употребляется до сихъ поръ преимущественно 2⁰/₀ растворъ карболовой кислоты для мытья губокъ во время операціи, для погруженія инструментовъ и для мытья рукъ въ случаѣ, если операція продолжительна. Понятно, что при этомъ въ тѣло вводятъ лишь самыя незначительныя количества карболовой кислоты.

Спрашивается, достаточны ли перечисленныя средства для достиженія цѣли, поставленной нами выше, т. е. обезпложеннаго состоянія раны?

Повѣрочныя бактеріологическія изслѣдованія были произведены моимъ ассистентомъ, д-ромъ *Г. Ф. Писемскимъ*, подъ руководствомъ спеціалистовъ бактеріологовъ — проф. *А. Д. Павловскаго* и д-ра *Ө. Г. Яновскаго*. Были изслѣдованы лигатуры, губки, перевязочныя средства, бѣлье, операціонные халаты, инструменты, ногти и кожаца рукъ оператора и помощниковъ, вода и воздухъ операціонной комнаты и, наконецъ, самая рана и брюшная полость. Для изслѣдованія были примѣнены различныя среды, а именно: бульонъ, МПЖ, МПАА и кровяная сыворотка. Среда разливалась, какъ въ пробирки, такъ и на пластинки.

Общій выводъ изъ болѣе чѣмъ 200 отдѣльныхъ изслѣдованій значительно болѣе благопріятенъ, чѣмъ результаты прежнихъ изслѣдованій въ этой области (*Schlange* и др.). Оказалось, что, при нами примѣняемыхъ приемахъ, удается почти навѣрняка обезплодить все, что приходитъ въ соприкосновеніе съ раной, кромѣ воздуха. Воздухъ изслѣдовался по способу самоосажденія на пластинки и двойныя чашки. Изъ 50 наблюдений, сдѣланныхъ въ разное время, оказалось, что въ операціонной комнатѣ воздухъ относительно значительно чище, чѣмъ въ сосѣднихъ палатахъ, въ которыхъ найдены—maximum 253 колоніи въ одной чашечкѣ *Koch*'а за 1/2 часа, minimum—31; тѣмъ не менѣе, воздухъ операціонной комнаты во время операцій оказывался болѣею частію довольно значительно загрязненнымъ микробами (до 38 колоній). Только одинъ разъ изъ 30 наблюдений изъ воздуха операціонной комнаты не получилось ни одной колоніи до операціи и 2 колоніи во время операціи²⁾.

Болѣе всего интересны результаты изслѣдованій на микробы тканей брюшной раны и содержимаго брюшной полости. Всѣхъ такихъ изслѣдованій произведено 43. Ткани переносились въ пробирки съ различными питательными средами, болѣею частію при окончаніи операціи; при этомъ, по необходимости, не всегда удавалось

¹⁾ Медицинское Обозрѣніе, 1890, № 10.

²⁾ Способъ *Сатъжко*, давшій значительно лучшіе результаты, былъ испытанъ только по окончаніи семестра.

примѣнить всѣ нужныя предосторожности. Несмотря на эти неблагоприятныя обстоятельства, ткани изъ брюшной раны 4 раза изъ 7 оказались безплодными. Кровь и кровяные сгустки, извлеченные губками по окончаніи операціи со дна *Douglas'*ова пространства, изъ 10 разъ въ 5-ти оказались безплодными, не смотря на то, что губки были долго на воздухъ и нѣсколько разъ вымывались 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты, или обезпложенною водою. Кромѣ того, были изслѣдованы кусочки изъ сращеній, жидкость брюшной водянки, пробки изъ перекрученной ножки и т. д. Наконецъ, были изслѣдованы и кусочки изъ культы ножки, и 6 разъ изъ 9 оказались безплодными. Нѣкоторые изъ препаратовъ имѣю честь предъявить присутствующимъ.

Такимъ образомъ, можно считать бактериологически точно доказаннымъ, что обезпложенное состояніе раны достижимо, хотя и не во всѣхъ случаяхъ.

Посмотримъ теперь, какіе результаты дали параллельныя клиническія наблюденія? На 87 чревосѣченій, произведенныхъ, по изложеннымъ началамъ, за послѣдніе 4 семестра, я потерялъ 2 оперированныхъ, что составляетъ 2,2⁰/₀ смертности; изъ этихъ двухъ отъ гнилостнаго процесса умерла одна больная, — послѣ труднаго вылуценія внутрисвязочной кисты. Общій результатъ по отношенію къ смертности отъ гнилостныхъ заболѣваній (1,1⁰/₀) нельзя не признать весьма удовлетворительнымъ, особенно если принять въ расчетъ, съ одной стороны, большое число весьма трудныхъ случаевъ и малое число сравнительно неопасныхъ операцій (удаленій придатковъ, кастрацій и т. п.), а, съ другой, что операціи произведены въ клиникѣ, широко эксплуатируемой для преподаванія студентамъ. Наибольшій рядъ непрерывно благоприятныхъ исходовъ былъ 56, а, за исключеніемъ неоконченной операціи, — 70.

По отношенію къ числу лихорадочныхъ заболѣваній въ послѣопераціонномъ періодѣ получены еще болѣе счастливые результаты, а именно, случаевъ, протекшихъ безусловно безлихорадочно (maximum 37,6⁰ Ц.), мы получили 46⁰/₀¹⁾. Случаевъ, въ которыхъ maximum температуры не превышало 38⁰ Ц., было 77,3⁰/₀. Наконецъ, изъ тѣхъ 22⁰/₀, гдѣ послѣопераціонный періодъ протекалъ съ лихорадкою, т. е., выше 38⁰ Ц., разумѣется, далеко не во всѣхъ слѣдуетъ предполагать заболѣванія, связанныя съ операціонной раной. Повышеній до 40⁰ Ц. не было ни разу.

Изъ приведенныхъ цифръ видно, что и по клиническимъ даннымъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, нужно признать достижимымъ обезпложенное состояніе раны и безгнилостное теченіе послѣопераціоннаго періода. Общій результатъ, какъ по отношенію къ смертности, такъ и по отношенію къ заболѣваемости въ послѣопераціонномъ теченіи чревосѣченій въ моей клиникѣ можетъ быть преставленъ рядомъ съ наиболѣе успѣшными статистиками чревосѣченій, опубликованными по сіе время.

¹⁾ У *Bantock'a* (Inaugural adress on Listerism, стр. 22) съ температурой до 37,7⁰/₀ было 14⁰/₀, у *Thornton'a* (тамъ-же) только 10⁰/₀. У *Terillon'a* (Bulletin médical, 1890, № 52), оперировавшаго приблизительно по тѣмъ же самымъ началамъ, какъ и я, получено 90⁰/₀ съ „нормальною температурою“ (градусы въ рефератѣ точно не обозначены).

Послѣ этихъ фактическихъ данныхъ обратимся къ разрѣшенію поставленнаго въ заголовкѣ вопроса: какому-же способу мы должны отдать преимущество—безгнилостному, или противогнилостному? Отвѣтить на это въ настоящее время легче, чѣмъ прежде. Мы видѣли, что при современномъ состояніи науки разница между противогнилостнымъ и безгнилостнымъ способами далеко не такъ велика, какъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Тогда мы поливали рану, или даже вымывали всю брюшную полость, громадными количествами 3—4‰ растворовъ карболовой кислоты, или соответственными количествами другихъ противогнилостныхъ средствъ, стараясь, по возможности, приблизиться къ такой крѣпости растворовъ, какая необходима для убиванія микробовъ внѣ организма. Не умѣя тщательно обезпложивать всю обстановку, мы наполняли атмосферу операционной комнаты удушливыми парами карболоваго spray, отравляя, по необходимости, и больного, и самихъ себя. Безспорно, это были только первые шаги, хотя и сдѣланные по вѣрному направленію, но еще далекіе отъ совершенства. Крайности, допущенныя при примѣненіи противогнилостныхъ мѣръ на практикѣ, вызвали вполнѣ естественную реакцію. Явились работы *Köberlé*, *Lawson-Tait'a*, *Bantock'a* и др. Ихъ великая заслуга состоитъ въ томъ, что они заставили насъ еще разъ внимательно разсмотрѣть, все ли строго необходимо въ нашихъ противогнилостныхъ мѣрахъ? Съ другой стороны, въ тоже самое время юная еще бактеріологія успѣла завоевать себѣ законныя права и проникла въ клиники, гдѣ и заняла почетное мѣсто, наравнѣ съ микроскопомъ и химическими приборами. Она дала намъ возможность научно провѣрять всѣ наши дѣйствія и показала, что то, что прежде казалось мало вѣроятнымъ—а именно, достиженіе обезпложенаго состоянія всей обстановки операци и даже самой раны—возможно; благодаря бактеріологіи, выработался современный способъ предупрежденія зараженій раны, изложенный выше и принятый теперь уже многими.

Сущность современныхъ противогнилостнаго и безгнилостнаго способовъ сводится къ тому, что главныя наши мѣры направляются на обезпложиваніе не самой раны, а всего, что съ нею приходитъ въ соприкосновеніе. Это довольно рѣзко отличается отъ того, что принято называть противогнилостными приемами. Наши теперешніе приемы строже удовлетворяютъ идеальнымъ требованіямъ—сдѣлать самое рану безплодною. вмѣстѣ съ тѣмъ это достигается безъ всякаго вреда для больной и для оперирующихъ. Отъ эмпирической „чистоты“ *Bantock'a* и *Lawson-Tait'a* и др. излагаемые приемы выгодно отличаются тѣмъ, что подлежатъ строгой научной провѣркѣ и потому болѣе надежны.

Въ силу только-что изложеннаго, современный способъ предупреждать зараженіе ранъ заслуживаетъ особаго названія. Наиболѣе подходящимъ было бы назвать его *обезпложивающимъ способомъ*. Названіе это заключаетъ въ себѣ и главныя основы способа, и сущность его приемовъ, и его цѣль. Очевидно, что понятіе о способѣ обезпложиванія ближе всего подходитъ къ понятію о безгнилостномъ (асептическомъ) способѣ; только оно точнѣе передаетъ бактеріологическую и клиническую сущности

дѣла. Установивъ такимъ образомъ понятіе о способѣ обезпложиванія въ примѣненіи его къ лѣченію ранъ, мы, на основаніи вышесказаннаго, должны уже признать, что безгнилостный и противогнилостный способы суть ничто иное, какъ подвиды этого способа. Сдѣлать выборъ между этими подвидами уже нетрудно.

Принципіально безгнилостный способъ долженъ быть поставленъ выше противогнилостнаго, уже по одному тому, что при первомъ въ тѣло не вводится ядовитыхъ веществъ, которыя, будучи употребляемы въ маломъ количествѣ и въ слабыхъ растворахъ, не могутъ, правда, вызвать общаго отравленія организма, но могутъ, всё-таки, вредно вліять на тканевые элементы, нарушая правильный ходъ ихъ возродительной дѣятельности, при заживленіи раны. Вообще, такъ какъ живыя, незараженные ткани не содержатъ въ себѣ микробовъ, то противогнилостный способъ служитъ какъ бы выраженіемъ нашего безсилія въ огражденіи раны отъ вторженія въ нее постороннихъ, вредныхъ дѣятелей, которые не должны въ нее попадать.

Я не сомнѣваюсь, что, разъ будутъ признаны вѣрными начала безгнилостнаго способа и разъ уже доказано, что обезпложенное состояніе раны при этомъ способѣ достижимо, то въ недалекомъ будущемъ будутъ найдены и приемы, которые сдѣлаютъ этотъ способъ безусловно надежнымъ и болѣе удобнымъ для примѣненія на практикѣ. Быть можетъ, вышеупомянутый способъ д-ра *Санъжко*, освобождая воздухъ отъ микробовъ, будетъ имѣть въ этомъ отношеніи большое значеніе.

Въ настоящее же время мы должны отдать, для большинства случаевъ, преимущество противогнилостному способу, понимая его въ томъ смыслѣ, какъ это изложено выше, т. е., какъ подвидъ обезпложивающаго способа. Это предпочтеніе предписываетъ намъ необходимая осторожность клинициста. Оно основывается прежде всего и а priori, на невозможности пока получить вполне надежно обезпложенный воздухъ въ операционной комнатѣ. Если нельзя освободить воздухъ отъ микробовъ, или оперировать вовсе безъ доступа воздуха, то понятно, что весьма трудно получить обезпложенную рану. При этомъ хирургъ подвергается цѣлому ряду случайностей, подобно бактериологу, который не принялъ бы самыхъ тщательныхъ предосторожностей для защиты своихъ питательныхъ средъ отъ прямого доступа воздуха.

Но, кромѣ того, это подтверждается и практически на нашемъ матерьялѣ послѣдняго семестра. Изъ 28 случаевъ 15 я провелъ безусловно по безгнилостному способу, а 13, параллельно, по способу обезпложиванія, съ употребленіемъ 2⁰/₀ раствора карболовой кислоты для мытья губокъ и инструментовъ. Какъ клиническое теченіе, такъ и результаты бактериологическихъ изслѣдованій, получились нѣсколько худшіе въ первой группѣ, чѣмъ во второй, если можно только основываться на сравненіи столь малыхъ цифръ. Въ послѣоперационномъ періодѣ лихорадили (т. е., температура, хотя бы только однажды, превышала 38⁰ Ц.) въ первой группѣ 40⁰/₀, а во второй 15⁰/₀. Единственный случай смерти наблюдался въ первой группѣ (6,6⁰/₀ смертности). Вторая же группа, вмѣстѣ съ оперированными по тому-же способу въ предшествовавшіе 3 семестра, дала 1 смерть на 72 чревоушибленія, т. е., 1,3⁰/₀, и при этомъ ни одной смерти

отъ гнилостнаго зараженія ¹⁾. Такимъ образомъ, изъ приведенной статистики вытекаетъ, что не пришло еще время изгнать изъ клиники всѣ противогнилостныя средства. Было бы смѣшно страшиться, изъ-за увлеченія моднымъ безгнилостнымъ способомъ, каждой капли карболовой кислоты, которою мы недавно еще въ такомъ обилии поливали всѣ раны.

Я полагаю, что и въ будущемъ, даже когда безгнилостный способъ займетъ подобающее ему первенствующее мѣсто, противогнилостный способъ, въ той или иной формѣ, не можетъ быть изгнанъ совершенно. Оба эти способа будутъ имѣть свои особыя показанія въ клиникѣ. Точное разграниченіе этихъ показаній можетъ быть выработано лишь въ послѣдствіи. Въ настоящее же время можно, приблизительно, намѣтить слѣдующія показанія къ противогнилостному подвиду обезпложивающаго способа:

- 1) Уже имѣющіяся микробныя заболѣванія брюшины.
- 2) Гнойныя скопленія въ брюшинѣ и въ подлежащихъ тканяхъ.
- 3) Операции въ неприспособленныхъ помѣщеніяхъ, напр., въ частной практикѣ.
- 4) Неоконченныя операции.
- 5) Внѣбрюшинный способъ.
- 6) Необходимость дренированія.
- 7) Существованіе въ больницѣ въ данное время заразныхъ болѣзней ранъ.

Безгнилостный подвидъ уже и теперь показанъ при заболѣваніяхъ паренхиматозныхъ органовъ, особенно почекъ, а также, можетъ быть, и въ чистыхъ случаяхъ пробныхъ разрѣзовъ.

Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ выборъ способа вполнѣ предоставляется личнымъ возрѣніямъ оператора, но осторожное примѣненіе чисто обезпложивающаго способа въ практикѣ можно считать совершенно оправдываемымъ существующими научными данными.

Заканчивая свой докладъ, позволяю себѣ еще разъ формулировать его главное заключеніе:

Наиболѣе основательнымъ способомъ лѣченія ранъ въ настоящее время долженъ быть признанъ способъ обезпложиванія, такъ какъ онъ позволяетъ намъ получать обезпложенную рану. При этомъ дѣленіе на безгнилостный (асептический) и противогнилостный (антисептический) способы я считаю несущественнымъ, но, пока мы не будемъ обладать болѣе совершенными приемами для примѣненія безгнилостнаго способа въ нашихъ операционныхъ залахъ, и въ частной практикѣ, до тѣхъ поръ нельзя

¹⁾ Необходимо отмѣтить, впрочемъ, что первая группа дала, все-же, лучшіе результаты, чѣмъ мои предшествовавшія 138 чревосѣченій, произведенныя съ 1883 по 1888 годъ, при широкомъ примѣненіи классическаго противогнилостнаго способа и безъ провѣряемаго обезпложиванія: эти 138 чревосѣченій дали 15,9% смертности. (Вся статистика моя обнимаетъ въ настоящее время 225 чревосѣченій съ 10,2% смертности).

отказываться, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, отъ введенія въ рану умѣренныхъ количествъ противогнилостныхъ средствъ.

Въ заключеніе, полагаю возможнымъ высказать, что обезпложивающій способъ представляетъ цѣнное пріобрѣтеніе современной хирургіи и что онъ позволяетъ еще болѣе улучшить предсказаніе при чревосѣченіяхъ“.

И. И. Ляхницкій.— „Новый способъ приготовленія асептическихъ палочекъ тупело“ (съ демонстраціею бактериоскопическихъ препаратовъ) (26). Методы, употреблявшіеся до сихъ поръ для обеззараживанія разбухающихъ средствъ, докладчикъ дѣлитъ на 3 категоріи: 1) заключеніе разбухающихъ палочекъ въ легко обеззараживаемые, непроницаемые для жидкости мѣшки; 2) пропитываніе разбухающихъ палочекъ дезинфицирующими веществами, при помощи погруженія первыхъ въ растворъ послѣднихъ; 3) непродолжительное кипяченіе палочекъ въ водномъ или спиртномъ растворѣ карболовой кислоты, сулемы и т. п.

Первый методъ довольно хлопотливъ и неудобенъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ каналъ маточной шейки узокъ; кромѣ того, онъ уменьшаетъ эффектъ дѣйствія палочекъ, такъ какъ при немъ необходимо брать, сравнительно, болѣе тонкія палочки.

При второмъ методѣ палочки, послѣ предварительнаго разбуханія въ дезинфицирующихъ растворахъ, не возвращаются къ первоначальному объему, принимаютъ неправильную угловатую форму и дѣлаются шероховатыми. Эти выводы докладчикъ подтвердилъ точными измѣреніями діаметровъ палочекъ до и послѣ разбуханія въ дезинфицирующихъ растворахъ. Третій методъ пригоденъ лишь для палочекъ ляминарій.

Въ виду указанныхъ неудобствъ, докладчикъ рекомендуетъ новый способъ обеззараживанія палочекъ, практикуемый въ акушерской клиникѣ университета св. Владиміра. Способъ этотъ состоитъ въ подогрѣваніи палочекъ тупело при высокой (140—160° С.) температурѣ въ теченіе полчаса въ аппаратѣ Koch'a, при чемъ t° поднимается до maximum'a лишь съ извѣстной постепенностью. „Прожариваніе“ палочекъ производится обыкновенно въ сухой, запаянной съ одного конца стеклянной трубкѣ, послѣ чего трубка тотчасъ же запаивается и съ другого конца. Непосредственно передъ употребленіемъ палочки трубка разламывается, и стерилизованная палочка вводится въ предварительно обеззараженный каналъ шейки при помощи прокаленного корнцанга. При этомъ способѣ палочки тупело нисколько не измѣняютъ своихъ свойствъ, и разбухающая способность ихъ даже увеличивается. Приготовленіе асептическихъ палочекъ по этому способу весьма просто и можетъ быть производимо каждымъ врачомъ на спиртовой лампѣ. Палочки могутъ быть удобно пересылаемы безъ опасенія измѣнить ихъ асептическія качества. Докладчикъ произвелъ рядъ бактериоскопическихъ опытовъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ университета св. Владиміра, съ цѣлію выяснить, насколько дѣйствительны какъ прежніе способы обеззараживанія палочекъ, такъ и вновь предлагаемый. Опыты произведены съ палочками, обеззараженными въ безводномъ

спиртномъ и эфирномъ растворахъ сулемы ($1/10^0/0$), іодоформа ($30^0/0$), іодола ($30^0/0$), салола ($5^0/0$) и въ $30^0/0$ растворѣ іодоформа въ продажномъ эфирѣ, а также и съ палочками, обеззараженными при высокой температурѣ. Питательными жидкостями были избраны мясопептонный бульонъ и перитонеальная серозная жидкость, добытая при операциі оваріотоміи. При опытахъ съ обеззараженными палочками, въ теченіе 18 дней, въ питательныхъ жидкостяхъ не получилось разводокъ, необеззараженныя же палочки дали обыкновенныя разводки микроорганизмовъ гніенія.

Такимъ образомъ, оказывается, что всѣ упомянутые способы обеззараживанія палочекъ тупело удовлетворяютъ цѣли, но способъ прожариванія палочекъ имѣетъ слѣдующія преимущества передъ другими способами: 1) палочки не только не увеличиваются, а даже уменьшаются въ объемѣ, 2) не теряютъ своей правильной формы и гладкой поверхности, 3) вполнѣ асептичны, 4) легко и дешево могутъ быть приготовлены всякимъ врачомъ и аптекаремъ, 5) удобны для перевозки въ инструментальномъ наборѣ и для пересылки на далекія разстоянія.

Г. Ф. Писемскій.— „Нѣкоторыя новыя данныя о примѣненіи асептики при чревосѣченіяхъ въ акушерской клиникѣ университета св. Владиміра“ (27). Статья эта служитъ дополненіемъ къ докладу проф. Г. Е. Рейна: „Объ асептикѣ при чревосѣченіяхъ“, сообщенному имъ на VIII съѣздѣ естествоиспытателей и врачей (См. выше, стр. 61). Со времени этого доклада, въ которомъ изложены мѣры, принимаемыя для достиженія безгнилостной обстановки при чревосѣченіяхъ, нѣкоторыя изъ этихъ мѣръ уже подверглись существеннымъ измѣненіямъ. Самое главное измѣненіе касается замѣны противогнилостныхъ растворовъ обезпложенной водой. Раньше обезпложиваніе воды достигалось неполное—посредствомъ повторнаго кипяченія,—и полное—посредствомъ текучаго пара. Оба эти способа имѣютъ свои неудобства. Поэтому въ настоящее время въ клиникѣ употребляется имѣющаяся въ избыткѣ вода, служащая для цѣлей отопленія, оказавшаяся, при бактериологическихъ изслѣдованіяхъ, вполнѣ обезпложенной. Эта вода, однако, мутна отъ примѣси взвѣшенныхъ въ ней постороннихъ веществъ, и ее приходится фильтровать, для каковой цѣли, съ успѣхомъ, служитъ фильтръ *Chamberland—Pasteur'a*. Получаемая такимъ способомъ вода служитъ во время операциі для мытья инструментовъ, рукъ, салфетокъ и пр. Для обеззараживанія перевязочныхъ средствъ, лигатуръ, бѣлья и пр. служитъ текучій паръ, въ которомъ эти предметы оставляются на 1 часъ при t^0 114—118 С. Губки же обрабатываются, по-прежнему, по измѣненному способу *Wölfler'a*. Инструменты, по-прежнему, кипятятся въ закрытомъ сосудѣ, но уже не въ простой, а въ обезпложенной водѣ. Въ статьѣ описанъ фильтръ *Chamberland—Pasteur'a* и его употребленіе, а также цѣлый рядъ пробирокъ, содержащихъ взятыя для бактериологическаго изслѣдованія частицы разныхъ предметовъ: перевязочныхъ средствъ, одежды, ногтей оператора и ассистентовъ и, наконецъ, тканей и жидкостей, взятыхъ изъ брюшной полости во время операциі. Въ качествѣ питательныхъ средъ были взяты

мясопептонъ—желатина, мясопептонъ—агаръ-агаръ и кровяная сыворотка. Посѣвы производились въ пробирки съ бульономъ и на Коховскихъ пластинкахъ. Показанныя пробирки, простоявшія продолжительное время, частію при комнатной температурѣ, частію въ термостатѣ, не обнаружили разводокъ микробовъ: питательныя среды остались прозрачными и чистыми. Результаты бактериологическаго изслѣдованія воздуха операционной комнаты оказались далеко не столь благопріятными. Изслѣдованія производились при помощи Коховскихъ пластинокъ и двойныхъ чашекъ съ питательными средами. Во всѣхъ случаяхъ, при всѣхъ условіяхъ опыта, на пластинкахъ осаждались бактеріи и плѣсневые организмы и давали много колоній. Меньше колоній получалось послѣ того, когда въ отверстія приводящихъ въ операционную комнату воздухъ каналовъ были вставлены ватные фильтры. По мнѣнію докладчика, опирающагося на благопріятное клиническое теченіе операций, колоніи, по всей вѣроятности, принадлежать не патогеннымъ, а сапрофитнымъ бактеріямъ. Заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что, не смотря на присутствіе бактерій въ воздухѣ операционной комнаты, при изслѣдованіи частицъ ножки и содержимаго брюшной полости, взятыхъ во время операции, въ 5 опытахъ изъ 7 получились благопріятные результаты. Слѣдовательно, при данной постановкѣ дѣла, брюшная полость оперируемой можетъ быть защищена отъ микроорганизмовъ и, при усовершенствованной и быстрой техникѣ оператора, асептика можетъ дать довольно надежные результаты.

Въ статьѣ того же автора. „Нѣсколько словъ объ асептикѣ при возбужденіи преждевременныхъ родовъ“ (28), авторъ находитъ, что операция искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ въ настоящее время занимаетъ видное мѣсто въ оперативномъ акушерствѣ, чему она обязана, главнымъ образомъ, асептическому способу; статистики, относящіяся къ послѣднимъ годамъ (д-ра *Баландина*, *Ahlfeld'a*, *Leopold'a* и др.), служатъ тому лучшимъ доказательствомъ. Въ частности, статистика акушерской клиники университета св. Владимира, обнимающая 10 сл., дала 0⁰/₁₀ смертностей матерей; изъ плодовъ же одинъ родился въ глубокой асфиксіи и не былъ оживленъ, а другой—родился мацерированнымъ, въ остальныхъ 8 случаяхъ—результатъ благопріятный. Что касается способа возбужденія преждевременныхъ родовъ, то примѣненіе гальваническаго тока, должно считать наиболѣе отвѣчающимъ физиологическимъ условіямъ родового процесса. Кіевская клиника имѣетъ два наблюденія, говорящія въ пользу этого средства. Остальныя же наблюденія относятся къ случаямъ примѣненія бужа (способъ *Krause*); одно изъ нихъ изложено докладчикомъ подробно, какъ имѣвшее мѣсто на дняхъ и позволяющее сдѣлать нѣкоторые научные выводы. Десятаго октября 1890 года въ клинику поступила жена офицера, 27 лѣтъ, беременная 2-й разъ. Первые роды у нея были искусственно вызваны на 34-й недѣль беременности профессоромъ *А. Я. Красовскимъ*, по причинѣ общаго суженія таза. Изслѣдованіе, произведенное въ Кіевской клиникѣ, дало слѣдующіе результаты: беременность соотвѣтствуетъ началу 34-й недѣли, размѣры таза: D. Tr. 28, 25; D. Sp. 22; D. Cr. 24; Con. Ext. 18,75; Conj. Diag. 11,5;

Conj. Vera 9,5—9,75 см., плодъ живъ, положеніе плода продольное, голова его надъ входомъ въ тазъ; шейка изглажена, наружный зѣвъ пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Женщина малаго роста (140,5 см.), съ искривленными, въ видѣ х, нижними конечностями. Общее состояніе здоровья удовлетворительно. Операция введенія бужа была произведена на креслѣ *Schroeder'a*, при строгомъ соблюденіи предосторожностей противъ инфекции (кипяченіе бужа въ сулемѣ 1:1000, промываніе влагалища сулемой 1-3000, мойка рукъ оператора по *Fürbringer'u* и пр.). Влагалище было обнажено зеркалами *Sims'a*, влагалищная часть захвачена пулевыми щипцами; бужъ введенъ черезъ слой антисептической жидкости (сулема 1:3000), влитой черезъ зеркало, и безъ труда проведенъ въ матку, взадъ и вправо; крови не показалось ни капли. Оставшаяся внѣ матки часть бужа (около 2 см.) обложена полоской іодоформной марли. Очень скоро появились родовыя боли, а спустя 19 часовъ и 25 мин. отъ введенія бужа, родился живой и здоровый ребенокъ. Послѣродовой періодъ протекъ безъ повышенія t^0 у родильницы. Спринцованія влагалища послѣ родовъ не дѣлались, примѣнялись только наружныя обмыванія сулемой 1:3000. Тотчасъ по рожденіи ребенка, до выхожденія послѣда, бужъ былъ извлеченъ изъ матки, конецъ его отрѣзанъ и погруженъ въ пробирку съ питательной средою. Оставаясь въ питательной средѣ 37 дней (изъ коихъ 3 дня въ термостатѣ при 36^0C .), этотъ кусокъ не далъ разводокъ бактерій. Такимъ образомъ, изъ приведеннаго наблюденія видно, что 1) способъ *Krause* при асептикѣ оказался вполне пригоднымъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ и 2) что онъ дѣйствуетъ только лишь въ силу механическаго раздраженія матки, причиняемаго бужемъ, вопреки заявленіямъ нѣкоторыхъ авторовъ (*Баландинъ*), полагающихъ, что успѣхъ способа *Krause* зависитъ отъ вызываемаго имъ эндометрита инфекціоннаго характера. Этотъ результатъ весьма важенъ и въ состояніи упрочить за бужемъ репутацію средства и вѣрнаго, и вполне отвѣчающаго стремленіямъ современнаго акушерства. Кромѣ изложеннаго случая, въ статьѣ приведены исторіи болѣзни другихъ двухъ клиническихъ случаевъ. Въ 1-мъ случаѣ роды наступили только спустя $7\frac{1}{2}$ сутокъ послѣ введенія бужа, благодаря тому, что бужи не свободно входили, изгибаясь въ нижнемъ отдѣлѣ матки. Роды начались только на 5-й день, когда заразь было удачно введено до дна матки два бужа болѣе толстаго калибра. Во 2-мъ случаѣ роды наступили черезъ $2\frac{1}{2}$ сутокъ послѣ введенія бужа. Въ заключеніе, докладчикъ демонстрировалъ цѣлый рядъ пробирокъ съ погруженными въ питательныя среды кусками бужей, употреблявшихся въ упомянутыхъ случаяхъ. Результаты бактериологическаго изслѣдованія, относящіеся къ первому случаю, указаны выше. Изъ числа пробирокъ относящихся ко 2 и 3 случаю, въ двухъ появилось помутнѣніе питательной среды, зависящее, по мнѣнію докладчика, отъ случайнаго загрязненія при переносѣ; остальные препараты чисты.

Г. Ф. Писемскій и А. П. Яхонтовъ.— „Къ вопросу о примѣненіи безгнилостнаго способа при родахъ“ (29). Наблюденія были производимы въ акушерской клиникѣ университета св.

Владимира въ теченіи 189⁹⁰/₉₁ акад. г. Всѣхъ наблюдений 149; изъ нихъ 100 относятся къ примѣненію безгнилостнаго способа, а 49—противогнилостнаго. Безгнилостный способъ былъ примѣненъ пока только въ случаяхъ нормальныхъ родовъ; противопоказаніемъ къ его примѣненію въ остальныхъ 49 случаяхъ служили: изслѣдованія роженицы внѣ клиники, въ особенности повитухами, повышенія t⁰, оперативныя пособія и мацерированные плоды. Безгнилостный способъ выполнялся слѣдующимъ образомъ: роженица, по прибытіи въ клинику, подвергалась первому изслѣдованію врача и затѣмъ принимала ванну. Какъ первое, такъ и послѣдующія внутреннія изслѣдованія производились послѣ тщательнаго мытья рукъ изслѣдующаго по *Fürbringer*'у и обмыванія наружныхъ половыхъ органовъ роженицы мыломъ и растворомъ сулемы (при первомъ изслѣдованіи 1:1000, а при послѣдующихъ 1:4000). Въ родильномъ покоѣ роженицу изслѣдовали, кромѣ врача, два студента—куратора; однако, число изслѣдованій, по возможности, ограничивалось и, въ среднемъ, производилось около 5 разъ, на каждую роженицу. Обезпложенность рукъ контролировалась бактериологически. Инструменты прокаливались на спиртовой лампѣ, а бѣлье, вата и марля обезпложивались текучимъ паромъ. Промываніе влагилица не производились ни во время родовъ, ни въ послѣродовомъ періодѣ ¹⁾). Уходъ за родильницей сводился къ выполненію общихъ гигиеническихъ мѣръ; наружные половые органы обмывались не менѣе 2-хъ разъ въ день растворомъ сулемы 1:4000. Родильницы вставали на 5—6 день, а выписывались на 8—9 день. Что касается результатовъ, то изъ 100 случаевъ, проведенныхъ по безгнилостному способу, только въ 4-хъ наблюдались послѣродовыя заболѣванія, имѣвшія исходнымъ пунктомъ дѣтородные органы; кромѣ того въ другихъ 3-хъ случаяхъ наблюдалось повышение t⁰ вслѣдствіе начинающейся грудницы. Такимъ образомъ ‰ лихорадившихъ равняется 7 (если не считать нѣсколькихъ случаевъ однократнаго повышенія t⁰ свыше 38⁰), тогда какъ въ 1889 году, при примѣненіи противогнилостнаго способа, онъ равнялся 14,46. Смертныхъ случаевъ не было. На основаніи приведенныхъ наблюдений, авторы приходятъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Безгнилостный способъ веденія нормальныхъ родовъ даетъ результаты, значительно лучшіе, чѣмъ способъ противогнилостный. 2) Въ примѣненіи къ акушерству безгнилостный способъ долженъ стремиться къ тому, къ чему онъ стремится и въ хирургіи брюшной полости, т. е., по возможности, ограждать родовые пути отъ занесенія въ нихъ микробовъ, а не убивать ихъ внутри полового канала введеніемъ противогнилостныхъ жидкостей. 3) Безгнилостный способъ долженъ состоять въ строгой внѣшней и субъективной антисептикѣ, *gesp.* обезпложиваніи при наивозможно рѣдкомъ внутреннемъ изслѣдованіи; послѣднее особенно относится къ низшему медицинскому персоналу. 4) Какъ въ хирургіи заживленіе ранъ, такъ въ акушерствѣ веденіе родовъ при безгнилостномъ способѣ болѣе приближается къ идеалу, ибо скорѣе отвѣчаетъ условіямъ физиологическаго ихъ теченія. 5) Безгнилостный способъ менѣе обре-

¹⁾ Впослѣдствіи, въ случаѣ необходимости промыванія матки, напр. при кровотеченіяхъ, введена въ употребленіе обезпложенная вода, получаемая изъ системы водяного отопленія Клиники и профильтрованная черезъ фильтръ *Chamberland—Pasteur*'а (ср. выше, стр. 74). Реф.

менителенъ для роженицы и персонала, и въ случаѣ, гдѣ роды ведутся не врачомъ, онъ даетъ болѣе гарантій противъ зараженія извнѣ. 6) Вопросъ о дѣйствительности химическихъ противогнилостныхъ средствъ въ примѣненіи къ хирургіи и акушерству нуждается еще въ обстоятельныхъ клиническихъ и лабораторныхъ изслѣдованіяхъ.

А. А. Редлихъ.—„Къ вопросу о примѣненіи обезпложивающаго метода при чревоспиченіяхъ въ частной практикѣ“ (30). Указавъ на недостатки нѣкоторыхъ способовъ (антисептическаго и асептическаго) леченія ранъ, авторъ считаетъ наиболѣе удовлетворяющимъ научнымъ требованіямъ методъ, носящій названіе, по предложенію проф. *Рейна*, метода обезпложивающаго (см. выше, стр. 70). Цѣль этого метода—обезпложенное состояніе раны, т. е., свободное ея состояніе не только отъ септическихъ микроорганизмовъ, но и отъ всякихъ другихъ, даже непатогенныхъ. Для достиженія этой цѣли, обезпложивается все, включая и воздухъ, приходящій въ соприкосновеніе съ поверхностью раны во время операціи. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ въ самой ранѣ имѣются уже микробы, или обезпложенное состояніе послѣдней недостижимо по какимъ либо другимъ причинамъ, въ рану вводятся, такъ называемыя, антисептическія вещества. Въ первомъ случаѣ обезпложивающій способъ представляется болѣе совершеннымъ, но введеніе его во всеобщее употребленіе на практикѣ встрѣчаетъ много затрудненій, такъ какъ при этомъ требуется устройство соотвѣтствующей операціонной комнаты, съ приспособленіемъ для обезпложиванія воздуха, перевязочныхъ матеріаловъ, инструментовъ и проч. Въ особенности большія трудности встрѣчаются при обезпложиваніи воздуха. При примѣненіи безгнилостнаго способа, многіе авторы не придають значенія необходимости устройства приспособленій для этого обезпложиванія. То незначительное количество патогенныхъ микробовъ, которое встрѣчается въ воздухѣ, по ихъ мнѣнію, не можетъ оказать вреднаго вліянія на процессы заживленія ранъ. Но авторъ не согласенъ съ этимъ мнѣніемъ и приводитъ наблюденія д-ра *Миронова*, которымъ подтверждается необходимость заботиться объ обезпложиваніи воздуха операціонной комнаты. Докторъ *Мироновъ*¹⁾, изслѣдуя содержимое брюшной полости въ началѣ и въ концѣ операціи, нашелъ въ первомъ случаѣ содержимое стерильнымъ 21 разъ изъ 23, а во второмъ—только 8 разъ изъ 28. Изслѣдованія того-же автора показали, что занесеніе въ рану даже неболѣзнетворныхъ микробовъ (*micrococcus cereus, albus*, овальные кокки, разжижающіе желатину) отражалось на теченіи послѣопераціоннаго періода; изъ 15 случаевъ, гдѣ были найдены упомянутые кокки, въ 11 были наблюдаемы значительныя повышенія температуры въ послѣопераціонномъ періодѣ; сверхъ того, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ былъ изслѣдуемъ воздухъ возлѣ операціоннаго поля, въ немъ были найдены тѣ-же микробы, что и въ загрязненной брюшной полости.

Существующими приспособленіями удалось понизить содержаніе микробовъ въ воздухѣ операціонной комнаты Кіевской Акушерской Клиники настолько, что яви-

¹⁾ *M. Mironow.* Zur Frage der Asepsie bei Laparotomien. Centralblatt für Gynäkologie, 1892, № 12.

лась полная возможность примѣнять обезпложивающій методъ, безъ введенія въ рану антисептическихъ веществъ. При производствѣ же операций чревосѣченій въ частной практикѣ, приходилось прибѣгать къ нимъ.

Съ 1892 года проф. *Г. Е. Рейнъ* сталъ производить операции чревосѣченія и въ частной практикѣ по обезпложивающему методу, безъ введенія въ рану антисептическихъ средствъ, воспользовавшись палаткой, предложенной проф. *Субботинимъ*¹⁾. По этому способу произведено уже 5 чревосѣченій, съ цѣлью удаленія опухолей яичника. Во всѣхъ случаяхъ наблюдалось безлихорадочное теченіе послѣоперационнаго періода, заживленіе раны первымъ натяженіемъ и полное выздоровленіе. Бактеріологическія изслѣдованія воздуха палатки показали пригодность ея, какъ операционной. Въ одномъ случаѣ, гдѣ операція была произведена при очень бѣдной обстановкѣ, въ воздухѣ палатки бактерій не найдено вовсе, тогда какъ въ воздухѣ комнаты получилось 13 плѣсневыхъ колоній. Изслѣдованіе воздуха производилось путемъ самоосажденія его въ теченіе 20 минутъ на пластинки мясопептонной желатины.

Неудобства палатки проф. *М. С. Субботина* заключаются въ значительномъ повышеніи температуры воздуха въ палаткѣ (въ одномъ случаѣ до 22,5° R) и въ маломъ его объемномъ количествѣ ($\frac{1}{4}$ куб. саж.), которое приходится на каждого изъ 8 лицъ, принимающихъ участіе въ операціи чревосѣченія.

Выводы автора: 1) стремленіе къ обезпложиванію воздуха есть одно изъ необходимыхъ условий при примѣненіи обезпложивающаго метода, безъ введенія антисептическихъ средствъ; 2) примѣненіе этого способа возможно даже въ неприспособленныхъ помѣщеніяхъ, напр., въ частной практикѣ, на войнѣ и т. п.; 3) палатка профессора *М. С. Субботина* удовлетворяетъ этимъ цѣлямъ обезпложивающаго способа, хотя и нуждается въ дальнѣйшихъ усовершенствованіяхъ.



¹⁾ Отчетъ о дѣятельности завѣдуемой проф. *М. С. Субботинимъ* пропедевтической хирургической клиники за 1890—1891 г., Спб. 1891.

IX. Чревосѣченія. (Laparocoeliotomia).

31. Проф. Г. Е. Рейнъ.—Два случая оваріотоміи. Пр. Общ. Кіевскихъ Врачей 1883 г., стр. 35.
32. Его-же.—Отчетъ о 13 оваріотоміяхъ. Ibid. 1884—85 г., стр. 23.
33. Его-же.—Отчетъ о 30 оваріотоміяхъ. Врачъ, 1885 г.
34. Его-же.—По поводу 95 чревосѣченій. (*Докладъ, читанный на II Създѣ Русскихъ Врачей, въ соединенной гинекологической и хирургической секціяхъ*). Труды II Създа. Москва, 1887 г.
35. Его-же.—Двухсторонняя оваріотомія при органическомъ порокѣ сердца, съ благополучнымъ исходомъ. Прот. Акуш. Общ. въ Кіевѣ. 1888 г. т. 1, в. II. Прилож., стр. 105.
36. Проф. Г. Е. Рейнъ и д-ръ А. Г. Боряковскій.—Отчетъ о 16 міомотоміяхъ. Ibid. 1888 г. т. 2, в. III, стр. 2.
37. Г. Г. Брюно.—Къ вопросу о дренированіи брюшной полости. (Съ 3-мя рис. въ текстѣ). Ibid. Прилож., стр. 121. (*Изъ Кіевской Акушерской клиники*).
38. Проф. Г. Е. Рейнъ.—Къ вопросу о лѣченіи кистомъ яичниковъ разрывомъ. Ibid. 1888 года, т. 2, в. III, стр. 10.
39. Его-же.—Обзоръ 310 чревосѣченій. Ibid. 1892 г. т. 5, в. X. Прилож., стр. 137.
40. Его-же.—Обзоръ 500 чревосѣченій. Ibid. 1898 г. т. 10, в. XIX, стр. 41.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—„*Два случая оваріотоміи*“ (31). *Первый случай*: женщина 59 лѣтъ, крайне истощенная, дѣятельность сердца неправильна, сердце смѣщено, при выслушиваніи въ сердцѣ слышны анемическіе шумы. Значительный отекъ ногъ. Кромѣ того, всѣ периферическіе сосуды поражены атероматознымъ процессомъ. Во время мѣсячнаго пребыванія больной въ клиникѣ, отекъ, равно и объемъ кисты, увеличились. Несмотря на эти осложненія, проф. Рейнъ счелъ операцію показанной и произвелъ ее 23-го ноября 1883 года съ вполнѣ благопріятнымъ исходомъ. Это былъ первый случай оваріотоміи, произведенной проф. въ Кіевской Акушерской клиникѣ.

Второй случай, оперированный въ частной практикѣ, относится къ дѣвушкамъ, 19 лѣтъ, у которой, вслѣдъ за операціей развился trismus, tetanus и затѣмъ клониче-

скія судороги; черезъ нѣсколько секундъ приступъ этотъ благополучно окончился, но подобные приступы въ теченіе дня возобновлялись еще нѣсколько разъ. Оказалось, что раньше больная страдала подобными же приступами,—обстоятельство, упорно отвергавшееся ею при тщательномъ собираніи анамнеза. Случай этотъ также окончился выздоровленіемъ. Затѣмъ, проф. указалъ вкратцѣ на главные моменты въ исторіи самой операціи и на необходимость расширенія показаній къ ней.

Сообщая о „13 первыхъ оваріотоміяхъ“ (32), произведенныхъ въ Кіевѣ, всѣ съ вполнѣ благополучнымъ исходомъ, авторъ, на основаніи этихъ наблюденій, высказалъ свои взгляды на показанія, діагнозъ, технику и исходъ операціи. Относительно показаній—авторъ считаетъ необходимымъ удаленіе и малыхъ кистъ (хотя послѣднее и затруднительно), такъ какъ кисты, подвергаясь самопроизвольному разрыву, нерѣдко могутъ причинять опасныя разстройства; такъ, изъ 13 оперированныхъ кистъ, въ 4 случаяхъ наблюдался самопроизвольный разрывъ. Для діагноза, всегда производилось изслѣдованіе подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ, и операціи предшествовало по крайней мѣрѣ мѣсячное наблюденіе. Къ проколу съ діагностической цѣлью не прибѣгали, считая таковой опаснымъ и умѣстнымъ лишь при громаднхъ опухоляхъ. При производствѣ операціи главное вниманіе обращалось на строжайшее соблюденіе антисептики. Для наркоза употреблялся хлористый метиленъ. Исходъ во всѣхъ случаяхъ былъ вполнѣ благополучный, оперированныя почти не лихорадили. Средняя продолжительность послѣопераціоннаго періода равнялась тремъ недѣлямъ и лишь въ одномъ случаѣ шести недѣлямъ. Въ заключеніе, авторъ высказалъ, что онъ не можетъ согласиться съ тѣмъ мнѣніемъ, что оваріотомія принадлежитъ къ числу такихъ операцій, которыя могутъ производиться земскими врачами, при обыкновенной сельской обстановкѣ, а что оваріотомія, болѣе чѣмъ какая либо другая операція, требуетъ, для вполнѣ успѣшнаго результата, опытности и обстановки, которыя могутъ быть лишь въ правильно устроенныхъ больницахъ и клиникахъ. Что же касается производства этой операціи въ деревенской практикѣ, то, не отвергая ея совершенно, нужно допустить ее, въ настоящее время (1885 г.), лишь какъ исключеніе.

Отчетъ проф. Г. Е. Рейна „О тридцати оваріотоміяхъ“ (33), заключаетъ въ себѣ сводъ наблюденій автора изъ первыхъ 30 произведенныхъ имъ оваріотомій; въ таблицахъ представлены данныя, полученныя отъ больныхъ изъ анамнеза и при изслѣдованіи ихъ до операціи, указаны также особенности операціи и послѣопераціоннаго теченія и исходы, т. е. главнѣйшія особенности исторій болѣзней.

Изъ 30 оваріотомій было: одностороннихъ 26, двухстороннихъ 4. Сверхъ того при односторонней оваріотоміи въ одномъ случаѣ былъ удаленъ небольшой стебельчатый подбрюшинный фиброидъ матки, а въ другомъ—при двухсторонней оваріотоміи,—растянутая сывороточнымъ содержимымъ Фаллопіева труба. Операцій произведено въ клиникѣ 18, на частныхъ квартирахъ 11 и въ городской больницѣ 1. Возрастъ опериро-

ванныхъ больныхъ колебался между 17 и 59 годами. По мѣсту жительства только 3 принадлежали г. Кіеву, остальные же были пріѣзжія.

Изъ 30 оперированныхъ умерли 2, что составляетъ 6⁰/₀ смертности; по исключеніи же одного случая, гдѣ киста была осложнена гнойнымъ воспаленіемъ брюшины, процентъ смертности долженъ быть признанъ равнымъ тремъ.

Разбирая *показанія и противопоказанія* для оваріотоміи, авторъ старается установить положеніе, что діагнозъ кисты есть уже показаніе для удаленія ея, независимо отъ величины опухоли и отъ общаго состоянія здоровья больной; только въ 18 случаяхъ изъ 30 общее состояніе здоровья было удовлетворительное, въ остальныхъ же 12 случаяхъ отмѣчены: значительное истощеніе организма, вслѣдствіе быстрого роста и большого объема кисты, или брюшной водянки, далѣе, вслѣдствіе нагноенія въ полости кисты или въ брюшной полости и, наконецъ, вслѣдствіе болѣзней органовъ дыханія и кровообращенія.

Только злокачественное перерожденіе опухоли, съ переходомъ новообразованія на сосѣдную клѣтчатку и брюшину, можетъ явиться противопоказаніемъ для операціи оваріотоміи.

Положеніе свое, что діагнозъ кисты есть уже показаніе для оваріотоміи, авторъ доказываетъ особенностями клиническаго теченія этихъ опухолей, возможностью перекручиванія ножки, кровоизліянія въ кисту, нагноенія въ ней, самопроизвольнаго разрыва, злокачественнаго перерожденія и пр., а, главное, улучшеніемъ предсказаній при этой операціи.

Что же касается до прокола кисты съ лечебной цѣлью, то, рассматривая этотъ методъ, авторъ отводитъ ему особое мѣсто и считаетъ его показаннымъ *только при исключительныхъ условіяхъ*.

Величина удаленныхъ опухолей колебалась отъ кулака до опухоли вѣсомъ въ 1¹/₂ пуда.

Анатомическій характеръ удаленныхъ опухолей былъ слѣдующій: *cystoma proliferum glandulare*—26, *cystoma proliferum papillare*—1, *cystis tuboovarialis*—1, *cysto-sarcoma*—1, *sarcoma cysticum*—1, *cystis dermoides*—1.

При *распознаваніи* было обращено вниманіе на данныя анамнестики и на данныя изслѣдованія въ одинаковой степени, при чемъ, при изслѣдованіи, главной задачей ставилось отчетливое опредѣленіе положенія матки и отношеніе къ ней опухоли, и съ этой цѣлью примѣняемы всѣ современные методы, включая и изслѣдованіе подъ хлороформомъ. Въ случаяхъ трудныхъ, для діагностики было примѣняемо строгое клиническое наблюденіе и рядъ повторныхъ изслѣдованій и измѣреній.

Изъ другихъ вспомогательныхъ методовъ для распознаванія—пробнаго прокола и пробнаго разрѣза—послѣднему отдается рѣшительное преимущество передъ первымъ, но примѣненіе пробнаго разрѣза должно быть возможно ограничено, и производство операціи должно быть обставлено возможно безгнилостно.

При распознаваніи же придается главное значеніе строгому клиническому наблюденію и ряду повторныхъ изслѣдованій, при чемъ вѣрный діагнозъ можетъ быть установленъ только на основаніи цѣлой совокупности признаковъ. Въ подтвержденіе этого, приведены двѣ исторіи болѣзней, гдѣ у больныхъ, при изслѣдованіи матки зондомъ, послѣдній вошелъ на значительную глубину; въ одномъ случаѣ зондъ пробуравилъ матку, а въ другомъ проникнулъ въ брюшную полость черезъ расширенную Фаллопиеву трубу.

При распознаваніи злокачественныхъ опухолей, одно наблюденіе представило значительный интересъ, гдѣ, для правильнаго діагноза, послужили слѣдующія данныя: 1) двухстороннее развитіе новообразованія, 2) бугристость и значительная его твердость, 3) быстрый ростъ опухолей, увеличившихся въ теченіе мѣсяца отъ величины апельсина до головки новорожденного плода, 4) быстрое появленіе и увеличеніе водянки живота, 5) быстрое появленіе отековъ на ногахъ до верхней трети бедеръ, 6) значительная примѣсь красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, найденная въ выпущенной проколомъ водяночной жидкости.

При *производствѣ операціи* обращалось вниманіе какъ на чистоту вообще, такъ и на соблюденіе противогнилостнаго метода, при чемъ послѣднему способу авторъ отдаетъ рѣшительное преимущество, считая его самымъ вѣрнымъ, при современныхъ условіяхъ устройства клиникъ и больницъ.

Съ цѣлью дезинфекціи помѣщенія, былъ примѣняемъ сѣрнистый газъ, послѣ чего помѣщеніе вывѣтривалось, а затѣмъ въ немъ разводился за нѣсколько часовъ до операціи паровой распылитель карболовой кислоты, который работалъ и во время операціи.

Передъ операціей больная и всѣ лица, принимающія участіе въ операціи, принимаютъ ванну.

Въ наборѣ инструментовъ преслѣдуется простота, при чемъ каждый разъ наборъ передъ операціей отдается въ чистку инструментальному мастеру. Рѣжущіе инструменты, во время производства операціи, сохраняются въ сосудѣ со спиртомъ, а остальные въ растворѣ карболовой кислоты. Для лигатуръ примѣняется исключительно шелкъ, прокипяченный въ 4⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты; въ такомъ же растворѣ кипятятся и губки, употребляемыя при операціи.

Выполненіе операцій не представило особенностей; разрѣзъ дѣлался большій—20 см. и болѣе. Въ 24 случаяхъ были найдены при операціи срощенія, изъ которыхъ пристѣночныхъ было 18, сальниковыхъ 14, съ кишками 6, въ Дугласовомъ пространствѣ, съ печенью, мочевымъ пузыремъ, мочеточникомъ—по одному и врощеній въ широкую связку 3. Ножка кисты большею частью перевязывалась шелковой лигатурой въ два пучка, на отдѣльные сосуды ножки были накладываемы лигатуры.

Изъ важныхъ осложненій въ одномъ случаѣ было сдѣлано раненіе мочевого пузыря и въ одномъ случаѣ раненіе мочеточника. Въ первомъ случаѣ рана въ пузырь

была зашита шелковыми швами, больная выздоровѣла, фистула зажила. Во второмъ случаѣ мочеточникъ былъ шитъ въ брюшную рану, и у больной образовался мочеточниковобрюшной свищъ, потребовавшій въ послѣдствіи экстирпаціи почки; больная также выздоровѣла.

Для наркоза былъ примѣняемъ или метилень, или хлороформъ *Duncan'a*.

Продолжительность операціи менѣе $\frac{1}{2}$ часа была 3 раза, отъ $\frac{1}{2}$ ч. до $\frac{3}{4}$ также 3 раза, отъ $\frac{3}{4}$ до 1 ч.—7 разъ, отъ 1 ч. до $1\frac{1}{4}$ ч.—4 раза, отъ $1\frac{1}{4}$ ч. до $1\frac{1}{2}$ ч.—6 разъ, отъ $1\frac{1}{2}$ ч. до $1\frac{3}{4}$ ч.—2 раза, отъ $1\frac{3}{4}$ ч. до 2-хъ ч.—1 разъ и свыше 2 часовъ—2 раза.

Тоалетъ брюшины производился какъ можно тщательнѣе губками и шариками изъ салициловой ваты. Въ одномъ случаѣ брюшная полость была дренирована черезъ влагалище,

Рана сшивалась въ первыхъ случаяхъ частыми металлическими швами, въ послѣдующихъ—шелковыми, проникающими рану черезъ всѣ слои брюшной стѣнки.

Повязка состояла въ слѣдующемъ: рана посыпалась іодоформомъ и покрывалась іодоформной марлей, затѣмъ слѣдовали слои салициловой и простой ваты въ большомъ количествѣ, и животъ забинтовывали фланелевымъ бинтомъ; такимъ образомъ, повязка была давящая ватно-противогнилостная.

Въ двухъ случаяхъ *исходъ* былъ смертельный, въ 28—выздоровленіе. Въ первомъ случаѣ была оперирована лихорадящая больная, въ высокой степени истощенія, при громадномъ объемѣ опухоли, отекахъ ногъ и передней брюшной стѣнки. Лихорадка была объясняема нагноеніемъ въ кистѣ, вслѣдствіе предшествовавшихъ проколовъ ея. При операціи брюшина на мѣстѣ разрѣза представилась утолщенной, она образовала гнойную полость, въ которой находилась киста яичника. Операція была трудна вслѣдствіе кровоточивыхъ срощеній. Дренировать брюшную полость черезъ заднее Дугласово пространство не удалось, вслѣдствіе его зарощенія. Въ послѣопераціонномъ періодѣ обнаружилась гипостатическая пневмонія и рожистый процессъ на голени, послужившій ближайшей причиной смерти больной на 14 день послѣ операціи.

Во второмъ случаѣ, при очень трудной оваріотоміи, у истощенной, лихорадящей больной смерть послѣдовала вслѣдствіе септического воспаленія брюшины.

Осложненія въ послѣопераціонномъ періодѣ зависѣли или отъ кишечника, или отъ мѣстныхъ воспалительныхъ измѣненій брюшины.

Изъ приложенной таблицы температурныхъ кривыхъ видно, что въ 19 случаяхъ изъ 24 температура ни разу не была выше 38° , въ остальныхъ 5 случаяхъ были многократныя повышенія t° до 38° и выше.

Снятіе швовъ производилось большею частью на 9—10 день послѣ операціи; во всѣхъ случаяхъ рана зажила первымъ натяженіемъ, въ двухъ случаяхъ отмѣчено нагноеніе въ швахъ.

Уходъ за оперированными былъ въ высшей степени тщательный,—при нихъ постоянно дежурили двѣ фельдшерицы, смѣняя одна другую. Обязанности ихъ состояли во внимательномъ наблюденіи за общимъ состояніемъ больной, измѣреніи температуры, пульса, дыханія, смѣнѣ льда, возможномъ облегченіи рвоты, катетеризации въ первые дни, регулированіи пищи въ послѣдующіе.

Въ первые 3—4 дня испражненія задерживались опіемъ, а на 8—10 день кшечникъ опорожнялся помощью клизмы.

Вставали больныя большею частью на 3-й недѣлѣ—между 15 и 22 днями.

Въ статьѣ „По поводу 95 чревосѣченій“¹⁾ (34), авторъ, сославшись на прилагаемую таблицу, какъ на матеріаль для своей работы, заявляетъ, что онъ сдѣлаетъ лишь нѣкоторыя краткія отдѣльныя замѣчанія. Изъ таблицы видно, что сдѣлано 60 овариотомій, при чемъ умерло 4, (6,6⁰/₀ см.); 12 удаленій кистъ широкихъ связокъ, при чемъ умерло 1, (8,3⁰/₀ см.); 14 миотомій, умерло 3, (21,4⁰/₀ см.); другихъ чревосѣченій 9, умерло 3, (33,3⁰/₀ см.).

Объ исходахъ операций. При оцѣнкѣ ихъ, авторъ обращаетъ вниманіе, что въ таблицѣ приведены всѣ, безъ исключенія, случаи, подлежавшіе операціи, въ томъ числѣ 2—3 случая, гдѣ операція была предпринята почти надъ умирающими; далѣе, что обстановка клиники очень жалкая (дѣло идетъ о старой клиникѣ, помѣщавшейся въ полуподвальномъ этажѣ, въ зданіи университета) и, наконецъ, что не было неоконченныхъ операций.

Относительно *техники* авторъ обращаетъ вниманіе на нерѣдко встрѣчающіеся трудные случаи интралигаментарныхъ или подбрюшинныхъ кистъ. Въ подобныхъ случаяхъ автору всегда удавалось удалять всю кисту цѣликомъ, при помощи или вылуценія изъ подъ брюшины, или резекціи широкой связки.

При лѣченіи трудныхъ случаевъ чревосѣченій, авторъ видѣлъ большую пользу отъ употребленія *дренажа*. Самая лучшая форма дренажа есть толстая, до 12 mm. въ просвѣтѣ, стеклянная глухая трубка, напоминающая по формѣ трахеотомическую трубку. Боковыя отверстія должны быть сдѣланы только въ нижней половинѣ дренажной трубки и не должны быть велики, во избѣжаніе возможнаго ущемленія тканей, легко вѣдряющихся въ отверстія дренажа подъ вліяніемъ внутрибрюшнаго давленія, если эти отверстія слишкомъ велики. Дренажъ вводится со стороны брюшной раны и выполняется іодоформной марлей, которая мѣняется, по мѣрѣ ея пропитыванія отдѣленіями.

По поводу *антисептики* авторъ обратилъ вниманіе, что изъ первыхъ 32 чревосѣченій умерло 6 и при томъ отъ септическихъ заболѣваній, тогда какъ изъ послѣднихъ 63,

¹⁾ Статья изложена очень кратко, такъ какъ представляетъ собой докладъ на Пироговскомъ съѣздѣ врачей въ Москвѣ.

умерло только 5 (7,9⁰) и при томъ 3 изъ нихъ отъ причинъ, независящихъ непосредственно отъ операціи.

Этотъ успѣхъ авторъ приписываетъ болѣе строгому примѣненію антисептики и улучшеніямъ въ организаціи этого дѣла въ клиникѣ. Тѣмъ не менѣе авторъ не можетъ не указать и на вредъ антисептики, такъ какъ въ остальныхъ 2-хъ случаяхъ смерти можно подозрѣвать отравленіе дезинфецирующими средствами.

Поэтому авторъ остановился въ самое послѣднее время на тщательной антисептикѣ по отношенію къ внѣшней обстановкѣ: помѣщенія, инструментовъ, воздуха, рукъ оператора и помощниковъ etc. Что-же касается до самой раны, то ея соприкосновенія съ какими либо дезинфецирующими средствами слѣдуетъ избѣгать. Для мытья губокъ и инструментовъ и рукъ оператора во время операціи, слѣдуетъ употреблять чистую, прокипяченную воду, еще лучше стерилизованную. Карболовый пульверизаторъ изгоняетъ изъ употребленія.

Въ заключеніе авторъ выразилъ признательность своему учителю профессору *А. Я. Крассовскому*, присутствовавшему на засѣданіи.

Къ оригинальной статьѣ приложена подробная таблица обзора всѣхъ 95 чревосѣченій, въ которой всѣ больныя поименованы сокращенными именами и точно обозначены годъ и число операцій и мѣсто, гдѣ произведена операція.

Къ настоящему же реферату присоединяемъ часть этой таблицы, съ главными сопоставленіями, вытекающими изъ нея.

Всего произведено:

Овариотомій	60 ум.	4 = 06,6 ⁰ / ₀ см.
Удаленій (полныхъ) кистъ широкихъ связокъ 12 „	1 = 08,2 ⁰ / ₀ „	
Овариотомій и удаленій кистъ широкихъ связокъ вмѣстѣ—72, ум.		
	5 = 6,9 ⁰ / ₀ смерт.	
Миотомій	14 ум.	3 = 21,4 ⁰ / ₀ см.
Другихъ чревосѣченій	9 „	3 = 33,3 ⁰ / ₀ „

Изъ нихъ:

а) Эксплораторныхъ разрѣзовъ	3 ум.	0
б) Вылущеніе кисты широкой связки и миотомія	1 „	1
в) Овариотомія и ампутація сальника, пораженнаго ракомъ	1 „	1
г) Удаленіе эхиноккока сальника	1 „	0
д) Вскрытіе гнойника брюшной полости	1 „	1
е) Вскрытіе гнойной полости въ тазу	1 „	0
ж) Кастрацій	1 „	0

Итого всѣхъ чревосѣченій: 95 ум. 11 = 11,5⁰/₀ см.

Смерть послѣдовала:

Въ № 4	на 3	день	отъ	септического перитонита.
" 17	" 3	"	"	септического перитонита.
" 19	" 14	"	"	рожи голени.
" 22	" 3	"	"	септического перитонита.
" 30	" 5	"	"	sepsis (?).
" 32	" 14	"	"	гангрены ножки.
" 51	" 3	"	"	Intoxicatio acido carbolico sub operatione (?).
" 70	" 3	"	"	септического перитонита.
" 75	" 4	"	"	истощенія.
" 90	" 5	"	"	гангрены оставшагося участка опухоли.
" 93	" 12	"	"	кровоизліянія въ тазу и остраго нефрита.

Дренажъ брюшной полости былъ примѣненъ:

Въ №№ 37, 40 и 51—каучуковый—черезъ влагалище, а въ №№ 74, 76, 83, 88, 90 и 94—стеклянный—черезъ брюшную рану.

Въ слѣдующей работѣ того же автора: „*Двухсторонняя овариотомія, при органическомъ пороки сердца, съ благополучнымъ исходомъ*“ (35), сообщается объ операци, произведенной у женщины 28 лѣтъ. Больная, г-жа Т., жена офицера, менструировала всегда съ небольшими болями въ животѣ. Замужъ вышла на 21 году; беременна не была ни разу. Два года назадъ пользовавшимися врачами, по словамъ больной, была опредѣлена „опухоль яичника“. Въ январѣ 1887 года, когда больная обратилась за совѣтомъ къ докладчику, опухоль достигала размѣровъ матки на 7-мъ мѣсяцѣ беременности. Опухоль, съ неясной флюктуацией, ограниченно подвижна, тѣсно связана съ антефлексированной маткой периметритическими перемычками. Диагностирована kystoma ovarii. При изслѣдованіи органовъ груди замѣчены ясные сердечные шумы.

Спеціалистами были даны слѣдующія заключенія о характерѣ болѣзни сердца:

Покойный проф. *Мерингъ*: „у г-жи Т. insufficiencia ostii aortici и хлороформированіе рисковано“.

Е. И. Афанасьевъ: „у г-жи Т. ясно выраженный stenosis ostii venosi sinistri, съ увеличеніемъ сердечной тупости вправо. Хлороформированіе въ высшей степени опасно“.

Происхождение сердечной болѣзни, повидимому, весьма давнее. Кромѣ этихъ органическихъ разстройствъ въ сердцѣ, больная представлялась субъектомъ весьма нерв-

нымъ, истеричнымъ. Общее питаніе тѣла удовлетворительно, тѣлосложенія довольно крѣпкаго. Разстройство компенсаціи никогда не было. Наблюденіями въ теченіе двухъ мѣсяцевъ былъ установленъ несомнѣнный ростъ опухоли.

Операция произведена 3-го мая 1887 года, въ частной квартирѣ, при- обычной антисептической обстановкѣ. Хлороформировалъ *Е. И. Афанасьевъ*. Передъ началомъ наркоза пульсъ равнялся 100 ударамъ въ минуту, послѣ первыхъ вдыханій хлороформа онъ поднялся до 130 ударовъ, а затѣмъ снова понизился до 100 ударовъ.

У больной оказались пролиферирующія железистыя кисты - обоихъ яичниковъ, со срощеніями въ тазу. Операция продолжалась 56 минутъ и не сопровождалась особенными техническими затрудненіями. Хлороформу издержано 9 драхмъ; подъ наркозомъ больная находилась въ теченіе 1 ч. 22'. Въ протоколѣ операции отмѣчено троекратное паденіе пульса до 48 ударовъ въ минуту, съ появленіемъ прерывистаго дыханія и рѣзкой синюхи, вслѣдствіе чего наркозъ и операция должны были быть на время приостанавливаемы. Замедленіе пульса во время операции совпадаетъ съ моментами вскрытія брюшины и перевязки ножекъ опухоли. Послѣоперационный періодъ протекалъ безлихорадочно, больная вполне оправилась и въ настоящее время чувствуетъ себя хорошо. Общее состояніе ея здоровья также значительно улучшилось.

Этотъ случай оваріотоміи, при ясно выраженномъ порокѣ сердца, представляетъ еще новое доказательство тому, что послѣдній не можетъ служить противопоказаніемъ къ операциі, хотя хлороформированіе и сопровождается здѣсь иногда грозными явленіями.

Мѣстная анестезія эфиромъ или кокаиномъ недостаточна при оваріотоміяхъ и можетъ быть примѣняема лишь при разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больная задыхается отъ сдавленія органовъ груди большой опухолью. Въ подобномъ случаѣ, наблюдавшемся въ практикѣ автора, во второй половинѣ операциі, а именно, при разрушеніи срощеній и удаленіи кисты, все таки пришлось прибѣгнуть къ хлороформному наркозу.

Референтъ обратилъ также вниманіе членовъ Общества на другіе методы леченія кистъ, напримѣръ, проколъ со стороны брюшныхъ стѣнокъ или влагалища, съ послѣдовательной облитераціей полости кисты. Такъ, въ одномъ случаѣ, о которомъ будетъ сообщено Обществу въ одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій, ему удалось достигъ полного излеченія дермоида яичника проколомъ и послѣдующимъ разрѣзомъ со стороны влагалища. Подобные методы могутъ быть примѣняемы въ подходящихъ случаяхъ, при осложненіи кистъ какими либо тяжелыми заболѣваніями внутреннихъ органовъ.

Въ заключеніе, авторъ остановился на томъ рядѣ анатомическихъ измѣненій сердца, которыя почти не выражаются клиническими объективными данными, какъ напр. жировое перерожденіе, бурая атрофія и т. п. Эти случаи, какъ доказываетъ собственная казуистика автора, имѣютъ чуть-ли не большее значеніе, чѣмъ ясно выраженныя заболѣванія заслонокъ и клапановъ сердца, въ вопросѣ объ умѣстности хлороформнаго

наркоза. Вопросъ этотъ мало разработанъ въ литературѣ, и желательно было-бы вызвать его разработку сообщеніемъ подходящихъ наблюденій.

Проф. Г. Е. Рейнь и д-ръ А. Г. Боряковскій—„Отчетъ о 16 міомотоміяхъ“ (36). Операциі произведены проф. Рейномъ за время съ 1 апрѣля 1884 г. по 18 ноября 1887 г. Изъ оперированныхъ больныхъ умерло 3, что составляетъ 18,73% смертности. Этотъ процентъ является, сравнительно, довольно низкимъ, если вспомнить статистику Bigelow'a, обнимающую 573 случая съ 45,72% смертности, и Hegar'a—съ 36% смертности на 568 случаевъ. Наилучшіе результаты получилъ Keith въ Edinburg'ѣ (на 33 случая—7,89% смертн.), а наибольшее количество случаевъ, принадлежащее одному лицу, представилъ Schröder, опубликовавшій 135 міомотомій съ 30% смертности. Въ Россіи опубликовано 79 міомотомій съ 32% смертности.

Авторы въ своемъ сообщеніи останавливаются на слѣдующихъ обстоятельствахъ: 1) качества клиническаго матеріала и показанія къ операциі, 2) приготовленія къ операциі, 3) способахъ операциі и 4) уходѣ за больными въ послѣоперационномъ періодѣ.

Показаніями къ операциі служили 5 разъ тяжелыя кровотеченія изъ матки, 1 разъ—прижатіе мочеточника, съ послѣдовательною почечною коликою, 2 раза—сильныя боли въ животѣ, 2 раза—быстрый ростъ опухоли и 1 разъ—брюшная водянка. Въ остальныхъ 5 случаяхъ діагнозъ колебался между кистой и міомой, хотя во всѣхъ ихъ существовали несомнѣнныя показанія къ оперативному вмѣшательству.

Приготовленія къ операциі заключались въ строгой дезинфекціи какъ самой больной, такъ и оператора, помощниковъ, помѣщенія, инструментовъ и всего того, что приходило въ соприкосновеніе съ больной во время операциі. Авторы полагаютъ, что противогнилостный способъ долженъ быть примѣняемъ и до сихъ поръ со всею строгостію при чревосѣченіяхъ, и что еще не настало время господства безгнилостнаго способа (*Lawson-Tait, Bantock*).

Операциі были произведены 13 разъ въ клиникѣ и 3 раза—въ частныхъ домахъ. Два раза оперировали по внѣбрюшинному способу, въ остальныхъ — по внутрибрюшинному.

Самыя операциі авторъ дѣлитъ на 4 группы:

- 1) Удаленіе подбрюшиннаго фиброида безъ вскрытія полости матки—2 раза.
- 2) Надвлагалищная ампутація матки—10 разъ.
- 3) Вылущеніе подслизистаго фиброида матки по типу кесарскаго сѣченія—1 разъ.
- 4) Вылущеніе внутрисвязочнаго фиброида матки—3 раза.

Въ первомъ случаѣ 1-й группы, какъ особенность операциі, авторомъ отмѣчено опущеніе въ полость брюшины эластической лигатуры, которою была перевязана ножка опухоли; во второмъ случаѣ имѣлось раненіе брюшиннаго покрова верхушки мочевого

пузыря, сращенной съ опухолью; рана пузыря зашита; послѣ операциі въ заднее дугласово пространство, черезъ брюшную рану, былъ проведенъ стеклянный дренажъ. Обѣ больныя выздоровѣли.

Изъ 10 случаевъ второй группы 8 разъ произведена была надвлагалищная ампутація матки по внутри-брюшинному способу, 1 разъ — надвлагалищная ампутація по внѣбрюшинному способу и 1 разъ — высокая ампутація матки по внутри-брюшинному способу. Изъ осложненийъ въ этой группѣ авторомъ отмѣчены слѣдующія: 2 раза — очень распространенное и чрезвычайно сосудистое сращеніе съ сальникомъ; 1 разъ — глубокая асфиксія больной отъ хлороформа во время операциі; 1 разъ — омѣлотовреніе участка опухоли, послужившее значительнымъ затрудненіемъ при образованіи ножки, и 1 разъ — сильное кровотеченіе изъ правой сѣменной артеріи, выскользнувшей изъ перевязанной культи передъ самымъ закрытіемъ брюшной раны, и потому едва не оставшееся незамѣченнымъ. Изъ оперированныхъ въ этой группѣ умерло 2, а именно: 1 — отъ септического перитонита на 3-й день послѣ вполнѣ типичной міомотоміи по *Schröder*'у и 1 — отъ гангрены культи — на 11 день послѣ операциі. Въ послѣднемъ случаѣ не было обращено должнаго вниманія на дезинфекцію влагалища и канала шейки матки ни до операциі, ни послѣ нея.

Въ случаѣ третьей группы было произведено вылуценіе подслизистаго фиброида матки по типу кесарскаго сѣченія (*Martin*). Больная выздоровѣла.

Къ четвертой группѣ относится три тяжелыхъ случая фиброидовъ матки, вросшихъ въ широкія связки. Операциі были очень трудны и продолжительны. Передъ вылуценіемъ опухолей перевязывались и перерѣзались широкія связки и разрѣзалась и отсепаровывалась спереди брюшина вмѣстѣ съ мочевымъ пузыремъ, послѣ чего на основаніе опухоли накладывался эластическій жгутъ. Культя въ двухъ случаяхъ была зашита глубокими швами, а по снятіи жгута, мочевой пузырь, при помощи поверхностныхъ швовъ, захватывающихъ брюшину, вновь фиксировался въ своемъ нормальномъ положеніи. Въ одномъ случаѣ, гдѣ, вслѣдствіе невозможности вылуценія, часть опухоли была оставлена въ тазу, примѣненъ внѣ-брюшинный способъ. Изъ трехъ оперированныхъ умерла одна (послѣдняя) отъ гангрены культи, укрѣпленной въ наружной ранѣ и имѣвшей весьма значительный объемъ.

Въ послѣоперационномъ періодѣ обращалось строгое вниманіе на дезинфекцію влагалища и состояніе кишечника. Въ 4-хъ случаяхъ было примѣнено дренированіе брюшной полости (3 раза — черезъ брюшную рану и 1 разъ — черезъ влагалище), въ 1 (вылуценіе фиброида по типу кесарскаго сѣченія) — дренированіе полости матки. Дренажъ примѣнялся стеклянный, за исключеніемъ одного случая, оперированнаго еще до введенія въ Кіевской акушерской клиникѣ стеклянаго дренажа. При внѣ-брюшинномъ способѣ обращалось вниманіе на дезинфекцію и высушиваніе культи. Послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно въ 2-хъ случаяхъ, остальные больныя болѣе или менѣе лихорадили, большею частію въ весьма незначительной степени. Трое больныхъ, какъ упомянуто выше, умерло, а остальные 13 — выздоровѣли. У этихъ

послѣднихъ наблюдались слѣдующія осложненія: 1) рѣзкія кишечныя явленія, зависѣвшія отъ глистовъ—2 раза, 2) болѣзненный отекъ лѣвой ноги (phlebitis)—1 разъ. 3) delirium (potatorum?)—1 разъ, 4) рвота—11 разъ. Больныя вставали съ постели между 15 и 63 днемъ. Наружная рана зажила первымъ натяженіемъ—12 разъ, вторымъ—1 разъ. Ни въ одномъ случаѣ изъ 14, оперированныхъ по внутри-брюшинному способу, оставленныя въ брюшной полости эластическія или шелковыя лигатуры не выходили наружу, какъ это замѣчено было многими авторами.

Микроскопическія изслѣдованія опухолей, произведенныя *Н. К. Нейловымъ*, показали, что всѣ опухоли относятся къ міомамъ, съ бѣльшимъ или меньшимъ содержаніемъ соединительной ткани. Въ опухоляхъ наблюдались слѣдующіе процессы: отекъ—1 разъ, омѣлотвореніе—1 разъ, миксоматозное перерожденіе—1 разъ.

Въ заключеніе статьи отмѣчено, что, какъ видно изъ отчетовъ о міомотоміяхъ, произведенныхъ въ Россіи, у проф. *Г. Е. Рейна* получился наименьшій процентъ смертности. Міомотомія по типу кесарскаго сѣченія, упомянутая въ отчетѣ, произведена въ Россіи въ первый разъ. Изъ методовъ операціи авторы предпочитаютъ внутри-брюшинный способъ, какъ наиболѣе отвѣчающій анатомическимъ условіямъ и весьма упрощающій уходъ за больными въ послѣ-операционномъ періодѣ.

Г. Г. Брюно.—„Къ вопросу о дренированіи брюшной полости“ (37). Сообщается тяжелый случай чревосѣченія, произведеннаго проф. *Г. Е. Рейномъ* съ цѣлью удаленія кистъ обоихъ яичниковъ. Операція была произведена 1-го ноября 1887 г. въ частной квартирѣ, при обычной антисептической обстановкѣ, и сопровождалась значительными техническими затрудненіями. Какъ выяснилось при чревосѣченіи, имѣлось дѣло съ кистами обоихъ яичниковъ, вросшими въ широкія связки и подъ брюшину дугласова пространства, и сращенными съ кишками, при чемъ слѣпая кишка, съ червеобразнымъ отросткомъ, оказались отодвинутыми къ грудобрюшной преградѣ. Удалить опухоли цѣликомъ не представлялось возможности; стѣнки ихъ были резецированы, и оставшіеся участки стѣнокъ правой кисты были обшиты матрацнымъ швомъ, а края оставшагося мѣшка лѣвой кисты—швомъ кисетнымъ. Въ заднее дугласово пространство проведенъ былъ стеклянный дренажъ, предназначенный для дренированія брюшной полости и оставшагося участка правой кисты, а въ оставшуюся часть лѣвой кисты былъ проведенъ дренажъ эластическій. По очищеніи брюшной полости, рана была зашита, и наложена антисептическая повязка. Дренажи выведены черезъ брюшную рану. Операція продолжалась 2 ч. 22'. Сложныя топографическія отношенія опухоли пояснены рисункомъ.

Показаніями къ дренированію служили въ данномъ случаѣ, по мнѣнію автора: 1) продолжительность операціи, а, слѣдовательно, и болѣе легкая возможность инфекции. 2) Обширное раненіе брюшины и обнаженіе подбрюшинной клѣтчатки на значительномъ протяженіи. 3) Невозможность тщательнаго туалета брюшины и 4) возможность секреціи изъ оставшихся участковъ опухоли. Больная встала съ постели на 28-й день послѣ операціи. Отдѣленіе изъ дренажей, въ теченіе первыхъ 12 дней послѣ операціи, колебалось между 111 и 2 к. сант. въ сутки, при чемъ оно шло, главнымъ

образомъ, изъ стекляннаго дренажа, эластическій же иногда закупоривался. Въ первые 3 дня получено изъ дренажа 239 к. сант. жидкости, т. е. болѣе стакана жидкости, которая, при температурѣ тѣла, представляла бы въ брюшной полости прекрасную питательную среду для развитія микробовъ. Стеклянный дренажъ смѣнялся на все болѣе меньшіе по величинѣ дренажи. Черезъ 6 мѣсяцевъ больную осматривалъ проф. Г. Е. Рейнъ и нашелъ ее вполне здоровою. Въ сообщеніи своемъ авторъ подробно останавливается на техникѣ дренированія по способу, примѣняемому въ акушерской клиникѣ университета св. Владиміра.

Стеклянный дренажъ, употребляемый въ нашей клиникѣ въ подобныхъ случаяхъ, есть видоизмѣненіе дренажа *Koerberlé* и *Keith'a*¹⁾ и представляетъ собою трубку, изготовляемую изъ легкоплавкаго стекла, достаточной для прочности толщины, запаянную и немного изогнутую съ одного конца и съ раструбомъ на другомъ. Мелкіе номера имѣютъ форму, напоминающую трахеотомическую трубочку. Изгибъ дѣлается для того, чтобы дренажъ не оказывалъ давленія на дно матки, при проведеніи его чрезъ нижній уголъ раны въ заднее дугласово пространство. Дренажъ снабженъ боковыми отверстіями въ 1 м.м. съ небольшимъ въ діаметрѣ, расположенными по спиральной линіи на извѣстномъ разстояніи другъ отъ друга, смотря по калибру дренажа, и отмѣченъ номеромъ, показывающимъ длину его въ сантиметрахъ и діаметръ въ мил-



Рис. 13. Дренажъ съ не- закрытой „юбкой“.

лиметрахъ, которые всегда соотвѣтствуютъ другъ другу. Самый болѣе болѣе—№ 18—представляетъ длину въ 18 см. и въ діаметрѣ 18 м.м., самый меньшій № 2—2 см. длиною и 2 м.м. въ діаметрѣ. Весь наборъ дренажей, употребляемыхъ въ Кіевской клиникѣ, былъ демонстрированъ. До употребленія они сохраняются въ штативѣ, употребляемомъ для реактивныхъ трубокъ. Передъ употребленіемъ на открытый конецъ дренажа крѣпко навязывается кусокъ гутаперчевой ткани, квадратной формы, примѣрно въ 15—20 кв. сантиметровъ—„юбка“,—съ отверстіемъ по срединѣ. (См. рис. 13). Полость дренажа выполняется полоской іодоформной (30%) марли, надъ раструбомъ кладется еще скомканная полоска марли, сверху саллициловая и гигроскопическая вата, послѣ чего края гутаперчевой ткани заворачиваются кверху и завязываются наглухо надъ перевязочнымъ матеріаломъ (см. рис. 14-й). Такимъ образомъ, атмосферный воздухъ общается съ брюшною полостью, если бы онъ проникалъ въ нее черезъ дренажъ, не непосредственно, а фильтруясь черезъ слой противогнилостнаго матеріала на подобіе того, какъ это дѣлается въ трубкахъ, употребляемыхъ для бактериологическихъ изслѣдованій. Дренажъ окружается у свободного конца надъ раной „галстухомъ“, т. е. полосками іодоформной марли, которая лежитъ непосредственно на кожѣ живота и служитъ для вбирания отдѣленій, которыя могли бы проникать изъ брюшной полости между

лиметрахъ, которые всегда соотвѣтствуютъ другъ другу. Самый болѣе болѣе—№ 18—представляетъ длину въ 18 см. и въ діаметрѣ 18 м.м., самый меньшій № 2—2 см. длиною и 2 м.м. въ діаметрѣ. Весь наборъ дренажей, употребляемыхъ въ Кіевской клиникѣ, былъ демонстрированъ. До употребленія они сохраняются въ штативѣ, употребляемомъ для реактивныхъ трубокъ. Передъ употребленіемъ на открытый конецъ дренажа крѣпко навязывается кусокъ гутаперчевой ткани, квадратной формы, примѣрно въ 15—20 кв. сантиметровъ—„юбка“,—съ отверстіемъ по срединѣ. (См. рис. 13). Полость дренажа выполняется полоской іодоформной (30%) марли, надъ раструбомъ кладется еще скомканная полоска марли, сверху саллициловая и гигроскопическая вата, послѣ чего края гутаперчевой ткани заворачиваются кверху и завязываются наглухо надъ перевязочнымъ матеріаломъ (см. рис. 14-й). Такимъ образомъ, атмосферный воздухъ общается съ брюшною полостью, если бы онъ проникалъ въ нее черезъ дренажъ, не непосредственно, а фильтруясь черезъ слой противогнилостнаго матеріала на подобіе того, какъ это дѣлается въ трубкахъ, употребляемыхъ для бактериологическихъ изслѣдованій. Дренажъ окружается у свободного конца надъ раной „галстухомъ“, т. е. полосками іодоформной марли, которая лежитъ непосредственно на кожѣ живота и служитъ для вбирания отдѣленій, которыя могли бы проникать изъ брюшной полости между



Рис. 14. Дренажъ съ на- глухо завязан- ной „юбкой“.

¹⁾ Sechs Vorträge von Sp. Wells, Volkmanns Vorträge 149, 150, p. 1176.

дренажемъ и раной. Въ случаѣ смачиванія отдѣленіями, галстухъ мѣняется черезъ 1—2 сутокъ послѣ операціи. Обыкновенно онъ перемѣняется одновременно съ дренажною трубкою, такъ какъ незначительное кровянистое отдѣленіе, пропитывающее его тотчасъ послѣ операціи, засыхаетъ. Соответственно мѣсту нахождения дренажа, въ повязкѣ прорѣзывается окошко, которое покрывается еще слоемъ ваты. Такимъ образомъ, получается герметическая „повязка въ повязкѣ“, которую удобно смѣнять, по мѣрѣ надобности. Уходъ за дренажемъ, во избѣжаніе инфекціи, требуетъ строжайшаго соблюденія правилъ антисептики; прежде всего дренажная трубка, предварительно продезинфицированная въ сѣрной кислотѣ, передъ введеніемъ въ брюшную полость промывается растворомъ сулемы 1:1000; затѣмъ, все, что приходитъ въ соприкосновеніе съ дренажемъ—руки, инструменты и т. п. должно быть строго асептично¹⁾. Смѣняется перевязочный матеріалъ въ дренажѣ съ такимъ расчетомъ времени, чтобы предупредить промоканіе перевязочнаго матеріала до верхнихъ слоевъ ваты, положенной поверхъ іодоформной марли: самое частое черезъ 3—2 часа, самое рѣдкое—не менѣе 1—2 разъ въ сутки. Кромѣ того, при каждой смѣнѣ перевязочнаго матеріала изъ дренажа „вычерпывается“ избытокъ жидкости, не впитавшейся въ перевязочный матеріалъ; для этого въ дренажъ, при помощи металлическаго, прокаленного прутика или пинцета, повторно вводятся полоски сулемованной или іодоформной марли. Первая смѣна дренажа, слѣдующимъ по скалѣ номеромъ, производится обыкновенно на 2—3 сутки, а въ послѣдующее время и раньше; большею частію черезъ сутки; въ дальнѣйшемъ теченіи послѣоперационнаго періода смѣны дренажныхъ трубокъ производятся чаще—черезъ 2—1 сутки и всегда съ такимъ расчетомъ, чтобы отдѣленіе въ ходѣ дренажа не застаивалось и чтобы стоящій дренажъ не препятствовалъ нормальному росту грануляціи въ глубинѣ хода.

На основаніи какъ вышеприведеннаго случая, такъ и литературныхъ данныхъ о дренированіи брюшной полости, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) есть извѣстный рядъ случаевъ трудныхъ чревосѣченій, гдѣ дренажъ брюшной полости показанъ; 2) составляя вспомогательный методъ безгнилостнаго способа леченія раненій, дренажъ долженъ быть строго асептиченъ; 3) такимъ требованіямъ удовлетворяетъ стеклянный дренажъ, примѣняемый по способу, описанному въ настоящемъ сообщеніи; 4) что касается точнаго перечисленія всѣхъ показаній къ примѣненію дренажа, то это есть вопросъ будущихъ изслѣдованій; 5) не предрѣшая результатовъ этихъ изслѣдованій, авторъ, на основаніи изложеннаго наблюденія, утверждаетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ брюшной полости оставлены болѣе или менѣе значительные участки опухоли, дренажъ обязателенъ.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—*„Къ вопросу о леченіи кистомъ яичниковъ разрывомъ“*. (38). Крестьянкѣ П—ой, 40-ка лѣтъ, была сдѣлана 4 ноября 1887 года операція двусторон-

¹⁾ Обезпложенное состояніе содержимаго дренажа, даже черезъ нѣсколько дней послѣ операціи, было доказано бактериологическими изслѣдованіями (Ср. выше, стр. 64).

ней овариотоміи. До операціи были опредѣлены кистомы обоихъ яичниковъ, при чемъ одна изъ нихъ (правая) была плотно фиксирована въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ и состояла изъ нѣсколькихъ отдѣловъ. Окружность живота = 108 см., отъ лобка до меча—49 см. При операціи киста лѣваго яичника была удалена безъ затрудненій, правая-же киста, имѣвшая плотныя сращенія въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ, а также со стѣнками таза, слѣпою кишкою и flexura sigmoidea, была резецирована, послѣ чего края оставшейся полости, величиною съ глубокую тарелку, были вшиты въ брюшную рану матрацнымъ швомъ. Внутренняя поверхность оставшейся полости, покрытая сосочковыми разраженіями, была обожжена аппаратомъ *Raquetin'a*, 10⁰/₀ спиртовымъ растворомъ хлористаго цинка и 50⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты въ глицеринѣ. Въ полость опухоли былъ введенъ стеклянный дренажъ 10 см. длины и 10 мм. ширины, и, сверхъ того, она слегка затампонирована іодоформной марлей. На девятыя сутки дренажъ былъ удаленъ, и оставшаяся полость, значительно уменьшившаяся въ размѣрахъ, была прижжена іодной настойкой. Затѣмъ, до 21-хъ сутокъ въ полость вводились іодоформные тампоны и черезъ 2—3 дня вливалась на нѣсколько минутъ іодная настойка. Полость замѣтно спалась, но постоянно выдѣляла коллоидную жидкость. На 21-я сутки вновь былъ введенъ дренажъ, который перемѣнялся, сообразно уменьшенію полости, на дренажъ меньшаго калибра. Полость прижигалась то іодной настойкой, то дымящеюся азотною кислотой. Послѣоперационный періодъ протекъ безлихорадочно. Въ настоящее время, спустя 3 мѣсяца послѣ операціи, полость почти совершенно облитерировалась, осталась фистула, пропускающая стеклянный дренажъ длиною въ 4 см. и толщиною въ гусиное перо. Отдѣленіе изъ фистулы имѣетъ коллоидный характеръ, съ небольшою примѣсью гнойныхъ элементовъ. Количество отдѣленія за сутки—не болѣе 10 куб. см. Maximum его равнялся—32 куб. см., но за то бывали дни, когда количество его равнялось 1 куб. см. и даже менѣе. При комбинированномъ изслѣдованіи черезъ влагалище, въ заднемъ сводѣ едва ощупывается незначительный остатокъ опухоли. Общее состояніе больной весьма удовлетворительно,—она прибыла въ вѣсѣ на 27 фунтовъ. Больную предполагается отпустить мѣсяца на 2 домой, а затѣмъ, если за это время полость совершенно не облитерируется, то фистула будетъ расширена палочкой тупело, полость выскоблена острою ложкой и прижжена дымящеюся азотною кислотой.

Этотъ случай, конечно, имѣетъ лишь значеніе матеріала къ вопросу о леченіи кистъ яичника посредствомъ разрѣза; онъ доказываетъ, что даже и при неполномъ вырѣзываніи кисты возможно если не полное излеченіе, то весьма значительное облегченіе больной. Неоконченныя операціи удаленія кистомъ яичника, какъ доказываетъ литература вопроса, даютъ еще и до сихъ поръ очень плохіе результаты. Это объясняется тѣмъ, что прежде, чѣмъ прійти къ заключенію, что опухоль вполне неудаима, операторы нерѣдко наносятъ огромныя травмы въ брюшной полости, результатомъ чего обыкновенно бываетъ смерть больной. *Spencer Wells* въ своемъ извѣстномъ сочиненіи *Diseases of the ovaries* сообщаетъ, впрочемъ, объ одномъ случаѣ резекціи кистомы, окончив-

шеся благополучно. Больная впоследствии служила у него въ госпиталѣ сидѣлкой. Отдѣленіе коллоидной жидкости изъ свища у этой больной было довольно значительно. Въ огромномъ же большинствѣ случаевъ судьба такихъ больныхъ остается неизвѣстной. Демонстрируемая больная невольно наводитъ на вопросъ, нельзя ли и при помощи лишь разрѣза опухоли достигъ радикальнаго излеченія, даже и при настоящихъ кистомахъ, и при томъ осложненныхъ папиллярными разращеніями на внутренней поверхности? При этомъ необходимо, конечно, чтобы планъ операціи былъ намѣченъ заранѣе и проведенъ съ возможно большею строгостію. Остается вопросъ, не будетъ ли въ данномъ случаѣ рецидива? Такъ какъ стѣнки опухоли не заключали, повидимому, вторичныхъ полостей, то надо полагать, что эта опасность имѣетъ мало вѣроятія.

Въ слѣдующей работѣ того-же автора: „Обзоръ 310 чревосѣченій“ (39), сообщается, что всѣ 310 наблюденій собраны въ теченіе 8 лѣтъ: съ 23 ноября 1883 г. по 26-го ноября 1891 года. Обзоръ этотъ преслѣдуетъ, главнымъ образомъ, фактическую провѣрку преимуществъ безгнилостнаго способа.

Въ составъ произведенныхъ 310 чревосѣченій вошли слѣдующія операціи:

Овариотомій	185 ум.	10—	5,4 ⁰ / ₀ см.
Удаленій кистъ широкихъ связокъ	26	„ 1—	3,8 ⁰ / ₀ „
Миотомій	43	„ 7—	16,2 ⁰ / ₀ „
Удаленій придатковъ	18	„ 2—	11,1 ⁰ / ₀ „
Эксплораторныхъ разрѣзовъ	9	„ 2—	22,2 ⁰ / ₀ „
Чревосѣченій при внѣматочной беременности	7	„ 1—	14,2 ⁰ / ₀ „
Другихъ чревосѣченій	22	„ 6—	27,2 ⁰ / ₀ „

Итого 310 ум. 29— 9,3⁰/₀ см.

Въ рубрику другихъ чревосѣченій вошли слѣдующіе случаи:

Миотомія и вылуценіе кистъ широкой связки	1 ум.	1
Овариотомія и ампутація сальника, пораженнаго ракомъ	1	„ 1
Овариотомія и сальпинготомія	2	„ 0
Полное удаленіе эхинококка брюшной полости	2	„ 1
Грыжесѣченіе	1	„ 0
Гистеропексія съ удаленіемъ придатковъ	2	„ 0
Гистеропексія и вылуценіе кисты широкой связки	1	„ 0
Вскрытіе гнойниковъ брюшной и тазовой полости	2	„ 1
Кесарское сѣченіе	1	„ 1
Удаленіе саркомы круглой связки	1	„ 0
Удаленіе саркомы брыжейки	1	„ 0
Резекція стѣнки кисты	2	„ 1
Повторное чревосѣченіе	5	„ 2 ¹)

Итого . . . 22 ум. 6

¹) Эти 2 случая смерти сосчитаны выше, при соответственныхъ первичныхъ операціяхъ.

Причины смерти. Въ 29 случаяхъ, окончившихся смертью, причинами смерти были:

Гнилостные процессы	19
(Изъ нихъ въ первой сотнѣ 9, а во 2-й и въ 3-й по 5).	
Раковые переносы и кахексія	3
Параличъ сердца (при міомахъ)	2
Эмболія легочной артеріи	1
(Смерть на 13-й день послѣ кастраціи при міомѣ).	
Воспаленіе брюшины при прободающей ранѣ кишки	1
(Смерть на 10-й день отъ расхожденія швовъ кишечной раны),	
Кровотеченіе или шокъ	1
(Смерть черезъ 2 часа послѣ труднаго вылущенія внутрисвязочной кисты).	
Подозрѣваемое отравленіе карболовой кислотой	1
Нефритъ и осумкованное кровоизліяніе въ тазу	1
Итого	
29	

Въ первой рубрикѣ — погибшихъ отъ гнилостныхъ процессовъ — заключаются два случая, гдѣ заподозрѣно отравленіе оперированныхъ — въ одномъ сулемою, а въ другомъ іодоформомъ.

Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что въ 65⁰/₀ всѣхъ случаевъ смерти причиною ея были гнилостные процессы, не смотря на то, что главныя заботы при производствѣ всѣхъ чревосѣченій были направлены именно противъ этой причины. Въ первые годы съ этою цѣлью систематически примѣнялся противогнилостный способъ, а за послѣдніе годы — безгнилостный. Уменьшеніе цифры смертности отъ гнилостныхъ процессовъ во второй и въ третьей сотнѣ операцій, почти вдвое противъ первой, говорить въ пользу безгнилостнаго способа, который началъ примѣняться, примѣрно, съ половины второй сотни. Около этого же времени введенъ въ клиникѣ бактериологическій контроль какъ асептики, такъ и антисептики, и оба эти способа стали примѣняться какъ подвиды одного и того-же — обезпложивающаго метода леченія ранъ (Ср. стр. 70).

Еще болѣе наглядно вытекають преимущества безгнилостнаго способа изъ ниже слѣдующей таблицы смертности по годамъ:

Годъ.	Число чревосѣченій.	Проц. смертн.	
1883	2	0	} Старая клиника 139 сл. съ 15,1 ⁰ / ₀ см.
1884	12	8,3	
1885	36	13,8	
1886	45	11,1	
1887	32	25,0	
1888	12	13,0	
1888	11	13,0	} Новая клиника 171 сл. съ 4,6 ⁰ / ₀ см.
1889	48	0,0	
1890	56	7,1	
1891 (по 26/xi) 56	56	5,3	

Изъ этой таблицы видно, что процентъ смертности, съ переходомъ клиникъ осенью 1888 года въ новое зданіе, уменьшился болѣе, чѣмъ втрое.

Наиболѣе благопріятный годъ—1889, гдѣ мы имѣемъ 48 случаевъ съ 0,0% см. Постепенное улучшение результатовъ видно и изъ слѣдующей таблицы, гдѣ чревосѣченія и исходы распредѣлены по сотнямъ.

№№	1	100	12 ⁰ / ₀ смерт.
№№	101	200	10 ⁰ / ₀ "
№№	201	300	7 ⁰ / ₀ "

Къ тому же выводу приходимъ, если возьмемъ одну какую либо однородную группу операций, напр. овариотоміи.

№№	1	50	8 ⁰ / ₀ смертн.	} 1-я сотня—10 ⁰ / ₀ смерт.
№№	51	100	12 ⁰ / ₀ "	
№№	101	150	2 ⁰ / ₀ "	} 2-я сотня—1,0 ⁰ / ₀ смерт.
№№	151	200	0,0 "	

Наибольшей серіей счастливыхъ исходовъ являются чревосѣченія №№ 150—206 включительно, т. е. 57 чревосѣченій подъ рядъ съ исходомъ въ выздоровленіе.

Изъ приведенныхъ авторомъ статистическихъ сопоставленій по этому вопросу, опубликованныхъ въ послѣднее время въ Россіи и за границей, вытекаетъ, что въ настоящее время результаты чревосѣченій у многихъ русскихъ хирурговъ и въ Кіевской Акушерской клиникѣ не только не уступаютъ опубликованнымъ результатамъ изъ лучшихъ иностранныхъ клиникъ, но даже превосходятъ ихъ.

Техника и осложненія, встрѣченныя при овариотоміяхъ. Техника при овариотоміяхъ примѣнялась общепринятая и соотвѣтственно общимъ правиламъ хирургіи. Сообразно пріобрѣтенному навыку и улучшенію обстановки, продолжительность операций постепенно дѣлалась меньше. Такъ, средняя продолжительность овариотоміи равнялась:

Въ первой полусотнѣ операций	. . . . .	65 м.
Во второй	" "	64 м.
Въ третьей	" "	53 м.
Въ четвертой	" "	42 м.

Укороченіе времени, потребнаго для операции, давало возможность производить въ день по 2, по 3 и по 4 чревосѣченія.

Въ теченіе послѣдняго семестра всѣ присутствующіе при операцияхъ (въ томъ числѣ и очередная группа студентовъ) надѣваютъ обезпложенные въ камерѣ съ тѣкучимъ паромъ халаты. Для лучшаго фильтрованія воздуха (черезъ фланель) онъ вгоняется въ вентиляціонные каналы при помощи большого ручного нагнетательнаго насоса.

Срощенія при оваріотоміяхъ наблюдались:

Съ сальникомъ	72	раза	. . . . .	34 ⁰ / ₀ .
Съ брюшными стѣнками	62	„	. . . . .	29 ⁰ / ₀ .
Съ тазовыми „	8	„	. . . . .	3,8 ⁰ / ₀ .
Съ кишками	28	„	. . . . .	13,2 ⁰ / ₀ .
Съ червовиднымъ отросткомъ	6	„	. . . . .	2,8 ⁰ / ₀ .
Съ печенью	2	„	. . . . .	0,9 ⁰ / ₀ .
Съ мочевымъ пузыремъ	7	„	. . . . .	3,3 ⁰ / ₀ .
Интралигаментарный ростъ опухоли	38	„	. . . . .	18,0 ⁰ / ₀ .

При разрушеніи сращеній, въ двухъ случаяхъ оваріотоміи раненъ мочевой пузырь. Рана была зашита, и больная выздоровѣли. Въ одномъ случаѣ, при вращеніи кисты въ широкую связку, былъ перерѣзанъ мочеточникъ и шить въ брюшную рану. Для излеченія свища произведено было въ послѣдствіи авторомъ удаленіе почки по Симону, съ исходомъ въ выздоровленіе.

Перекручиваніе ножки отмѣчено въ 44 случаяхъ	20,8 ⁰ / ₀ .
Нагноеніе въ кистахъ „ „ 7 „	3,3 ⁰ / ₀ .
Самопроизвольный разрывъ кисты „ 10 „	4,7 ⁰ / ₀ .
Двухсторонняя оваріотомія „ „ 54 „	26 ⁰ / ₀ .
Оваріотомія при беременности „ 4 „	1,8 ⁰ / ₀ .

Кромѣ того беременность осложняла операцію при удаленіи эхинококка сальника и саркомы круглой связки. Изъ всѣхъ 6 случаевъ беременность окончилась выкидышемъ только въ одномъ случаѣ. Всѣ 6 больныхъ выздоровѣли.

Для удаленія міомъ матки пользовались также общепринятыми методами, причемъ наиболѣе идеальнымъ методомъ авторъ считаетъ операцію вылуценія опухоли изъ стѣнки матки—по типу кесарскаго сѣченія, такъ какъ онъ вполне удовлетворяетъ цѣлямъ консервативнаго, т. е. идеальнаго метода хирургіи; второе мѣсто занимаетъ надвлагалищная ампутація по внутрибрюшинному методу. Внѣбрюшинный же способъ долженъ быть примѣняемъ очень рѣдко, только въ особыхъ, исключительныхъ случаяхъ, гдѣ примѣненіе внутрибрюшиннаго способа невозможно.

По мѣрѣ улучшенія оперативной техники, употребленіе эластическаго жгута весьма ограничивается, чѣмъ достигается укороченіе продолжительности операціи, культу удаётся выкроить аккуратнѣе и менѣе объемистую, и предупреждаются закупорки маточныхъ и сѣменныхъ венъ, ведущія за собою иногда, какъ извѣстно, эмболии въ послѣоперационномъ періодѣ.

По роду операціи миомотоміи были произведены:

Удаленіе міомы безъ вскрытія полости матки	14—	7,1 ⁰ / ₀ см.
Ампутаціи матки	22—	18,0 ⁰ / ₀ „
Вылуценіе опухоли изъ тазовой брюшины	5—	40 ⁰ / ₀ „
Удаленіе опухоли по типу кесарскаго сѣченія	2—	0 ⁰ / ₀ „

Срощенія отмъчены:

Съ сальникомъ	6—13,6 ⁰ / ₀
Съ мочевымъ пузыремъ	3— 6,8 ⁰ / ₀
Съ кишкою	2— 4,5 ⁰ / ₀
Съ червовиднымъ отросткомъ	1— 2,2 ⁰ / ₀
Съ брыжейкой тонкой кишки	1— 2,2 ⁰ / ₀
Съ тазовой стѣнкой	1— 2,2 ⁰ / ₀

Врощенія подъ брюшину отмъчены:

Широкихъ связокъ	8
Задняго дугласова пространства	1
Передняго дугласова пространства	4
Въ клѣтчатку таза	2

Во время операциі въ 2-хъ случаяхъ раненъ мочевой пузырь (шовъ, выздоровленіе), 1 разъ наблюдался перегибъ мочеточниковъ при низко наложенномъ и оставленномъ à demeure эластическомъ жгутѣ. На слѣдующій день послѣ операциі произведено повторное чревосѣченіе. Жгутъ удаленъ, проходимость мочеточниковъ тотчасъ же возстановилась, и больная выздоровѣла безъ дальнѣйшихъ осложнений. По одному разу встрѣчены: нагноеніе опухоли, омѣлотореніе ея и перекручиваніе матки вокругъ ея продольной оси.

Родъ удаленныхъ новообразованій.

а) При оваріотоміяхъ:

Пролиферирующая железистая киста	131
Пролиферирующая сосочковая киста	18
Дермоидная киста	18
Трубно-яичниковая киста	5
Кисты широкихъ связокъ	19
Кистосаркома	9
Кистокарцинома	3
Саркома	2
Фибросаркома	1
Фиброміома	1
Пролиферирующая железистая коллоидно-дермоидная киста	1
Пролиферирующая сосочковая коллоидно-дермоидная киста	1
Пролиферирующая железистая киста одного яичника и саркома другого яичника	1
Пролиферирующая железистая киста одного яичника и дермоидная киста другого яичника	1
Бугорчатка яичниковъ и брюшины	1

Итого 217 ¹).

¹) Оваріотомій, со включеніемъ удаленій кистъ широкихъ связокъ, произведено 211, прочія 6 опухолей удалены совмѣстно съ другими операциями.

По вѣсу опухоли распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

до 5 фунтовъ	106	
отъ 5 ф. до. 20 ф.	65	maximum 1 п. 30 ф.
выше 20 фунтовъ	36	minimum 15 grm.

Въ десяти случаяхъ вѣсъ не указанъ.

b) При миомотоміяхъ:

1) Внутривѣшная миома матки	13
2) Подбрюшинная " "	14
3) Подслизистая " "	3
4) Множественная " "	10
5) Кистоміома матки	1
6) Миома съ расширенными лимфатическими сосудами	3
Итого	44 ¹⁾

По вѣсу опухоли распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

до 5 фунтовъ	28
Отъ 5 ф. до 20 ф.	12
выше 20 фунтовъ	3

Въ одномъ случаѣ вѣсъ не указанъ.

Теченіе послѣоперационнаго періода.

	1-я сотня.	2-я сотня.	3-я сотня.
Безъ повышенія t^0 до 38^0C	41	62	58
Съ однократнымъ повышеніемъ t^0 до 38^0C	23	12	19
Съ многократнымъ повышеніемъ t^0 до 38^0C и выше	36	26	22

Изъ этой таблицы видно, что $\frac{0}{100}$ лихорадочныхъ заболѣваній въ послѣднихъ двухъ сотняхъ, приблизительно, на $\frac{1}{3}$ меньше, чѣмъ въ первую. Самочувствіе больныхъ тоже рѣзко улучшается, и онѣ очень близко походятъ на родильницъ, при безгнилостномъ теченіи послѣродоваго періода. Самая хлороформная рвота дѣлается теперь какъ будто рѣже и меньше, что, повидимому, скорѣе зависитъ отъ меньшей продолжительности операций и отъ отсутствія раздраженія брюшины противогнилостными жидкостями, чѣмъ отъ свойства самого наркотическаго средства. Авторъ испытывалъ послѣдовательно: обыкновенный хлороформъ, двухлористый метилень, хлороформъ *Дункана*, хлороформъ, приготовляемый изъ хлоралъ-гидрата, хлороформъ *Ментина* и, въ послѣднее время, хлороформъ *Пикте* и нашелъ, что особыхъ преимуществъ того или другого изъ перечисленныхъ препаратовъ не замѣчается.

Уходъ за оперированными больными также за послѣднее время все болѣе упрощается и облегчается. Опій для умѣренія перистальтики кишекъ, сначала употребляв-

¹⁾ Въ это число вошла одна миома, удаленная совмѣстно съ кистою яичника.

шійся весьма часто, теперь дается только въ исключительныхъ случаяхъ, при явныхъ указаніяхъ на начинающееся воспаленіе брюшины. Съ 4-го или 5-го дня, при вполнѣ асептическомъ теченіи, весьма выгодно вызвать хорошій стулъ приѣмомъ слабительнаго. При безгнилостныхъ оваріотоміяхъ и міомотоміяхъ больныя, при подобномъ режимѣ, въ послѣднихъ серіяхъ на 11—12-й день вставали съ постели и къ концу 2-й недѣли выписывались изъ клиники.

Въ концѣ статьи авторъ, задавъ вопросъ: „что необходимо сдѣлать для дальнѣйшаго уменьшенія смертности послѣ чревосѣченій?“—говоритъ, что для достиженія этой цѣли, „необходимо дальнѣйшее развитіе, упрощеніе и укрѣпленіе въ практикѣ обезпложивающаго метода—въ извѣстныхъ случаяхъ въ формѣ противогнилостнаго способа, въ другихъ—въ формѣ безгнилостнаго. На это прямо указываетъ то обстоятельство, что самую частою причиною смерти въ описанныхъ случаяхъ (65%) было гнилостное отравленіе (Въ старой клиникѣ—73,8%, въ новой—25%)“.

Тамъ, гдѣ въ самыхъ тканяхъ оперируемой нѣтъ микробовъ, вызывающихъ нагноеніе или гніеніе, необходимо примѣнить безгнилостный способъ, подъ постояннымъ, строгимъ контролемъ бактериологическихъ методовъ изслѣдованія. Опытъ автора показалъ, что при извѣстныхъ условіяхъ, можно почти навѣрняка обезплодить все, окружающее рану, и все приходящее съ ней въ соприкосновеніе—даже самый воздухъ, и даже въ такихъ учрежденіяхъ, какъ клиники, гдѣ, въ интересахъ преподаванія, собираются всевозможныя формы болѣзней.

Труднѣе бороться съ гнилостными и нагноительными микробами, имѣющимися уже до операціи въ тканяхъ больной, и избѣжать самозараженія. Сюда относятся гнойныя скопленія въ брюшной и тазовой полостяхъ отъ предшествующихъ воспаленій, гнойные сальпингиты, нагноившіяся кисты и т. п. Здѣсь вполнѣ показано примѣненіе противогнилостнаго способа, но все таки какъ подвида обезпложивающаго метода.

На основаніи всего вышеизложеннаго авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

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

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

III. Замѣчается постепенное уменьшеніе % смертности, какъ послѣ всѣхъ чревосѣченій (4,6% смертн. въ новой клиникѣ), такъ въ особенности, при одной и той же операціи, напримѣръ, оваріотоміи (0,0% смертн., въ послѣдней полусотнѣ оваріотомій).

IV. Главною причиною уменьшенія % смертности, кромѣ накапливающейся опытности оператора и ассистентовъ и лучшей техники, нужно считать введеніе принциповъ обезпложивающаго способа.

V. Послѣдовательный уходъ за оперированными по безгнилостному подвида обезпложивающаго способа болѣе простъ, ибо % заболѣваемости среди нихъ меньше. При

грозныхъ явленіяхъ въ послѣоперационномъ періодѣ, необходимо энергичное вмѣшательство, напр., повторное чревосѣченіе.

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

Въ заключеніе, авторъ благодаритъ ординатора *А. А. Редлиха* за помощь, оказанную при статистической разработкѣ собраннаго въ настоящемъ обзорѣ большого клиническаго матеріала.

Въ краткомъ докладѣ „Обзоръ 500 чревосѣченій“ (40), авторъ сообщаетъ, что всѣ чревосѣченія, какъ и въ прежнихъ отчетахъ, продолженіемъ которыхъ этотъ обзоръ является, изложены въ хронологическомъ порядкѣ. Главное преимущество такого способа изложенія—вѣрность цифръ. По рубрикамъ операціи представляются въ слѣдующемъ видѣ:

Овариотомій и вылуценій кистъ широкихъ связокъ	332 см.	3,6 ⁰ / ₀
Миотомій	73 „	10,9 „
Сальпинготомій и кастрацій	33 „	12,1 „
Эксплораторныхъ разрѣзовъ	13 „	23 „
Чревосѣченій при внѣматочной беременности	9 „	11,1 „
Итого	460	
Другихъ чревосѣченій	40 см.	35,0 ⁰ / ₀

Сюда входятъ:

Кесарское сѣченіе	6 ум.	1
Вырѣзываніе раковой матки, по <i>Фрейнду</i>	2 „	2
Эхинококкотомія	3 „	1
Операція грыжи бѣлой линіи и пупочной	3 „	0
Гистеропексія съ удаленіемъ придатковъ	2 „	0
Гистеропексія съ вылуценіемъ кисты широкихъ связокъ	1 „	0
Вскрытіе гнойника брюшной полости	2 „	1
Удаленіе саркомы круглыхъ связокъ	1 „	0
Удаленіе саркомы брыжейки	1 „	0
Резекція стѣнки кисты	2 „	1
Пересадка мочеточниковъ въ прямую кишку	1 „	1
Вырѣзываніе почки	1 „	0
Непроходимость кишекъ	1 „	0
Повторныя чревосѣченія	9 „	5
Смѣшанныя операціи	5 „	2

Всего 40 ум. 14

Распознаваніе производилось на основаніи тщательнаго изученія клиническаго матеріала путемъ многократныхъ изслѣдованій и наблюденій какъ въ клиникѣ, такъ и внѣ ея.

Показаніємъ для удаленія *кисть* служилъ уже одинъ діагнозъ, противопоказаній почти не было.

Показаніємъ для операцій при *міомахъ* служили: ростъ опухолей, боли, повторныя воспаленія. Операціи дѣлались послѣ тщательнаго наблюденія и всесторонняго взвѣшиванія симптомовъ.

Удаленіе *придатковъ* производились какъ при сальпингитахъ, съ особенно тяжелыми симптомами, такъ и въ видѣ собственно кастрацій при міомахъ, порокахъ развитія и одинъ разъ при гистеро-эпилепсіи.

Эксплораторныя разрѣзы производились относительно весьма рѣдко, при злокачественныхъ новообразованіяхъ; только тамъ не переходили къ радикальной операціи, гдѣ распространеніе процесса на сосѣдніе органы дѣлало операцію и невозможною, и безцѣльною.

Техника. Операціи предшествовало тщательное подготовленіе больныхъ, изученіе ихъ въ клиникѣ, тщательное изслѣдованіе другихъ органовъ тѣла и возможное устраненіе ихъ заболѣваній до операціи.

Во время операціи примѣняли:

- 1) Обезпложивающій способъ въ его подвидахъ: а) асептика б) антисептика.
- 2) Въ случаяхъ болѣе или менѣе затруднительныхъ дѣлался возможно длинный разрѣзъ брюшной стѣнки.
- 3) Опухоли удалялись цѣликомъ, или уменьшенныя въ размѣрахъ; въ случаяхъ подозрительныхъ содержимое высасывалось при помощи аппарата *Potin'a*.
- 4) Въ случаяхъ сомнительныхъ по отношенію къ предшествовавшей инфекціи, или тамъ, гдѣ разрушалось много сращеній или вскрывалась на значительномъ протяженіи подбрюшинная клѣтчатка, особенно, при неполнѣ надежно остановленныхъ кровотеченіяхъ, брюшная полость дренировалась стекляннымъ дренажемъ.
- 5) Шовъ на брюшную рану накладывался узловатый и одно-этажный, кромѣ случаевъ радикальной операціи грыжи бѣлой линіи.

Послѣ операціи больныя пользовались самымъ тщательнымъ уходомъ; на нѣсколько дней назначалось дежурство студентовъ, благодаря чему удалось нѣсколько больныхъ спасти при помощи повторныхъ чревосѣченій, на примѣръ, своевременно распознавъ послѣдовательныя кровотеченія.

Исходы чревосѣченій въ Кіевской клиникѣ въ процентахъ смертности:

Въ первой сотнѣ	12 ⁰ / ₀
„ второй „	10 „
„ третьей „	7 „
„ четвертой „	8 „
„ пятой „	7 „
„ шестой „	4 „ (Реф.).

Въ старой клиникѣ съ 1883 по 1888 г. произведено	}	овариотоміи 99.— 8,1% см.
139 чревосѣченій съ 15,1% см.		міотоміи 17—17,6% „
Въ новой клиникѣ съ 1888 по 1896 г. произведено	}	овариотоміи 233— 1,3% „ 1)
361 чревосѣченіе съ 6,4% см.		міотоміи 56— 8,2% „

Переходя къ оцѣнкѣ существующихъ оперативныхъ способовъ удаленія новообразованій женскихъ половыхъ органовъ, и сравнивая пропагандируемый нынѣ влагалищный методъ съ операціей чревосѣченій, проф. *Г. Е. Рейнъ* дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Чревосѣченіе представляетъ болѣе опасности, чѣмъ кольпотомія, но въ то время, когда послѣдняя примѣнима только въ болѣе легкихъ случаяхъ, къ чревосѣченію приходится прибѣгать въ случаяхъ самыхъ трудныхъ и опасныхъ; и, не смотря на это, и при чревосѣченіяхъ въ матерьялѣ Кіевской акушерской клиники встрѣчаются серіи въ 56 случаевъ безъ смертныхъ исходовъ.

2) Обстановка при чревосѣченіяхъ сложнѣе, но, съ развитіемъ обезпложивающаго метода, и эти трудности постепенно устраняются.

3) Послѣоперационное состояніе у больныхъ при чревосѣченіи хуже, говорятъ защитники кольпотоміи; но и послѣ легкихъ чревосѣченій, особенно въ простыхъ, несложненныхъ случаяхъ послѣоперационное теченіе, при асептическомъ способѣ, проходитъ очень легко; такъ, напр., въ 5-й сотнѣ чревосѣченій наблюдалось 78% абсолютно безлихорадочныхъ теченій.

4) Послѣдствіемъ чревосѣченій нерѣдко являются грыжи бѣлой линіи; но здѣсь не рѣдко опускаютъ изъ виду существованіе грыжъ бѣлой линіи уже до операціи, особенно у многорожавшихъ женщинъ.

Поставивъ въ заключеніе вопросъ, нужно ли замѣнить чревосѣченія кольпотоміями? проф. *Г. Е. Рейнъ* отвѣчаетъ на него слѣдующимъ образомъ:

„Кольпотомія имѣетъ свои особыя показанія, а чревосѣченія, какъ вѣрный, испытанный способъ, отвѣчающій основнымъ даннымъ хирургіи, анатоміи и физиологіи, или, какъ выразился проф., „нашъ старый другъ“ долженъ быть, по прежнему, оставленъ для многихъ и наиболѣе трудныхъ случаевъ. Не нужно забывать, что чревосѣченіе научило хирурговъ очень многому: обнажая хорошо поле операціи, оно даетъ возможность вполнѣ научно примѣнять пособія, основываясь на данныхъ анатоміи; оно даетъ возможность вносить прогрессъ при леченіи не только болѣзней женскихъ половыхъ органовъ, но и печени, почекъ, селезенки, сальника, брыжейки, желудка, кишекъ и другихъ органовъ брюшной полости и дало прекрасные результаты во всемъ свѣтѣ и у насъ въ Россіи, какъ въ клиникахъ, такъ и въ земскихъ больницахъ“.



1) Въ послѣдней серіи изъ 131 случая оvariотоміи наблюдался одинъ смертный исходъ у больной, у которой еще до операціи былъ тромбозъ нижней полой вены что составитъ 0,7% смертности для оvariотоміи.

Х. Влагалищное чревосъчненіе.

(Colpocoeliotomia).

-
41. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Случай полного удаленія раково-перерожденной матки черезъ влагалище. Пр. Общ. Кіевскихъ Врачей. 1883—84 г., стр. 72.
 42. **Его-же.**—Полное вырѣзываніе раково-перерожденной матки черезъ влагалище. Прот. Акуш. Общ. въ Кіевѣ. 1888 г., т. 1, в. II, стр. 46.
 43. **Его-же.**—Демонстрація препарата 3-хъ-мѣсячной беременной раково-перерожденной матки, удаленной черезъ влагалище вмѣстѣ съ кистой яичника. Ibid. 1896 г., т. 9, в. XVIII, стр. 13.
 44. **Н. К. Нееловъ.**—Къ вопросу о леченіи кистъ яичника разрѣзомъ черезъ влагалище. Прот. Акуш. Общ. въ Кіевѣ. 1888 г., т. 2, в. III. Прилож. стр. 67 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
 45. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Случай влагалищной оваріотоміи. Ibid. 1892 г., т. 6, в. XI, Прилож. стр. 98.
 46. **А. Э. Гаусманъ.**—Къ вопросу о влагалищномъ чревосъчненіи. Ibid. 1899 г., т. 12, в. XXIII. Прилож. стр. 59 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
 47. **Его-же.**—Къ вопросу объ удаленіи фиброміомъ матки посредствомъ влагалищнаго чревосъчненія (colpocoeliotomia). Журн. Акуш. и Женск. Бол. 1899 г., т. XIII, стр. 409 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).

Проф. Г. Е. Рейнъ.—*„Случай полного удаленія раково-перерожденной матки черезъ влагалище“* (41). Больная страдает ракомъ тѣла матки; 4¹/₂ мѣсяца тому назадъ она обратилась за помощью къ проф. Г. Е. Рейну. За неимѣніемъ возможности помѣстить больную въ клинику для радикальной операціи, ей на дому было сдѣлано выскабливаніе, съ послѣдующимъ прижиганіемъ дымящейся азотной кислотой.

Рецидивъ наступилъ черезъ мѣсяць и потому рѣшено было произвести вырѣзываніе матки, имѣвшей въ длину 13 см., по измѣренію зондомъ. Операція произведена 26 сентября 1884 года. Послѣ перерѣзки сводовъ и отдѣленія шейки матки, связки ея были перевязаны значительнымъ количествомъ лигатуръ. Операція, вслѣдствіе громадной величины матки, представляла весьма значительныя трудности. При отдѣ-

лені мочевого пузыря, послѣдній былъ раненъ, такъ что образовалась пузырьно-влагалищная фистула, которая при операциі не была вполнѣ закрыта швами. Рана въ сводѣ была прижжена каленымъ желѣзомъ и засыпана іодоформомъ, въ пузырь же вставленъ катетеръ à demeure. Первые дни послѣ операциі количество мочи, выдѣляющейся черезъ катетеръ, было незначительно, и она почти вся выдѣлялась черезъ фистулу, но затѣмъ наступило обратное явленіе, хотя и до сихъ поръ небольшая часть мочи выдѣляется черезъ фистулу. На 8-й, 9-й и 10-й дни послѣ операциі больная лихорадила; въ это время количество мочи, выдѣляющейся черезъ катетеръ, уменьшилось, и лигатуры, наложенныя на связки, отдѣлялись. При выпискѣ изъ клиники больная значительно поправилась, хотя рана еще гранулировалась и была величиною въ 20-ти копѣечную монету.

На демонстрированномъ препаратѣ видно, что раковое пораженіе, начавшись съ зѣва матки, перешло на шейку и полость матки. Микроскопическое изслѣдованіе вполнѣ подтвердило діагнозъ рака ¹⁾.

Въ статьѣ „*Полное вырѣзываніе раково-перерожденной матки черезъ влагалище*“ (42) авторъ описываетъ операцию, произведенную 14 ноября 1887 года въ Акушерской клиникѣ Университета св. Владиміра надъ крестьянкой 40 лѣтъ, 6 разъ рожавшей. Заболѣла она, по ея словамъ, 6 мѣсяцевъ тому назадъ; появились кровянистыя зловонныя бѣли, сопровождавшіяся болями въ животѣ и въ спинѣ и лихорадочнымъ состояніемъ. При изслѣдованіи, найдена полная картина рака матки, при чемъ большая часть влагалищной части оказалась съѣденной, и кратерообразная язва прорывалась почти до внутренняго зѣва. Своды свободны, матка подвижна; длина ея полости = 9,5 см. Диагностированъ ракъ шейки матки, распространяющійся вверхъ преимущественно по слизистой оболочкѣ. Рѣшено удалить всю матку черезъ влагалище. Въ технику операциі были сдѣланы слѣдующія отступленія отъ общепринятаго типа: послѣ кругового обрѣзыванія сводовъ и отдѣленія околоматочной клѣтчатки вплоть до брюшины, было вскрыто переднее дугласово пространство, и брюшина пришита нѣсколькими швами къ стѣнкамъ влагалища. Такимъ же точно образомъ поступлено и съ заднимъ сводомъ. Матка такимъ образомъ оказалась висящею лишь на своемъ связочномъ аппаратѣ. Тогда на правую широкую связку былъ наложенъ длинный пинцетъ *Péan'a*, съ вѣтвями длиною въ 7 см., при чемъ предполагалось, обрѣзавъ связку возможно дальше отъ матки, точно также поступить и съ лѣвой связкой, и оставшіяся культи обжечь каленымъ желѣзомъ. Къ сожалѣнію, вслѣдствіе большой величины матки, намѣченный планъ не удалось выполнить, такъ какъ имѣвшіеся въ клиникѣ пинцеты оказались короткими для даннаго случая, и всей широкой связки захватить въ пинцетъ не удалось. Поэтому была отрѣзана ножницами лишь часть

¹⁾ Фистула впоследствии была зашита. Больная еще въ 1898 году, т. е. спустя 14 лѣтъ послѣ операциі, въ возрастѣ 56 лѣтъ, была жива и безъ рецидивовъ.—Примѣч. реф.

правой связки на глубину около 5 см., а затѣмъ операція закончена по обычному типу, съ запрокидываніемъ матки черезъ передній сводъ. Операція сопровождалась лишь тѣмъ осложненіемъ, что пришлось разрѣзать периметритическую спайку матки съ правую фаллопиевою трубою, а также экстирпировать и часть расширенной трубы. Яичники не удалены. Пинцетъ оставленъ *in situ*. Во влагалище и въ нижнюю часть дугласова пространства введенъ тампонъ изъ іодоформной марли. Послѣоперационный періодъ протекаетъ съ повышенной температурой до 38,7 С., при общемъ хорошемъ состояніи. На 9-й день сняты нѣкоторые швы. Пинцетъ въ настоящее время подвиженъ, и ткань вокругъ него гангренизируется. Больная на пути къ выздоровленію.

На препаратѣ, уже съжившемся подъ вліяніемъ спирта, все таки видна значительная величина матки (размѣры ея слѣдующіе: длина = 10 см., ширина у дна = 7 см., длина канала шейки = 4 см., длина полости = 5 см., глубина распространенія раковой язвы = 5 см.). Самую интересную для даннаго случая особенность препарата представляетъ распространеніе раковой язвы болѣе чѣмъ на 1 см. за внутренній зѣвъ.

На основаніи своихъ наблюденій, авторъ формулировалъ свои взгляды на радикальныя операціи, при злокачественныхъ новообразованіяхъ матки, слѣдующимъ образомъ:

1) При эпителиомахъ шейки, не распространяющихся еще на своды, показана надвлагалищная ампутація шейки. Показаніе это вытекаетъ изъ того, что, какъ извѣстно, новообразованія этого рода, при дальнѣйшемъ ростѣ, распространяются скорѣе на своды, чѣмъ на вышележащія части матки.

2) При злокачественныхъ новообразованіяхъ тѣла матки показано, какъ въ этомъ всѣ согласны, полное вырѣзываніе ея.

3) При ракъ шейки, начавшемся со слизистой оболочки и распространяющемся по ней вверхъ, показано также полное вырѣзываніе матки.

4) При инфильтрирующей формѣ рака шейки матки, а также во всѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ подозрѣніе, что новообразование перешло на своды и широкія связки, показано полное вырѣзываніе матки. При этомъ необходимо оперировать по такому способу, который бы возможно вѣрнѣе гарантировалъ отъ угрожающаго рецидива.

Съ этой точки зрѣнія желательно, особенно въ случаяхъ, относящихся къ 4-й категоріи, удалять вмѣстѣ съ маткой и возможно болѣе значительные участки широкихъ связокъ. Здѣсь особенно умѣстно примѣненіе огня, который, какъ показываетъ статистика операцій при ракъ, а также и собственныя наблюденія автора, повидимому, лучше всего предохраняетъ отъ рецидива. Изъ 8 полныхъ вырѣзываній матки, сдѣланныхъ авторомъ до настоящаго случая, наилучшіе результаты по отношенію къ рецидиву, получены въ первомъ случаѣ (ср. выше, стр. 105), гдѣ, по окончаніи операціи, было примѣнено обжиганіе сводовъ и основаній широкихъ связокъ каленымъ желѣзомъ. Не смотря на очень значительное распространеніе рака въ этомъ случаѣ, рецидива до сихъ поръ еще не наступило, хотя со времени операціи прошло болѣе трехъ лѣтъ.

На основаніи изложенныхъ соображеній, авторъ считаетъ наилучшимъ тотъ оперативный методъ, который былъ намѣченъ въ реферируемомъ случаѣ. На будущее время заказаны соотвѣтственной длины, нѣсколько модифицированные пинцеты *Péan's*, которые годились бы для широкой связки любой величины.

Предметомъ слѣдующей статьи того же автора служить „*Демонстрація препарата з мѣсячной беременной раково-перерожденной матки, удаленной черезъ влагалище вмѣстѣ съ кистой яичника*“ (43).

Д. М—ая, 32 лѣтъ, мѣщанка, православная, кievлянка. Въ дѣтствѣ перенесла оспу и страдала золотухой. Менструируетъ съ 14 лѣтъ, по типу—чрезъ 2 недѣли, по 4 дня, безъ боли и въ скудномъ количествѣ. Въ концѣ марта 1894 года больная разрѣшилась отъ бремени въ 10-й разъ. Спустя два мѣсяца послѣ этихъ родовъ, открылись крови, которыя шли почти ежедневно, но въ умѣренномъ количествѣ. Съ середины же декабря 1894 года онѣ приняли характеръ настоящихъ метроррагій.

Замужемъ съ 19 лѣтъ. Данная беременность—одинадцатая. Предыдущія 10 беременностей протекали правильно и оканчивались срочными родами. Каждая новая беременность застигала больную спустя 5—6 мѣсяцевъ послѣ родовъ, что побуждало отнимать младенца отъ груди. Послѣродовые періоды, по словамъ больной, протекали правильно: вставала вскорѣ послѣ родовъ и принималась за обычную работу по хозяйству.

Съ сентября 1894 года къ кровотечениямъ присоединились рѣзкія боли въ нижней части живота. Все это заставило больную обратиться въ клинику, куда она была принята 15 января 1895 года, съ діагнозомъ рака влагалищной части, безъ инфильтраціи сводовъ, и кисты праваго яичника.

7 февраля 1895 года произведена операція. Во время изслѣдованія подъ наркозомъ проф. *Г. Е. Рейномъ*, произведшимъ и операцію полного удаленія матки съ кистовидно-перерожденнымъ правымъ яичникомъ, діагносцирована и беременность около 3 мѣсяцевъ. Операція продолжалась 1 ч. 13 мин. Не смотря на чрезмѣрную величину матки, ее удалось чрезвычайно легко извлечь, послѣ предварительной перевязки широкихъ связокъ. Легкому выполненію операціи въ данномъ случаѣ, очевидно, не мало способствовало разрыхленіе тканей полового аппарата, свойственное беременности.

Послѣоперационный періодъ протекалъ съ повышеніемъ t^0 тѣла. Больная выписалась изъ клиники, при весьма удовлетворительномъ общемъ состояніи.

Демонстрируемый препаратъ имѣетъ двоякій интересъ: 1) клинической—не часто можно видѣть ракъ матки, вырѣзанный черезъ влагалище, въ сочетаніи съ беременностью и съ кистой яичника. Такъ, автору пока извѣстенъ только подобный случай *Гофмейера*, оперированный черезъ влагалище, и *Д. О. Отта* при беременности на V или VI мѣс.,

гдѣ матка съ плодомъ удалена была по сочетанному способу. Во вторыхъ, препаратъ имѣетъ интересъ эмбриологическій—возможность наблюдать яйцо въ маткѣ *in situ*. На



Рис. 15. *a*—киста яичника; *b*—остатокъ праваго яичника; *c*—разрѣзанная передняя стѣнка матки; *d*—ворсистая оболочка; *e*—плодь въ цѣльномъ амниотическомъ мѣшкѣ; *f*—влагалищная часть матки (здоровый участокъ); *g*—раково-перерожденные участки влагалищной части матки; *h*—зѣвъ матки.—Рис. уменьшенъ болѣе, чѣмъ вдвое.

препаратъ (см. рис. 15) разрѣзана передняя стѣнка матки, увеличенной соответственно третьему мѣсяцу беременности, и яйцо оказывается выпятившимся въ разрѣзъ. Разрѣзанная *decidua reflexa* сократилась и отошла въ стороны, а *chorion* лоскутообразно разрѣзанъ и отогнутъ тоже въ стороны. Черезъ нескрытый *amnion* просвѣчиваетъ плодь, соответствующій концу 3-го мѣсяца беременности. На шейкѣ матки имѣется раковая язва съ сосочковыми разрощеніями. Въ правомъ яичникѣ—киста величиною почти въ гусиное яйцо. Часть яичника не измѣнена.

Н. К. Неловъ.— „Къ вопросу о леченіи кистъ яичника разрезомъ черезъ влагалище“ (44). Больная, жена офицера, 25 л., обратилась за совѣтомъ къ проф. *Г. Е. Рейну*, съ жалобами на сильныя боли въ подчревной области, отдающія въ крестецъ и особенно въ прямую кишку. При изслѣдованіи половыхъ органовъ, въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ опредѣлена круглая, плотной консистенціи, неясно зыблющаяся опухоль, величиною почти съ дѣтскую головку; вправить опухоль выше, въ брюшную полость, не удалось. Матка мала, отклонена влѣво и значительно оттѣснена къ лонному сочлененію. Такъ какъ явилось предположеніе, что опухоль есть однополостная киста яичника, сросленная съ окружающими частями, что при чревосѣченіи сильно могло-бы затруднить полное удаленіе новообразованія, а также, въ виду нежеланія больной подвергнуться оваріотоміи и появленія нѣкоторыхъ симптомовъ сдавленія органовъ малаго таза, рѣшено было сдѣлать проколъ опухоли черезъ влагалищный сводъ. Операция произведена 20-го марта 1884 года тонкимъ троакаромъ изъ аппарата *Potain'a* въ частной квартирѣ; содержимое опухоли оказалось отвѣчающимъ по своему характеру содержимому кожевикомъ. Послѣ прокола больная стала лихорадить, при чемъ t^0 достигала 39^0 С. Больная была принята въ акушерскую клинику университета св. Владиміра, и здѣсь ей снова былъ сдѣланъ проколъ кисты черезъ влагалищный сводъ болѣе толстымъ троакаромъ, выпущенъ гной, и полость дренирована. При даль-

нѣйшемъ леченіи больной пришлось дѣлать нѣсколько разъ расширеніе полученнаго отверстія то кровавымъ путемъ, то при помощи тупыхъ инструментовъ; полость кисты промывалась $4\frac{0}{10}$ растворомъ карболовой кислоты, изъ нея удалялись вводимыми въ полость опухоли пальцемъ, острою ложкой и корнцангомъ—зубы, костныя пластинки, волосы. Кромѣ того, вся внутренняя поверхность кисты неоднократно выскабливалась острою ложкой, послѣ чего непосредственно впрыскивалась іодная настойка. Подъ микроскопомъ выскобленные куски, имѣвшіе значительную толщину, обнаружили строеніе кожи, съ многочисленными сальными железами и волосяными мѣшечками. Черезъ два мѣсяца и 10 дней отъ перваго прокола больная выписалась изъ клиники, съ незначительнымъ свищемъ, и ей данъ совѣтъ показываться по временамъ для наблюденія за заживленіемъ свища. Свищъ зажилъ черезъ 5 мѣсяцевъ. Больная еще въ теченіе двухъ лѣтъ оставалась подъ наблюденіемъ проф. *Г. Е. Рейна*, которымъ и констатированы полная облитерация полости опухоли и радикальное излеченіе больной. На основаніи этой исторіи болѣзни авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Хотя техническая сторона оваріотоміи съ каждымъ годомъ улучшается, тѣмъ не менѣе всегда будутъ случаи, когда описанный способъ будетъ имѣть мѣсто въ числѣ другихъ методовъ леченія кистъ яичниковъ. 2) Къ числу подобныхъ случаевъ должны быть отнесены тѣ, гдѣ чревосѣченіе и хлороформированіе противопоказаны, напр., при болѣзняхъ сердца съ разстройствомъ компенсаціи, болѣзняхъ легкихъ, болѣзняхъ печени и т. п., или тамъ, гдѣ больная не желаетъ подвергнуться чревосѣченію. 3) Что касается до анатомическаго характера опухолей, то методъ леченія разрѣзомъ со стороны влагалища можетъ быть примѣненъ, какъ радикальное пособіе, лишь при однополостныхъ кистахъ и кожевикахъ.

„Случай влагалищной оваріотоміи“ (45) проф. *Г. Е. Рейна* сообщенъ въ засѣданіи Кіевскаго Акушерскаго Общества. Больная, у которой произведена была операція, уже извѣстна Обществу, ибо она была демонстрирована въ засѣданіи двѣнадцатаго мая 1888 года д-ромъ *М. А. Воскресенскимъ*, какъ излеченная отъ истерической отрыжки, при помощи многократнаго приставленія мушекъ въ области яичниковъ (см. Проток. Вып. IV, стр. 12). Отрыжка вскорѣ возобновилась, и больная снова перебивалась въ рукахъ различныхъ врачей, оказывавшихъ ей временную помощь. Болѣзнь, послѣ самыхъ разнообразныхъ способовъ леченія (впрыскиваніе морфина, дистиллированной воды, укола иглою *Pravatz'a*, внушенія, электризаціи, прижиганія спины аппаратомъ *Paquelin'a*, промыванія желудка въ клиникѣ проф. *Тримшеля* и т. п.), временно исчезала, чтобы появиться черезъ короткое время съ прежнею силою. Двадцать шестого ноября 1890 г. больная вновь поступила въ акушерскую клинику. Малка С—ль 22-хъ лѣтъ, мѣщанка, дѣвица. Менструируетъ съ 15 лѣтъ, черезъ 3—4 недѣли, по 5—6 дней, съ болями до и во время регуль. Со времени наступленія регуль у нея нѣсколько разъ были паузы въ 2—3 мѣсяца, когда регулы вовсе не являлись. Считаетъ себя больной со времени наступленія регуль; вначалѣ имѣлись

разстройства со стороны желудка и кишечника (запоры, боли подъ ложечкой, тошноты, рвота), а лѣтъ 5 тому назадъ къ этимъ явленіямъ присоединилась и отрыжка. Сначала отрыжка эта являлась разъ 10—15 въ день, а затѣмъ становилась все чаще и чаще, и въ настоящее время тревожитъ больную безпрестанно. Кромѣ того, въ настоящее время жалуется на боли въ груди, въ животѣ, болѣе справа, въ подчревной области, на головную боль, сухой кашель и отсутствіе аппетита. Боли въ животѣ нѣсколько уменьшаются послѣ отрыжки. При изслѣдованіи больной найдено: больная крѣпкаго тѣлосложенія, выраженіе лица идиотическое, черепъ микроцефалической, губы выворочены. Органы груди нормальны. Брюшные покровы напряжены, животъ слегка чувствителенъ. Наружные половые органы, кромѣ нѣкоторой гипертрофіи малыхъ губъ и гипереміи клитора, измѣненій не представляютъ. Слизистая входа во влагалище красна, особенно на мѣстѣ протоковъ бартолиновыхъ железъ; дѣвственная плева цѣла, кольцевидной формы, отверстіе ея свободно пропускаетъ палецъ. Влагалище нормально; влагалищная часть на нормальной высотѣ, въ видѣ соска, довольно плотной консистенціи, смотритъ кпереди, зѣвъ какъ у нерожавшей. Матка не велика, въ положеніи фізіологическаго перегиба кпереди, подвижна, безболѣзненна. Зондъ—7 см. Правый яичникъ опущенъ въ заднее дугласово пространство, величиною въ куриное яйцо, неправильной продолговатой формы, бугристый, эластической консистенціи, подвиженъ. Лѣвый яичникъ слегка увеличенъ, помѣщается недалеко отъ угла матки, чувствителенъ, лѣвая труба толщиною въ карандашъ. Своды пусты, безболѣзненны.

Въ виду предполагавшейся небольшой кисты праваго яичника, воспалительныхъ явленій въ лѣвомъ яичникѣ и безуспѣшности всѣхъ примѣнявшихся до сихъ поръ методовъ леченія, рѣшено было прибѣгнуть къ удаленію яичниковъ. Такъ какъ со стороны влагалища яичники казались легко доступными, то избрана была въ данномъ случаѣ влагалищная оваріотомія. Операція произведена была 6-го декабря 1890 года, при обычной въ клиникѣ антисептической обстановкѣ. Послѣ обнаженія задняго свода зеркалами *Sims'a*, дугласово пространство было вскрыто поперечнымъ разрѣзомъ около 5 см. длины. Зеркала вынуты, и произведена попытка низвести правый яичникъ пальцемъ. Попытка эта оказалась неудачной, и яичникъ удалось низвести, лишь захвативъ его пулевыми щипцами. На ножку наложена двойная лигатура. Точно также поступлено и съ лѣвымъ яичникомъ. Послѣ туалета брюшины, рана въ заднемъ сводѣ зашита шелкомъ. Операція продолжалась 1 ч. 1 м. и оказалась далеко не такой легкой, какъ это представлялось раньше. Узость дѣвственнаго влагалища составляла не малое препятствіе для свободы дѣйствій оператора; извлеченіе яичниковъ также было довольно затруднительно. Въ правомъ яичникѣ, бывшемъ величиною въ куриное яйцо, оказался коживикъ, величиною болѣе грецкаго орѣха; въ лѣвомъ яичникѣ—мелко-кистозное перерожденіе. Послѣоперационный періодъ прошелъ довольно гладко; лишь со второго по 8-й день t^0 колебалась въ предѣлахъ 37,2—38,3 $^{\circ}$ C (на 7-й день). Рана зажила первымъ натяженіемъ, но на ея мѣстѣ образовался небольшой воспалительный инфильтратъ, имѣвшій величину въ день выписки больной—3 января 1891 г.—лѣснаго орѣха. Къ 17 января 1891 г. инфильтратъ рассосался вполнѣ. Отрыжка прекратилась.

Не входя въ оцѣнку того, насколько операція можетъ считаться радикальной по отношенію къ излеченію даннаго случая¹⁾, авторъ полагаетъ, что этотъ методъ леченія въ настоящемъ случаѣ былъ единственнымъ, къ которому оставалось еще прибѣгнуть, тѣмъ болѣе, что имѣлись явныя указанія на патологическія измѣненія яичниковъ.

Что касается самого способа операціи, то, конечно, влагалищная оваріотомія никогда не въ состояніи будетъ вытѣснить оваріотомію черезъ чревосѣченіе, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ яичники представляются легко доступными, не имѣютъ плотныхъ срощеній съ сосѣдними органами и не особенно велики, она, безспорно, должна занять видное мѣсто въ ряду другихъ гинекологическихъ операцій. При этомъ способѣ рана брюшины представляется менѣе доступной для проникновенія инфекціонныхъ началъ во время операціи, самое раненіе въ значительной степени меньше, чѣмъ при чревосѣченіи, брюшина и вообще всѣ органы брюшной полости гораздо меньше подвергаются механическимъ insultамъ; наконецъ, избѣгается возможность послѣдовательныхъ грыжъ передней брюшной стѣнки, далеко не рѣдкихъ послѣ чревосѣченія. Вотъ на эти то особенности даннаго метода авторъ и желалъ обратить вниманіе товарищей. Нѣтъ сомнѣнія, что, въ подходящихъ случаяхъ, влагалищная оваріотомія можетъ быть произведена предпочтительно предъ таковою же при помощи чревосѣченія.

А. Э. Гаусманъ.— „Къ вопросу о влагалищномъ чревосѣченіи“ (46). Авторъ, коснувшись, въ общихъ чертахъ, исторіи возникновенія и развитія операціи влагалищнаго чревосѣченія, и изложивъ технику этой операціи, представилъ рядъ наблюденій, сдѣланныхъ имъ въ Кіевской Акушерской клиникѣ, и высказалъ свои взгляды на этотъ оперативный методъ, на основаніи описанныхъ имъ 14 случаевъ удаленія опухолей придатковъ матки черезъ влагалище.

Въ историческомъ обзорѣ авторъ указываетъ, что кольпоцеліотомія была произведена въ первый разъ въ нашей клиникѣ и, кажется, въ первый разъ въ Россіи 6-го декабря 1890 г. (см. выше, стр. 111), а еще раньше, именно въ апрѣлѣ 1884 г. (см. выше, стр. 109) была излечена радикально дермоидная киста яичника путемъ разрѣза черезъ задній сводъ влагалища.

Приготовленія и техника операціи состоятъ въ слѣдующемъ: не менѣе какъ въ теченіе недѣли передъ операціей дѣлаются большой теплой влагалищныя спринцеванія изъ раствора сулемы 1:3000 и 2 раза очищается кишечникъ, при помощи кастороваго масла. Наканунѣ операціи общая мыльная ванна. Передъ операціей—тщательное обеззараживаніе операціоннаго поля и брюшныхъ стѣнокъ; для операціи больная укладывается въ спинно-ягодичномъ положеніи на креслѣ *Shröder'a* или, въ послѣднее время, на столѣ *Doyen'a*; при этомъ, если операція дѣлается не на креслѣ *Doyen'a*, вытяну-

¹⁾ Въ настоящее время (декабрь 1891 г.) наблюдается возвратъ болѣзни. *Г. Р.*

тыя ноги оперируемой, изогнутыя только въ тазобедренномъ суставѣ подѣ угломъ въ 45° къ туловищу, помѣщаются на шеѣ у ассистирующихъ у зеркалъ. Короткими зеркалами обнажается шейка матки, и, при переднемъ влагалищномъ чревосѣченіи, передняя губа матки и слизистая влагалища у *tuberculum urethrae* захватываются пулевыми щипцами такъ, чтобы передняя стѣнка влагалища при этомъ напрягалась. Затѣмъ, сдѣлавши сагитальный разрѣзъ передней стѣнки влагалища, который, въ случаѣ надобности превращался въ Т—образный и, отдѣливши пальцами мочевого пузыря, вскрывалось переднее дугласово пространство, и опухоль выводилась наружу низдавливаніемъ черезъ брюшныя стѣнки или при помощи пулевыхъ щипцовъ, при захватываніи которыми стѣнка опухоли иногда разрывалась, и содержимое опухоли изливалось постепенно наружу. Ножка перевязывалась въ 2 или нѣсколько пучковъ шелкомъ въ видѣ цѣпочки. Рана въ сводахъ зашивалась наглухо, и влагалище тампонировалось іодоформной марли. При заднемъ влагалищномъ чревосѣченіи, щипцами захватывается задняя губа, матка низводится ко входу во влагалище, и шейка приподымается къ лонному соединенію. Въ двухъ изъ шести случаевъ задній сводъ вскрытъ былъ поперечнымъ разрѣзомъ, а въ 4-хъ—продольнымъ. Опухоль удалялась, и рана зашивалась, какъ при переднемъ влагалищномъ чревосѣченіи. Первые дни послѣ операциі больныя жаловались на боли внизу живота, но поправлялись очень скоро.

Передняя кольпотомія была произведена 8 разъ въ слѣдующихъ случаяхъ:

<i>Cystis ovarii sinistri</i>	2	раза
<i>Cystis ovarii dextri</i>	1	„
<i>Cystis ovarii sinistri dermoides</i>	1	„
<i>Cystis ovarii dextri dermoides</i>	1	„
<i>Sactosalpinx dextra</i>	1	„
<i>Sactosalpinx sinistra</i>	1	„
<i>Graviditas extrauterina tubaria</i>	1	„

Задняя кольпотомія была произведена 6 разъ по слѣдующимъ показаніямъ:

<i>Cystis dermoides ovarii dextri</i>	1	разъ
<i>Cystis dermoides duplex</i>	1	„
<i>Sactosalpinx dextra</i>	1	„
<i>Sactosalpinx sinistra</i>	1	„
<i>Sactosalpinx duplex</i>	2	„

Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ. Величина удаленныхъ опухолей колебалась между размѣрами небольшого кулака и дѣтской головки.

Сравнивая брюшное чревосѣченіе съ влагалищнымъ, авторъ приходитъ къ выводу, что въ извѣстномъ рядѣ случаевъ *colpосоeliotomia* заслуживаетъ полнаго вниманія, а именно:

1) При свободно подвижныхъ, или со свѣжими сращеніями, небольшихъ опухоляхъ придатковъ, преимущественно съ гнойнымъ содержимымъ, чтобы во время

операції легче избѣгнуть попаданія гноя въ брюшную полость. 2) При небольшихъ и удобныхъ для удаленія черезъ влагалище міомахъ матки. 3) При простыхъ и не очень застарѣлыхъ случаяхъ измѣненія положенія матки.

Авторъ считаетъ операцію влагалищнаго чревосѣченія важнымъ приобрѣтеніемъ оперативной гинекологіи и полагаетъ, что:

1) Colpocoeliotomia должна имѣть свои точныя показанія, установить которыя составляетъ задачу будущаго.

2) Colpocoeliotomia никогда не замѣнитъ вполнѣ laparocoeliotomiam, которая останется для трудныхъ случаевъ.

3) Процентъ смертности одинаковъ, въ легкихъ случаяхъ, при обѣихъ операціяхъ.

4) Образованія грыжъ при laparocoeliotomia можно избѣгнуть, при colpocoeliotomia оно не исключается.

Въ заключеніе, авторъ приводитъ заключительную цитату изъ „обзора 500 чревосѣченій“ проф. Г. Е. Рейна (см. выше, стр. 104), въ которой, между прочимъ, выражена мысль, что увлекаться особенно этой операціей не слѣдуетъ.

Въ слѣдующей своей работѣ подъ заглавіемъ „Къ вопросу о влагалищномъ чревосѣченіи (colpocoeliotomia) при міомахъ матки“ (47) авторъ, предпославъ краткій историческій очеркъ развитія операціи удаленія міомъ матки путемъ влагалищнаго чревосѣченія, сообщилъ наблюденія изъ Кіевской Акушерской Клиники по этому вопросу въ числѣ семи, изъ которыхъ въ трехъ случаяхъ операція была произведена безъ удаленія матки и въ четырехъ съ удаленіемъ матки кускованіемъ.

Къ первой категоріи случаевъ принадлежали двѣ субсерозныя міомы матки и одна подслизистая. Величина опухолей колебалась отъ гусиного яйца до головки новорожденнаго ребенка.

Техника операціи не представляла особенныхъ отличій отъ техники при переднемъ влагалищномъ чревосѣченіи, исключая нѣкоторыхъ осложненій при удаленіи подслизистой міомы матки, гдѣ для удаленія опухоли явилась необходимость вскрыть полость матки сагитальнымъ разрѣзомъ по передней стѣнкѣ, по *Doyen*'у. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ, послѣоперационный періодъ протекъ безлихорадочно.

Во второй категоріи случаевъ были четыре множественныя міомы матки величиною отъ кулака до матки на шестомъ мѣсяцѣ беременности.

Техника операціи полного удаленія матки путемъ кускованія состояла, въ главныхъ чертахъ, въ слѣдующемъ: циркулярный разрѣзъ вокругъ шейки, отдѣленіе мочевого пузыря кверху, возможное низведеніе матки книзу, вскрытіе сводовъ, сагитальный разрѣзъ передней стѣнки ея и вылуценіе узловъ міомъ. Опухоли большой величины были удаляемы кускованіемъ. Послѣ удаленія узловъ міомъ дно матки было извлекаемо изъ раны въ переднемъ сводѣ, и широкія связки или перевязывались, или ущемля-

лись въ пинцетахъ *Doyen'a*, послѣ чего матка была вырѣзываема. Всѣ эти четыре случая также окончились выздоровленіемъ и не представили осложненій въ послѣопераціонномъ періодѣ. Только въ одномъ случаѣ, гдѣ были наложены щипцы *Doyen'a* на широкія связки, въ концѣ 2-ой недѣли вышли большія лентообразныя, омертвѣвшія куски ткани, соотвѣтствующія ущемленнымъ частямъ широкой связки; куски эти были демонстрированы докладчикомъ.

На основаніи этихъ наблюденій, авторъ считаетъ возможнымъ шире ставить показанія для оперативнаго удаленія небольшихъ подбрюшинныхъ міомъ матки путемъ влагалищнаго чревосѣченія, въ виду безопасности и легкости метода; при множественныхъ-же міомахъ матки операцію считаетъ показанной только тогда, когда верхняя граница опухоли не заходитъ за уровень пупка, и матка съ опухолью является достаточно подвижной.

Резюмируя свое сообщеніе, авторъ пришелъ къ нижеслѣдующимъ выводамъ:

1) Полное удаленіе міоматозно перерожденной матки черезъ влагалище путемъ кускованія и влагалищнаго чревосѣченія при подбрюшинныхъ и подслизистыхъ міомахъ матки есть, несомнѣнно, важное пріобрѣтеніе въ области оперативной гинекологіи.

2) Эти методы никогда не замѣнятъ вполнѣ чревосѣченія; эти обѣ операціи имѣютъ свои особыя показанія.

3) Процентъ смертности при чревосѣченіи и вышеупомянутыхъ влагалищныхъ методахъ, при одинакихъ случаяхъ, одинаковъ.

4) Образованія грыжъ при чревосѣченіи можно избѣгнуть, при влагалищномъ методѣ оно также не исключается.

5) Больныя во время операціи полнаго удаленія міоматозно перерожденной матки сравнительно теряютъ очень мало крови и

6) Операція полнаго удаленія міоматозно перерожденной матки должна быть отнесена къ тяжелымъ, особенно при большихъ опухоляхъ, и требуетъ значительнаго напряженія силы, ловкости и вниманія оператора и ассистентовъ.

Во время сообщенія авторъ демонстрировалъ серію препаратовъ міомъ матки, удаленныхъ путемъ операціи влагалищнаго чревосѣченія.



XI. Внѣматочная беременность.

-
48. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Матеріалы къ ученію о внѣматочной беременности. Прот. Акуш. Общ. въ Кіевѣ. 1890 г., т. 3, в. VI. Прилож. стр. 59.
 49. **Его-же.**—Демонстрація больныхъ: первой—съ брюшной внѣматочной беременностью, съ исходомъ въ смерть плода, и второй—послѣ чревосѣченія, при вторичной брюшной внѣматочной беременности. Id.
 50. **Его-же.**—Случай (первичной) брюшной внѣматочной беременности. Прот. Акуш. Общ. въ Кіевѣ. 1892 г., т. 5, в. IX, стр. 14.
 51. **Его-же.**—Случай чревосѣченія, произведеннаго имъ на десятомъ лунномъ мѣсяцѣ внѣматочной межсвязочной беременности, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода, и съ удаленіемъ плоднаго мѣшка. Ibid. 1891 г., т. 4, в. VII, стр. 10.
 52. **Его-же.**—Демонстрація больной, перенесшей первичное чревосѣченіе по поводу внѣматочной трубной беременности, достигшей 30 недѣль, при живомъ плодѣ (Laparokelyphotomia primaria). Ibid. 1896 г., т. 9, в. XVII., стр. 14.
 53. **Его-же.**—Случай чревосѣченія in extremis вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка при трубной беременности (съ демонстраціей препарата). Ibid. 1891 г., т. 4, в. VII, стр. 33.
 54. **Его-же.**—Шесть случаевъ чревосѣченія при внѣматочной беременности (съ демонстраціей препаратовъ). Докладъ на IV Съѣздъ Русскихъ Врачей въ Москвѣ. Труды IV Съѣзда Рус. Врачей въ память Н. И. Пирогова, стр. 877.
 55. **G. Rein.**—Zur Laparotomie bei Extrauterin—Shwangerschaft. Centralbl. für Gynäkol. 1892. № 50.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—*„Матеріалы къ ученію о внѣматочной беременности“* (48). *Два случая вторичнаго чревосѣченія при внѣматочной беременности, съ исходомъ въ выздоровленіе.*

Въ краткомъ вступленіи авторъ въ слѣдующихъ словахъ излагаетъ мотивы къ опубликованію нижеслѣдующихъ наблюденій. „Ученіе о внѣматочной беременности подлежитъ въ настоящее время полному пересмотру, сообразно капитальнымъ обогащеніямъ нашихъ свѣдѣній по эмбриологіи млекопитающихъ, а также благодаря существеннымъ приобрѣтеніямъ по патологической анатоміи этого интереснаго страданія. Сверхъ того, блестящее состояніе современной брюшной хирургіи, безъ сомнѣнія, должно отразиться, не безъ выгоды, и на терапіи внѣматочной беременности.

Пересмотръ ученія о внѣматочной беременности въ указанныхъ направленіяхъ уже начался. Къ какимъ неожиданнымъ результатамъ можетъ это повести, доказываетъ, напр., тотъ фактъ, что почти вовсе отрицавшаяся прежде трубная беременность, достигшая до нормальнаго конца, въ настоящее время признается *Вертомъ*, и, какъ кажется, вполнѣ справедливо, за самый частый видъ внѣматочной беременности. Наоборотъ, первичная брюшная беременность, принимавшаяся по прежнимъ статистикамъ за одинъ изъ самыхъ частыхъ видовъ внѣматочной беременности, вовсе отвергается вышеназваннымъ изслѣдователемъ.

Не менѣе спорные вопросы о леченіи внѣматочной беременности, въ ея различныхъ видахъ и стадіяхъ развитія, тоже начинаютъ получать за послѣднее время свое болѣе или менѣе неожиданное разрѣшеніе. То, что еще недавно считалось въ этой области невозможнымъ, напр., полное удаленіе всего плоднаго мѣшка, теперь почти единодушно рекомендуется при такъ называемомъ вторичномъ чревосѣченіи, т. е., при мертвомъ плодѣ и запусѣвшемъ послѣдѣ, а нѣкоторыми производится и при первичномъ чревосѣченіи, т. е. на живомъ плодѣ.

Въ виду сказаннаго, необходимость опубликованія возможно большаго числа наблюдений, которыя могли бы служить матеріаломъ для разработки ученія о внѣматочной беременности, прямо вызывается современнымъ состояніемъ даннаго вопроса въ литературѣ. Къ тому же цѣнность этихъ наблюдений увеличивается ихъ относительной рѣдкостью, даже и при современной, высокой степени развитія гинекологической діагностики. На слишкомъ 10,000 гинекологическихъ больныхъ, прошедшихъ подъ моимъ наблюдениемъ въ клиникѣ и въ частной практикѣ за послѣдніе 6 лѣтъ, я наблюдалъ только четыре несомнѣнныхъ случая внѣматочной беременности, считая въ этомъ числѣ и два описываемыхъ въ данномъ сообщеніи. Притомъ, первые два случая представляли собственно уже исходы брюшной (?) беременности съ образованіемъ свищей—въ первомъ случаѣ во влагалище и черезъ переднюю брюшную стѣнку, а во-второмъ—въ прямую кишку. Сверхъ того, за это-же время мнѣ пришлось наблюдать три случая въ консультативной практикѣ.

Въ настоящее время я имѣю возможность сообщить двѣ, относящіяся къ разсматриваемому вопросу, клиническія исторіи болѣзни и продемонстрировать больныхъ и препараты, полученные отъ нихъ. Какъ одна, такъ и другая больная наблюдались въ завѣдываемой мною клиникѣ въ теченіе осенняго семестра 1888 года. Исторіи болѣзни составлены ординаторами клиники гг. *Г. Г. Брюно* и *Г. Ф. Писемскимъ*.

Въ заключеніе исторій болѣзни приведены эпикритическія замѣчанія къ нимъ.

Наблюденіе первое. *Первичная трубная беременность.—Разрывъ трубы на 7-мъ мѣсяцѣ беременности, съ выхожденіемъ плода въ брюшную полость.—Значительное внутреннее и наружное кровотеченіе.—Смерть плода и начинающееся всасываніе его.—Осумкованіе внутренняго кровотеченія.—Распознаваніе: новообразованіе яичника.—Полное удаленіе плода съ мышкомъ и дѣтскимъ мѣстомъ посредствомъ чревосѣченія на 13-мъ мѣсяцѣ отъ начала беременности.—Выздоровленіе.*

Крестьянка, 35 лѣтъ, 6 разъ родила въ нормальный срокъ, 7-й разъ выкинула. Годъ тому назадъ, вслѣдствіе прекращенія мѣсячныхъ, она считала себя беременной

8-й разъ. На 7-мъ мѣсяцѣ беременности, послѣ поднятія тяжести, у нея появились крови изъ половыхъ органовъ и боли въ животѣ, повторившіяся также въ то время,

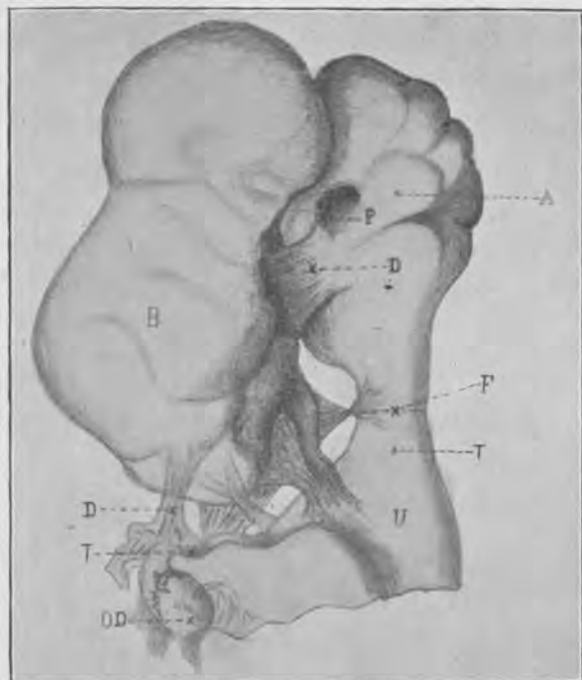


Рис. 16.

Первое наблюдение, видъ препарата спереди.

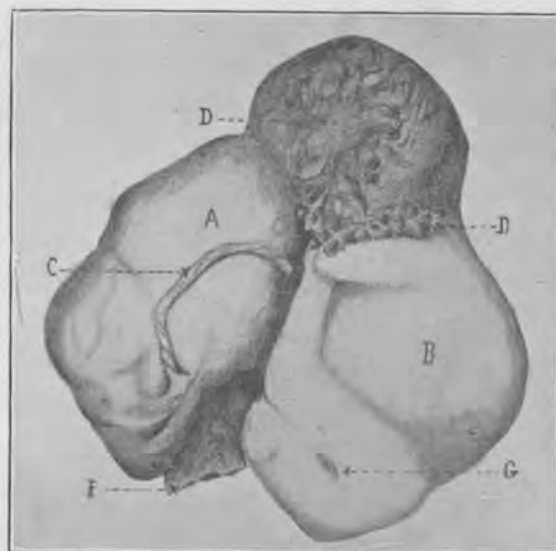
Рисунокъ представляетъ двѣ главныя части—плодъ В и мѣшокъ А. Мѣшокъ А, заключающій дѣтское мѣсто и осумкованное кровоизліяніе, имѣетъ на препаратѣ величину примѣрно вдвое меньшую той, которую онъ имѣлъ до операции; уменьшеніе объема произошло вслѣдствіе опорожненія мѣшка отъ заключавшейся въ немъ жидкой крови. Контуры плода, окруженнаго тѣсно приросшими плодовыми оболочками, выступаютъ неявно, но тѣмъ не менѣе удается различить наверху головку, тѣсно спаянную съ туловищемъ, безъ ясно опредѣлимой шеи; на головкѣ неявно различается ухо и, повидимому, глазъ; далѣе, книзу видимъ правую верхнюю конечность, брюшко и тазикъ съ верхними частями обоихъ бедеръ. Мѣсто бывшаго разрыва трубы, отчетливо видѣвшаяся во время операции, на вырѣзанномъ препаратѣ не удалось хорошо видѣть и изобразить. Оно находилось приблизительно на ширину поперечнаго пальца выше линіи отрѣза F. Дно схематически нарисованной матки отклонено вправо, лѣвый уголъ подтянутъ кверху. Правые придатки нормальны, но окутаны массою периметрическихъ спаекъ.

Значеніе буквъ на рис. 16 и 17¹⁾. А—дѣтское мѣсто; В—плодъ; С—пуповина; D—ложныя перепонки; E—кровеносные сосуды въ ложныхъ перепонкахъ; F—мѣсто разрѣза хирургической ножки; G—половые органы плода (женскіе); U—матка; OD—правый яичникъ; OS—лѣвый яичникъ; T—фаллопиева труба; LR—круглая связка матки; P—мѣсто, гдѣ былъ пунктированъ во время операции мѣшокъ, заключающій дѣтское мѣсто и осумкованное кровоизліяніе.

Рис. 17.

Тотъ-же препаратъ сзади.

Контуры различныхъ частей плода (В)—головы, руки, обоихъ бедеръ и лѣвой голени видны яснѣе, чѣмъ на предыдущемъ рисункѣ. Въ G ясно просвѣчиваютъ женскіе половые органы. На головкѣ (въ височной области) и на шейкѣ—масса разрушенныхъ срощеній съ салникомъ, частью отдѣленныхъ, частью перерѣзанныхъ. Часть лѣвой теменной кости обнажена во время операции отъ покрововъ и надкостницы. Дѣтское мѣсто своею гладкою фетальною поверхностью, на которой явственно просвѣчиваетъ тонкій пупочный канатикъ, слегка выворочено наружу. Видимый участокъ пуповины, длиною 7 см., покрытъ тѣсно приросшими плодовыми оболочками и потому не можетъ быть свободно приподнятъ надъ поверхностью дѣтскаго мѣста. Въ нижней своей части дѣтское мѣсто помещается въ расширенной разорванной фаллопиевой трубѣ, перерѣзанной въ F.



когда должны были наступить роды. Вскорѣ послѣ этого появились правильныя мѣсячныя. Въ сентябрѣ 1889 года больная явилась въ клинику, жалуясь на опухоль въ

¹⁾ Это значеніе буквъ относится также и къ рис. 18 и 19.

животѣ, при удовлетворительномъ общемъ состояніи. Изслѣдованіемъ обнаружено присутствіе опухоли въ брюшной полости, величиной въ матку на 7-мъ мѣсяцѣ беременности, соединенной съ маткой посредствомъ толстой ножки. Поставлено распознаваніе: киста яичника. Третьяго октября произведено чревосѣченіе. Опухоль оказалась срощенной по всей поверхности съ сальникомъ и съ пристѣночной брюшиной и имѣла сѣроватый цвѣтъ, какъ при кистахъ съ перекрученной ножкой. Изъ проколаго зыблущагося отдѣла ея вытекло довольно большое количество темной жидкой крови. При разъединеніи срощеній въ заднемъ отдѣлѣ опухоли, были обнажены на небольшомъ протяженіи кости черепа, и тогда только распознана внѣматочная беременность. Основаніемъ опухоли служила лѣвая труба, весьма растянутая, съ утолщенными стѣнками (См. рис. 16 и 17). Круговой старый разрывъ трубы былъ явственно замѣтенъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ угла матки. Труба перевязана близъ угла матки въ два пучка и, сверхъ того, зашита двухъэтажнымъ швомъ, какъ культя матки при міомотоміи по способу *Schröder'a*. Дѣтское мѣсто небольшою своею частію находилось еще въ связи со стѣнками лопнувшей трубы. Зыблущаяся полость, принятая до операціи за отдѣлъ кистомы, оказалась громаднымъ осумкованнымъ кровоизліяніемъ, происшедшимъ, очевидно, при разрывѣ трубы на 7-мъ мѣсяцѣ беременности. Часть стѣнки этой кровавой полости образована дѣтскимъ мѣстомъ. Операція продолжалась 1 часъ 8 мин. Выздоровленіе осложнилось незначительнымъ выпотомъ въ клѣтчатку лѣвой половины таза.

Наблюденіе второе. *Первичная брюшная беременность.—Разрывъ плоднаго мѣшка на 8-мъ мѣсяцѣ беременности, вслѣдствіе паденія (?).—Смерть плода и начало всасыванія его.—Нетрудное распознаваніе внѣматочной беременности.—Удаленіе плода, съ оболочками и дѣтскимъ мѣстомъ, посредствомъ чревосѣченія на 19-мъ мѣсяцѣ отъ начала беременности.—Повсемѣстныя кривкія срощенія съ пристѣночною брюшиною и съ сальникомъ.—Дренажъ брюшной полости.—Выздоровленіе.*

Теля Ветштейнъ, 21-го года, еврейка, мѣщанка, занимается домашнимъ хозяйствомъ. До настоящаго заболѣванія больная всегда была здорова. Регулы появились на 14-мъ году и всегда были правильны. Замужъ вышла на 19-мъ году. Вскорѣ по выходѣ замужъ, въ мартѣ 1888 года, забеременѣла въ первый разъ. Послѣднія мѣсячныя передъ беременностью имѣла въ концѣ марта 1888 года. Съ пятаго мѣсяца беременности стала чувствовать движеніе плода. До восьмого мѣсяца беременность протекала совершенно правильно. Въ ноябрѣ 1888 года, на восьмомъ мѣсяцѣ беременности, больная упала. Сотрясеніе тѣла при этомъ было, по словамъ больной, незначительное, такъ какъ паденіе было на ровномъ мѣстѣ, и больная, кромѣ того, успѣла поддержаться руками. Тѣмъ не менѣе появились сильныя боли въ животѣ, и больная должна была пролежать недѣли двѣ въ постели. Врачъ, видѣвшій больную вскорѣ послѣ ея паденія, нашель, что беременность продолжается и что ребенокъ остался живъ. Недѣль черезъ шесть (?) послѣ того, т. е., примѣрно, около нормальнаго конца беременности, движенія плода стали постепенно прекращаться. Груды, которыя,

по словамъ больной, непрерывно увеличивались, съ теченіемъ беременности, послѣ паденія стали опять уменьшаться въ объемѣ. Ко времени окончанія нормальнаго срока беременности изъ половыхъ органовъ стали отходить въ небольшомъ количествѣ крови. Это выдѣленіе крови продолжалось 3 недѣли и сопровождалось незначительными болями, роды-же не наступали. Насколько можно было убѣдиться изъ многочисленныхъ разспросовъ больной, и въ данномъ случаѣ отпадающая оболочка не выходила. Наконецъ, недѣль черезъ 8 появились регулы, правда, въ довольно скудномъ количествѣ, и черезъ неправильные промежутки времени повторились еще 2 раза. Прошло, такимъ образомъ, болѣе года отъ начала беременности, и состояніе больной стало ее безпокоить,—почему она рѣшилась обратиться за совѣтомъ въ клинику.

Въ клиникѣ больная была наблюдаема 2 раза: въ первый разъ она принята въ клинику приблизительно на 13-мъ мѣсяцѣ беременности—27-го апрѣля 1889 года, главнымъ образомъ, только съ цѣлью подробнаго клиническаго обслѣдованія, для постановки точнаго распознаванія. Вѣроятное распознаваніе внѣматочной беременности было сдѣлано мною при первомъ же, бѣгломъ осмотрѣ больной на домашнемъ амбулаторномъ приѣмѣ.

Спустя нѣсколько дней, а именно 2-го мая, больная выписалась, въ виду предстоящаго закрытія клиники на лѣто.

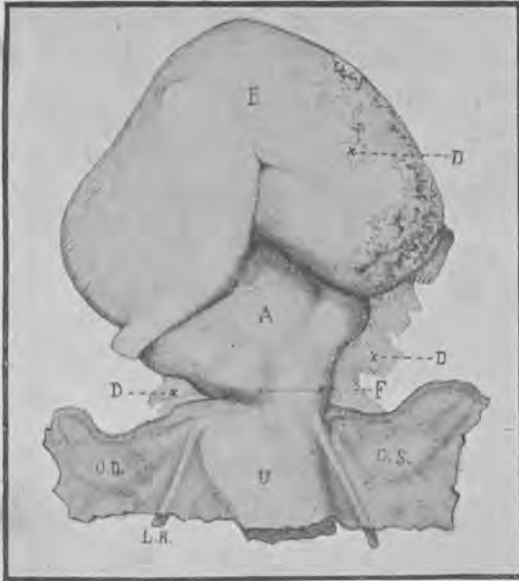
Когда больная снова вернулась въ клинику, въ октябрѣ, картина нѣсколько измѣнилась. Въ общемъ состояніи замѣчена скорѣе переменна къ лучшему.

Размѣры живота остались безъ рѣзкихъ измѣненій. Только выстояніе верхней границы опухоли надъ лобкомъ уменьшилось довольно замѣтно. Увеличеніе живота приходилось теперь болѣе на лѣвую нижнюю часть его, соотвѣтственно чему и лѣвая сторона опухоли казалась больше правой. Особенно достойно вниманія различіе въ формѣ опухоли: вся опухоль теперь какъ бы спалась,—верхняя граница ея опустилась на 3 сант.—и, кромѣ того, она была какъ-бы сплющена спереди назадъ—обстоятельство, которое рѣдко встрѣчается при другихъ опухоляхъ живота. Контуры опухоли болѣе ясно ограничены, неправильны, консистенція опухоли—плотная. Слѣва опухоль доходила до тазовой стѣнки, справа же, между опухолью и стѣнкою таза, оставался небольшой промежутокъ, пропускавшій край ладони. Подвижность опухоли была весьма ограничена. Вполнѣ отчетливыхъ бугровъ на поверхности опухоли не опредѣлялось, за исключеніемъ весьма рѣзко выступавшаго бугра въ области пупка, который впоследствии оказался верхнимъ краемъ плечевой кости (см. рис. 18. и 19). Пергаментнаго хруста отъ головки нигдѣ не найдено. При выслушиваніи—никакихъ шумовъ, кромѣ кишечныхъ. Матка опредѣлялась совершенно отчетливо-отдѣльно отъ опухоли,—въ томъ самомъ мѣстѣ, гдѣ прежде предполагалось ея присутствіе,—въ состояніи перегиба кпереди и была отклонена вправо. Размѣры ея не были увеличены—зондъ входилъ на 6, 8 сант., и, въ общемъ, она представлялась въ такомъ состояніи, какъ у нерожавшей женщины. Лѣвый сводъ былъ пустъ. Въ правомъ и заднемъ сводахъ прощупывались тоже бугры съ неясными контурами, но болѣе мягкой консистенціи

(дѣтское мѣсто?); черезъ задній сводъ отрѣзокъ опухоли достигался съ большимъ трудомъ. Черезъ прямую кишку отрѣзокъ опухоли достигался легче и нѣсколько напоминалъ боцѣкъ плода, что и подтвердилось впоследствии.

Рис. 18¹⁾.

Наблюдение второе, видъ препарата спереди.



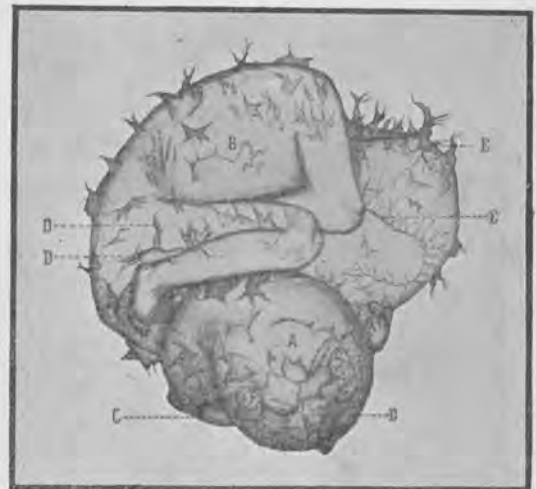
Контуры плода (B) едва замѣтны изъ-за прилегающихъ мало просвѣчивающихъ плодовыхъ оболочекъ. Плодъ лежитъ поперекъ, согнутый по брюшной поверхности, головкою обращенной вправо, тазикомъ влѣво, спинкою впередъ и вверхъ. Лѣвая верхняя конечность прилегаетъ къ головкѣ и къ шейкѣ. Плечико выдается въ видѣ бугра, ясно опредѣлявшагося до операціи черезъ переднюю брюшную стѣнку больной въ области пупка. Лѣвое бедро пригнуто къ животу, изъ-за ягодичнаго конца виднѣется правая стопа, согнутая по своему внутреннему краю. На спинкѣ плода и близъ ягодичнаго конца—масса болѣе значительныхъ разрушенныхъ сросченій, которая видна и по сторонамъ дѣтскаго мѣста (D). Дѣтское мѣсто прикрѣпляется къ дну матки слѣва и отчасти къ верхнему краю лѣвой широкой связки. Часть мышечнаго вещества матки подтянута въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, образуя родъ хирургической ножки, которая и перерѣзана въ F. Матка съ придатками нарисована схематически, яичники просвѣчиваютъ черезъ широкія связки.

Распознаваніе—внѣматочная беременность—могло быть поставлено теперь со значительно меньшими трудностями, въ особенности потому, что тѣло матки теперь опредѣлялось совершенно отчетливо, и матка не была увеличена. Контуры плода, правда,

Рис. 19¹⁾.

Тотъ-же препаратъ сзади.

Препаратъ нарисованъ плавающимъ въ спирту, что-бы лучше показать массу разрушенныхъ сросченій (Препаратъ рис. 16 и 17 представляетъ почти такую же картину, если разсматривать его погруженнымъ въ жидкость). Контуры частей плода и на этомъ препаратѣ сзади видны отчетливѣе, чѣмъ спереди. Правая верхняя и нижняя конечности находятся приблизительно въ нормальномъ членорасположеніи. Сверхъ того, по другую сторону головки выглядываетъ кисть лѣвой ручки, невидимая на рис. 18. Кисть сильно обезображена и какъ-бы вывихнута въ лучезапястномъ суставѣ. На головкѣ, въ толщѣ покрывающихъ ее ложныхъ перепонокъ, видны развѣтвленія довольно крупныхъ сосудовъ (E). Дѣтское мѣсто (A) тоже покрыто массой обрывковъ ложныхъ перепонокъ. Въ (C) видѣнъ участокъ толстой пуповины, прощупывавшійся до операціи черезъ правый сводъ.



Три предыдущія фигуры срисованы съ натуры ординаторомъ клиники, д-ромъ Н. В. Шуварскимъ.

Рис. 19-й срисованъ студентомъ 8-го семестра Нитовскимъ.

были неясны, но опредѣлявшіеся на опухоли бугры, напоминавшіе собою мелкія части плода, сморщиваніе и сплющиваніе, которымъ подверглась опухоль за 5 мѣсяцевъ,—все это были такіе признаки, которые могли отвѣчать только измѣненіямъ, свойственнымъ

¹⁾ Значеніе буквъ, изображенныхъ на рис., см. въ объясненіи подъ рис. 16, стр. 118.

внѣматочному плоду, при началѣ перехода его въ состояніе lithopaedion'a. Наконецъ, въ послѣдніе дни передъ операцией удалось еще тщательно обслѣдовать отрѣзокъ опухоли, прощупывавшійся черезъ задній сводъ влагалища: онъ представлялся значительно мягче остальныхъ частей опухоли, и на немъ отчетливо прощупывался шнурокъ, т. е. удалось ощупать дѣтское мѣсто и пуповину. (Прощупанный черезъ задній сводъ участокъ пуповины обозначенъ на рис. 19 буквой С).

Въ теченіе всего времени до операции въ состояніи здоровья больной не произошло никакихъ перемѣнъ. Регулы все лѣто 1889 года приходили правильно. Послѣднія регулы передъ операцией, съ 17-го по 21-е сентября, были наблюдаемы уже въ клиникѣ и прошли совершенно правильно.

Температура не представляла отклоненій отъ нормы, оставаясь все время въ предѣлахъ 36,3° и 37,3° С., и только во время регулъ, 19-го октября вечеромъ, поднялась до 37,6°. Суточные колебанія температуры не превышали 0,7°. Пульсъ — хорошаго качества, въ предѣлахъ 62—96. Дыханіе 20—26.

29-го октября, на 19-мъ мѣсяцѣ отъ начала беременности, больная подверглась операцией. Привожу протоколъ операции, записанный кураторомъ во время самой операции подъ мою диктовку, съ небольшими послѣдующими добавленіями.

Въ 9 ч. 35 м. утра приступлено къ хлороформированію. Брюшные покровы, наружные половые органы, влагалище омыты растворомъ сулемы 1:1000. Выпущена катетеромъ моча. Мочевой пузырь оказался подтянутымъ кверху и содержащимъ довольно большое количество прозрачной мочи. Кожа живота вымыта спиртомъ, животъ обложенъ салфетками, вываренными въ сулемѣ 1:1000.

9 ч. 46 м. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ сдѣланъ по бѣлой линіи, начиная на два поперечныхъ пальца ниже пупка, и оконченъ, не доходя 2½ пальцевъ до лобка. Подкожный жирный слой толщиной въ 3—4 сант. Стѣнки разрѣза кровоточивы. Въ нижнемъ углу раны перевязаны два сильно кровоточащихъ сосуда. Пульсъ—78.

9 ч. 51 м. Брюшина вскрыта между двумя пинцетами небольшимъ разрѣзомъ, который затѣмъ ножницами увеличенъ кверху и книзу.

9 ч. 53 м. Когда края раны были разведены, то въ разрѣзѣ представилась спинка плода, обращенная кверху, и лѣвый бокъ его. Части эти на всемъ протяженіи разрѣза такъ плотно сросшены съ брюшной стѣнкой, что проникнуть рукою въ брюшную полость нигдѣ не удастся безъ того, чтобы не натолкнуться на перемычки. Сращения эти поддавались разрушенію съ трудомъ, но кровоточили не сильно.

9 ч. 54 м. Для лучшаго обнаженія поля операции разрѣзъ брюшной стѣнки продолженъ вверхъ, обходя пупокъ слѣва, пальца на 3 выше пупка, послѣ чего въ верхней части раны открылся свободный доступъ въ брюшную полость.

10 ч. Сращения, удерживающія плодъ, разрушаются постепенно рукою.

Окутанный остатками сросшейся плодъ лежитъ въ брюшной полости въ поперечномъ направленіи (рис. 18), головка его—справа, тазикъ—слѣва, спинка впередъ, членорасположеніе его почти нормально (рис. 19). Онъ весь сплюсненъ спереди назадъ и покрытъ тонкой, слегка просвѣчивающей, оболочкой. Цвѣтъ его сѣроватый, грязный.

10 ч. 3 м. Правая ножка плода освобождена изъ сросшейся и выведена изъ брюшной полости. При этомъ она была надорвана въ области соединенія бедра съ туловищемъ, вслѣдствіе значительной ломкости тканей препарата.—Продолжается разрушеніе сросшейся, и, по мѣрѣ ихъ разрушенія, плодъ становится болѣе подвижнымъ и постепенно извлекается изъ брюшной полости за тазовой конецъ.

10 ч. 5 м. Въ верхней части операціоннаго поля показывается сращеніе съ сальникомъ. Лоскутъ сальника проникаетъ въ промежутокъ, образуемый флексированной головкой, шей и правымъ плечикомъ плода, и здѣсь приращенъ.

По разрушеніи этого сращения и остатковъ сращеній вблизи матки, плодъ дѣлается свободнымъ и извлекается окончательно изъ брюшной полости. Онъ остается въ связи чрезъ посредство дѣтскаго мѣста съ лѣвымъ угломъ матки, а сзади слѣва къ нему приращенъ въ двухъ мѣстахъ сальникъ.

10 ч. 8 м. На сращения съ сальникомъ наложены 2 лигатуры, и сращения эти перерѣзываются.

10 ч. 10 м. На мѣстѣ соединенія дѣтскаго мѣста съ лѣвымъ угломъ матки получается ножка, въ составъ которой входитъ дно матки, въ области лѣваго угла, и часть верхняго внутренняго края лѣвой широкой связки. (См. рисунокъ 18). Спереди, примѣрно, отъ середины ножки отходитъ круглая связка, а влѣво и кзади отъ нея находятся неизмѣненные лѣвый яичникъ и лѣвая фаллопиева труба.

10 ч. 12 м. Ножка перевязывается въ 2 пучка 2-мя лигатурами, соединенными другъ съ другомъ на подобіе цѣпочки, и перерѣзывается.

10 ч. 13 м. Отдѣленный плодъ удаляется изъ брюшной полости окончательно.

10 ч. 14 м. Ножка на разрѣзѣ представляетъ собою мышечную ткань матки и имѣетъ около 2 сант. въ длину и сант. 3—4 въ ширину. На поверхности ея, ближе къ широкой связкѣ, замѣчаются 2 отдѣльныхъ пучка крупныхъ сосудовъ; каждый изъ пучковъ перевязывается особою лигатурою.

10 ч. 18 м. Края культи сшиты между собою 5-ю шелковыми швами.

10 ч. 24 м. Концы швовъ обрѣзаны; кровотечения изъ ножки не замѣчается; культя опущена въ брюшную полость.

10 ч. 25 м. Сдѣланъ еще разъ осмотръ брюшной полости; правый яичникъ и правая фаллопиева труба совершенно здоровы. Положеніе матки и величина ея отвѣчаютъ даннымъ, опредѣленнымъ до операціи.

10 ч. 27 м. Въ брюшную полость, поверхъ кишечныхъ петель, и въ заднее Дугласово пространство, положены губки. Приступлено къ зашиванію раны.

10 ч. 37 м. Наложено на брюшную рану 9 сквозныхъ шелковыхъ швовъ.

Губки, вложенныя въ брюшную полость, вынимаются; поверхность губки, прилегавшая къ брюшной стѣнкѣ, смочена кровью; губка, вынутая изъ Дугласова пространства, тоже промочена кровянистою жидкостью. Губки сосчитываются.

10 ч. 38 м. Швы завязываются. Вслѣдствіе того, что паренхиматозное кровотеченіе изъ сращеній не вполне остановилось, рѣшено дренировать брюшную полость. Въ заднее Дугласово пространство черезъ нижній уголъ раны, въ промежуткѣ между двумя нижними швами, проведенъ употребляемый въ нашей клиникѣ стеклянный дренажъ № 14, выполненный йодоформенной марли¹⁾.

10 ч. 46 м. Наложено еще 6 поверхностныхъ шелковыхъ швовъ на брюшную рану.

10 ч. 48 м. Хлороформированіе окончено. Брюшные покровы омыты 2 и 4‰ растворомъ карболовой кислоты. Концы шовныхъ лигатуръ обрѣзаны. Рана присыпана йодоформомъ.

10 ч. 52 м. Изъ дренажа вынута марли—она смочена кровянистою жидкостью; введена свѣжая полоска марли.

10 ч. 54 м. Наложена повязка—въ повязкѣ оставлено окошко для доступа къ дренажу. Пульсъ 68.

11 ч. 2 м. Больная проснулась и перенесена на кровать. Операція продолжалась 1 часъ, хлороформированіе—1 ч. 13 м. Израсходовано хлороформа (bis rectificati, приготовленнаго по способу *Ментина*) 3гii. Длина раны—18 сант.

Послѣ операціи больная оставалась въ клиникѣ 25 дней. Температура въ первые дни 2 раза доходила до 37,5⁰С., обыкновенно же была ниже этой цифры и только на 20-й день поднялась до 37,8⁰. На девятый день сняты швы—заживленіе брюшной раны произошло первымъ натяженіемъ. Дренажъ въ первые сутки далъ 85 куб. сант. кровянистой жидкости; въ послѣдующіе дни количество ея было меньше; ходъ, въ которомъ стоялъ дренажъ, заживалъ безъ нагноенія, и къ 15-му дню дренажъ уже оказался излишнимъ. Больная выписалась на 26-й день, при хорошемъ общемъ состоя-

¹⁾ См. выше, стр. 91, работу *Г. Г. Брюно* о дренажѣ.

ни. Внутреннее изслѣдованіе показало, что матка представляетъ фізіологическій перегибъ впередъ, подвижность ея не ограничена; въ тазу никакихъ болѣзненныхъ измѣненій не опредѣляется.

Послѣ выписки изъ клиники больная неоднократно показывалась на амбулаторномъ приѣмѣ. Возстановленіе силъ шло весьма успѣшно, но мѣсячныя не приходили болѣе 6-ти недѣль послѣ операціи. Затѣмъ больная уѣхала домой, и пока о ней дальнѣйшихъ свѣдѣній не имѣется.

(Въ 1898 г. она вновь явилась на клинической амбулаторный приѣмъ по поводу грыжи бѣлой линіи. Она заявила, что послѣ операціи родила благополучно четыре раза). Реф.

Эпикритическія замѣчанія къ описаннымъ двумъ наблюденіямъ. *Этіологія.* Причины развитія внѣматочной беременности въ первомъ наблюденіи довольно ясныя, вполнѣ отвѣчающія классическимъ описаніямъ учебниковъ. Какъ мѣсячныя очищенія до заболѣванія, такъ и первыя шесть беременностей и родовъ и пять первыхъ послѣродовыхъ періодовъ протекали у данной больной совершенно правильно. Послѣродовое заболѣваніе, отмѣченное послѣ шестыхъ родовъ, очевидно, оставило цѣлый рядъ послѣдовательныхъ измѣненій, въ формѣ воспалительныхъ продуктовъ и ихъ остатковъ. Какъ послѣдствіе образовавшихся воспалительныхъ перемычекъ и перепонокъ и соотвѣтственныхъ измѣненій во взаимномъ расположеніи различныхъ частей половой сферы, мы видимъ, что слѣдующая, 7-я беременность оканчивается выкидышемъ на 3-мѣсяцѣ безъ видимыхъ причинъ, а яйцо описанной восьмой беременности развилось внѣ матки—въ фаллопиевой трубѣ. Ближайшія причины этой трубной беременности остались неизвѣстными, но общая картина образовавшихся ложныхъ перепонокъ и смѣщеній органовъ, изображенная полусхематически на рис. 16, столь демонстративна, что ея одною возможно объяснить развитіе внѣматочной беременности.

Наоборотъ, этиологія брюшной беременности во 2-мъ случаѣ совершенно неясна. Молодая женщина, въ первый разъ беременная, была, судя по мѣсячнымъ, вполнѣ здорова до выхода замужъ. Забеременѣвъ въ первый же мѣсяцъ по выходѣ замужъ, она представила этимъ какъ бы новое доказательство своего полового здоровья. Ни малѣйшихъ указаній ни на пороки развитія, ни на перенесенное перелойное или какое-либо другое заболѣваніе половой сферы. Ни малѣйшихъ отклоненій отъ нормы въ формѣ и во взаимномъ расположеніи матки и придатковъ не найдено ни при клиническомъ наблюденіи, ни при довольно тщательномъ изслѣдованіи во время операціи,—при широко раскрытой брюшной полости. Здѣсь можно предположить какъ причину внѣматочной беременности, повидимому, только какое-то функціональное несовершенство того сложнаго фізіологическаго аппарата, помощью котораго яичко переходитъ изъ яичника въ фаллопиеву трубу.

Патологическая анатомія.—*Видъ внѣматочной беременности.* Точное описаніе полученныхъ препаратовъ, представляющихъ громаднѣйшій интересъ въ патолого-анатомическомъ и обще-патологическомъ отношеніяхъ, составитъ предметъ особой работы. Здѣсь же я позволю себѣ остановиться только на тѣхъ вопросахъ, которые имѣютъ

по преимуществу клинической интересъ, а именно: на состояніи плода, на отношеніи плода и послѣда къ брюшинѣ, а также—на первоначальномъ мѣстѣ развитія яйца.

Состояніе плодовъ и послѣдовъ въ томъ и другомъ случаѣ довольно сходно: они оказались сдавленными, сплюснутыми, отчасти даже потерявшими характерные контуры отдѣльныхъ частей тѣла, ломкими. По всѣмъ признакамъ они находятся на пути къ всасыванію, или къ образованію каменнаго плода, по крайней мѣрѣ въ первоначальной стадіи этого процесса. Вѣсъ ихъ (760 и 920 грм.), очевидно, значительно уменьшился въ силу указанныхъ процессовъ. Оба плода подверглись почти одинаковой степени перерожденія, что и соотвѣтствуетъ, до извѣстной степени, времени пребыванія ихъ въ брюшной полости. Хотя въ первомъ случаѣ операція произведена спустя 12 мѣсяцевъ отъ начала беременности, а во второмъ—18, но за то первый плодъ попалъ въ брюшную полость изъ разорвавшейся трубы на 7 мѣсяцѣ а второй умеръ, вѣроятно всего, приблизительно на 8-мъ мѣсяцѣ. Такимъ образомъ, первый плодъ находился въ брюшной полости послѣ смерти около 6-ти мѣсяцевъ, а послѣдній около—10-ти мѣсяцевъ. Такъ какъ второй плодъ былъ болѣе доношенъ, то тѣло его представляло болѣе противодѣйствія тѣмъ влияніямъ, въ силу которыхъ онъ подвергался обратнымъ измѣненіемъ, чѣмъ тѣло перваго плода, умершаго на 7 мѣсяцѣ беременности.

Оба плода окутаны плодными оболочками, которыя приросли къ покровамъ тѣла, по всасыванію околоплодной жидкости. Макроскопически оболочки почти невозможно отдѣлить отъ покрововъ плода. На микроскопическихъ срѣзахъ тѣсная связь между оболочками и сосочковымъ слоемъ кожицы выражена еще болѣе рѣзко. Эпидермиса у перваго плода мѣстами не существуетъ, такъ какъ онъ, вѣроятно, раньше слущился вслѣдствіе мацерации.

Плоды, окутанные оболочками, относятся къ окружающей ихъ брюшинѣ какъ всякое постороннее тѣло, внесенное въ брюшную полость безъ доступа бактерій воздуха или стафилококковъ etc. (Сравни опыты *Леопольда*). Они окружены со всѣхъ сторонъ продуктами доброкачественнаго воспаленія брюшины, въ видѣ ложныхъ перепонкъ участковъ сальника, пристѣночной брюшины и т. п. Особенно хорошо видна эта масса разрушенныхъ при операціи ложныхъ перепонкъ, на препаратѣ срисованномъ въ банкѣ со спиртомъ (рис. 19). Длина обрывковъ ложныхъ перепонкъ простирается на первомъ препаратѣ до 4 см., на второмъ—до 8 см.; во второмъ случаѣ, соотвѣтственно нѣсколько большей давности процесса, срощенія оказались нѣсколько крѣпче и болѣе богатыми сосудистою сѣтью, почему отдѣленіе ихъ оказалось нѣсколько труднѣе, и понадобился дренажъ брюшной полости, такъ какъ паренхиматозное кровотеченіе не легко останавливалось. Въ высшей степени интересно, съ обще-патологической точки зрѣнія, что при микроскопическомъ изслѣдованіи болѣе крупныхъ новообразованныхъ сосудовъ, напр. изображенныхъ на рис. 19 подъ буквою Е, въ стѣнкахъ сосудовъ найденъ мышечный слой (сообщено профессоромъ *Г. Н. Минхомъ*). Членорасположеніе у обоихъ плодовъ нѣсколько отличается отъ нормальнаго, наблюдаемаго при беременности внутри матки. Оно хорошо видно на прилагаемыхъ рисункахъ.

Размѣры отдѣльныхъ частей тѣла, въ сантиметрахъ, видны изъ прилагаемыхъ таблицъ; въ первой таблицѣ приведены для сравненія и соотвѣтственныя цифры отъ 6, 7, 8, 9 и 10 мѣсячныхъ плодовъ, взятыхъ изъ коллекціи клиники.

Мѣсяцъ беременности.	Длина тѣла.	Вѣсъ.	Плечо.	Пред- плечіе.	Бедро.	Голень.
6-й	28	740	5	4	6,75	5,25
7-й	32	960	6	5	7,25	6,25
8-й	38	1880	7	6	8	7,75
9-й	51	3150	9	7,5	10	9
10-й	51	3800	8,75	7,75	11	10,5
Препаратъ № 1	—	760 ¹⁾	6	—	7	—
Препаратъ № 2	—	920 ¹⁾	7	6	7,5	7,5

Наблюденіе первое. Отъ макушки до правой ягодицы циркулемъ—14,5 см. и тесьмою—26 см. Наибольшій поперечный (отъ спинки до праваго колѣна)—10 см. Прямой размѣръ головки—9 см. Наибольшій поперечный—5,5 см.

Наблюденіе второе. Отъ макушки до ягодицъ (циркулемъ)—14,5 см., тесьмою—26,1. Прямой размѣръ головки—8. Малый косою—7. Наибольшой поперечный—5. Размѣръ плечиковъ—7. Размѣръ ягодицъ—6,5. Длина согнутой правой стопы—3. Длина согнутой лѣвой лѣвой кисти—2,5.

Изъ таблицы этой видно, что первый плодъ, по развитію скелета, отвѣчаетъ седьмому мѣсяцу беременности, а второй—восьмому.

Отношеніе дѣтскаго мѣста къ половымъ органамъ матери въ обоихъ случаяхъ различно и даетъ возможность опредѣлить видъ внѣматочной беременности на основаніи изслѣдованія препарата. Въ первомъ случаѣ дѣтское мѣсто находится въ мѣшкѣ, образованномъ, по преимуществу, яйцепроводомъ. Стѣнка яйцепровода рѣзко гипертрофирована, толщина ея достигаетъ на вырѣзанномъ вмѣстѣ съ плодомъ участкѣ (рис. 17) до $1\frac{1}{2}$ см. На разрѣзѣ она походитъ на стѣнку беременной матки на 4—5 мѣсяцѣ беременности. Расширенный отдѣлъ яйцепровода простирался съ одной стороны до самаго угла матки (см. шематическое изображеніе на рисункѣ 16, Т), съ другой—его можно прослѣдить на препаратѣ до самаго дѣтскаго мѣста. Въ этой области, на разстояніи 3 см. отъ поверхности разрѣза, толщина стѣнки трубы сразу рѣзко мѣняется,

¹⁾ Съ околоплодными частями.

равняясь не болѣе 2 mm., а далѣе еще болѣе утончается, сливаясь, въ заключеніе, съ дѣтскимъ мѣстомъ безъ видимыхъ границъ. Толщина дѣтскаго мѣста—около 3 cm. Очевидно, мы имѣемъ дѣло съ круговымъ разрывомъ мышечной стѣнки трубы, что замѣчено было простымъ глазомъ еще во время операціи. При микроскопическомъ изслѣдованіи, на мѣстѣ разрыва можно видѣть неповрежденную слизистую оболочку, съ хорошо сохранившимся высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, переходящую изъ неразорваннаго отдѣла на небольшомъ протяженіи въ разорванный; но далѣе прослѣдить ее пока не удалось, а равно не получено какихъ либо указаній на превращеніе ея въ отпадающую оболочку. Видно, что дѣтское мѣсто, по крайней мѣрѣ частію своею, находится въ трубѣ на первоначальномъ своемъ мѣстѣ развитія. Ткань дѣтскаго мѣста вполне запустѣла, сосуды затромбированы. Брюшинный покровъ яйцепровода можетъ быть прослѣженъ всего дальше, причемъ онъ безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ ложныя перепонки. Рядомъ съ дѣтскимъ мѣстомъ имѣется полость въ 10 cm. въ одномъ поперечникѣ и въ 7 cm, въ другомъ, выполненная большими, не обезцвѣтившимися кровяными сгустками. Стѣнки этой полости образованы отчасти дѣтскимъ мѣстомъ, отчасти ложными перепонками, а, можетъ быть, и брюшиною разорванной трубы и, наконецъ, на протяженіи около мѣднаго пятака, стѣнка полости образована непосредственно головкою плода, именно его лѣвою лобною костью. Какъ видно, при разрывѣ трубы кровь излилась между окружавшими трубу старыми ложными перепонками, которыя препятствовали полному выпаденію дѣтскаго мѣста въ брюшную полость и вмѣстѣ съ нимъ способствовали осумкованію кровоизліянія, какъ при всякой haematocoele. Отверстіе, образовавшееся въ мѣшкѣ при прохожденіи тѣла плода въ брюшную полость, было затампонировано его головкою. Изъ этого же обстоятельства можно вывести заключеніе, что плодъ вышелъ изъ трубы ягодинымъ концомъ впередъ.

На основаніи описанной патолого-анатомической картины, можно сдѣлать единственный выводъ, что мы имѣемъ дѣло въ наблюденіи первомъ съ трубною беременностью, разорвавшейся на 7-мъ мѣсяцѣ беременности, съ полнымъ выходомъ плода въ брюшную полость и съ частичнымъ выходомъ дѣтскаго мѣста. Такъ какъ дѣтское мѣсто выворочено плодовою своею поверхностью наружу, то надо допустить, что, при выходе своемъ изъ плодохранилища въ брюшную полость, оно какъ-бы слѣдовало механизму *Шульце*, описываемому для нормальныхъ родовъ. Процессъ, очевидно, сопровождался большимъ кровоизліаніемъ въ брюшную полость, ограничившимся однако въ формѣ кровяной опухоли (haematocoele), вслѣдствіе существовавшей въ окружности разрыва массы ложныхъ перепонокъ—какъ продуктовъ бывшаго послѣ шестыхъ родовъ воспаленія брюшины. Одновременно, какъ упомянуто въ исторіи болѣзни, было и наружное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Кровь изливалась въ матку, очевидно, изъ прилегавшаго къ углу ея расширеннаго отдѣла яйцепровода. Самый фактъ столь значительной гипертрофіи маточнаго конца яйцепровода даетъ право заключить, что мѣстомъ развитія яйца служилъ участокъ трубы ближе къ маткѣ (istmus tubae); такъ какъ извѣстно (и на дняхъ мы имѣли случай въ этомъ сами убѣдиться), что, при развитіи яйца ближе къ брюшному концу, маточный отдѣлъ трубы

не гипертрофируется столь значительно. Кроме того, этот же фактъ столь значительной толщины стѣнки трубы указываетъ на то, что разрывъ произошелъ въ сравнительно позднюю эпоху беременности, когда труба успѣла уже значительно гипертрофироваться, что согласуется и съ даннымъ анамнеза. Нѣтъ сомнѣнй также, что послѣ круговаго разрыва маточный участокъ трубы сильно сократился, и потому стѣнки его тѣмъ болѣе должны представляться утолщенными.

Смѣшать данный случай можно было-бы развѣ только съ беременностію въ зачаточномъ рогѣ. Но противъ послѣдняго предположенія говорятъ слѣдующія данныя:

1. Предшествовавшія правильныя 6 беременностей и родовъ.

2. Правильная конфигурація остальной части матки, опредѣленная какъ до операціи путемъ гинекологическаго изслѣдованія, такъ во время и послѣ операціи, и отсутствіе какихъ-либо указаній на пороки развитія въ другихъ частяхъ полового аппарата.

3. Нормальное отношеніе яичника къ лѣвому углу матки, точно отмѣченное въ протоколѣ операціи. Правда, на самый важный критерій для дифференціального діагноза—мѣсто отхожденія круглой связки—нѣтъ указаній въ протоколѣ операціи, но тамъ прямо указано, что изслѣдованіе во время операціи привело къ заключенію, что мы имѣли дѣло съ трубною беременностію. Кроме того, круглой связки не оказывается и на препаратѣ, несмотря на многократныя изслѣдованія его. Между тѣмъ, если-бы мы имѣли дѣло съ рогомъ матки, то при данныхъ условіяхъ часть круглой связки безусловно должна была бы быть удалена при операціи вмѣстѣ съ препаратомъ.

Межуточная беременность, мысль о которой возникла еще во время операціи, исключается длиною хирургической ножки и правильною формою матки.

Въ наблюденіи второмъ отношеніе плода къ послѣду, способъ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста и состояніе придатковъ матки какъ-то: круглой связки, фаллопиевой трубы и яичника—точно описанное въ протоколѣ операціи и изображенное на рис. 18,—все вмѣстѣ взятое, говоритъ за несомнѣнную первичную брюшную беременность. Имѣющійся на препаратѣ отрѣзокъ хирургической ножки представляетъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, характерную картину строенія мышечнаго слоя стѣнки матки. Впрочемъ, непосредственный переходъ сосудовъ изъ матки въ дѣтское мѣсто сдѣланными пока микроскопическими изслѣдованіями еще не доказанъ, но на присутствіе крупныхъ сосудовъ въ ножкѣ указано въ протоколѣ операціи. Въ виду изложеннаго, я полагаю, что и приведенныхъ фактовъ изъ протокола операціи, веденнаго особенно точно и аккуратно, такъ какъ вѣрный діагнозъ внѣматочной беременности былъ поставленъ до операціи, совершенно достаточно для постановки распознаванія первичной брюшной беременности. На положеніе придатковъ и отношеніе ихъ къ маткѣ было обращено въ данномъ случаѣ особенное вниманіе, такъ какъ случай этотъ былъ оперированъ всего только черезъ 26 дней послѣ перваго, и эта вторая операція уже не представляла для меня столь значительныхъ трудностей, какъ первая. Къ тому же и самое нахожденіе круглой связки и другихъ придатковъ не представляло никакихъ затрудненій. Я полагаю, что данный случай вполне можетъ выдержать всѣ крити-

ческія замѣчанія *Верта*, на основаніи которыхъ онъ опровергаетъ всѣ описанныя въ литературѣ случаи первичной беременности и даетъ имъ другое толкованіе.

Судя по тому, что дѣтское мѣсто на препаратѣ свернуто въ одну массу почти шарообразной формы и, повидимому, обращено кнаружи материнскою стороною, а фетальною—внутрь, можно думать, что ранѣ смерти плода дѣтское мѣсто прикрѣплялось и къ другимъ мѣстамъ брюшной полости, кромѣ дна матки, и только въ послѣдствіи отдѣлилось отъ части своей почвы и свернулось въ клубокъ, вслѣдствіе уменьшенія объема яйца, послѣдовавшаго отъ всасыванія околоплодной жидкости. Въ пользу этого говоритъ также и присутствіе на поверхности дѣтскаго мѣста значительнаго количества разрушенныхъ ложныхъ перепонокъ, обрывки которыхъ на препаратѣ простираются до 8 см. Такое сильное развитіе сросшейся говоритъ за интензивность бывшаго здѣсь, вслѣдствіе развитія и роста послѣда, воспаленія брюшины. Величина дѣтскаго мѣста—9,5 см. въ одномъ діаметрѣ и 8 см. въ другомъ. Оно приращено, на протяженіи около ладони, къ брюшной поверхности плода.

Судя по размѣрамъ плода, особенно частей его скелета (ср. выше таблицу), слѣдуетъ прийти къ заключенію, что онъ умеръ, не вполне достигнувъ зрѣлости. Упомянутое въ анамнезѣ воспаленіе брюшины на 8 мѣсяцѣ говоритъ, повидимому, въ пользу того, что плодный мѣшокъ, состоявшій только изъ оболочекъ плода, разорвался, и плодъ послѣ этого пробылъ еще нѣсколько времени живымъ свободно въ брюшной полости¹⁾. Внутренняго кровотечения при этомъ, понятно, не было и нигдѣ, ни на препаратѣ, ни въ полости брюшины во время операціи слѣдовъ его мы не нашли. Признаковъ его нѣтъ и въ анамнезѣ. Далѣе, плодъ попавшій въ брюшную полость, черезъ нѣсколько времени умеръ, не достигнувъ полной зрѣлости. Больная около этого времени замѣтила уменьшеніе груди въ объемѣ. Частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ своей почвы послѣдовало уже, вѣроятно, значительно позднѣе. Объ этомъ можно судить по отсутствію слѣдовъ кровоизліянія, указывающихъ на наступившее уже въ то время запусѣніе сосудовъ плаценты.

Принимая, согласно съ *Вертомъ*, что брюшная беременность есть очень рѣдкое явленіе, не могу не указать, что данный случай представляетъ исключительныя условія какъ въ этиологическомъ отношеніи (см. выше), такъ и относительно мѣста развитія яйца. Въ послѣднемъ отношеніи невольно обращаетъ на себя вниманіе фактъ прививки яйца къ дну матки. Быть можетъ въ этомъ и кроется объясненіе возможности дальнѣйшаго развитія даннаго яйца свободно въ брюшной полости, такъ какъ сосуды матки могли дать для него вполне надежные источники питанія. Несомнѣнно, что яйцо, привившееся къ брюшинѣ въ какой либо другой части брюшной полости, если только это возможно, едва ли найдетъ столь благопріятныя условія для питанія, какъ на брюшинномъ покровѣ матки. Невольно рождается вопросъ, не есть-ли во всѣхъ слу-

¹⁾ Ср. случаи *Jessop'a* и *K. Braun'a*. (Arch. f. Gynäk. B. 37, H. 2).

чаяхъ внѣматочная, первичная брюшная беременность тоже какъ бы маточная, но яйцо прививается здѣсь не къ внутренней поверхности матки, а къ наружной? ¹⁾).

Клиническое теченіе. Въ первомъ случаѣ заслуживаетъ вниманіе, что трубная беременность, и при томъ не внутрисвязочная, достигла до 7 мѣсячнаго срока. Быть можетъ она достигла бы и нормальнаго конца, если-бы не случившаяся значительная травма. Возможность достиженія беременности въ фаллопиевой трубѣ до нормальнаго срока теперь уже никѣмъ не отрицается, а въ нашемъ случаѣ найденная на препаратѣ весьма значительная степень гипертрофіи стѣнки трубы вполнѣ объясняетъ эту возможность. Невольно напрашивается даже вопросъ—невозможенъ-ли при подобныхъ условіяхъ послѣдовательный переходъ яйца изъ трубы въ полость матки, какъ это описано для межуточной беременности?

Въ клинической исторіи заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что беременная не чувствовала ни разу движенія плода, хотя беременность несомнѣнно достигла до VII мѣсяца, и при томъ мы имѣли дѣло съ женщиной многородящей. Интересно было бы провѣрить, какъ часто встрѣчается эта недостаточная отчетливость ощущенія движеній плода при трубной беременности, такъ какъ это обстоятельство можетъ затруднить распознаваніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Кровотеченіе изъ матки, появившееся тотчасъ по разрывѣ мѣшка и выпаденіи яйца въ брюшную полость, по всей вѣроятности, нерѣдко бываетъ при разрывѣ трубы во время трубной беременности. Этотъ симптомъ, съ которымъ я встрѣтился еще разъ въ своей практикѣ, при разрывѣ трубной внутрисвязочной беременности, легко объяснимый и аргіогі, можетъ оказать, при случаѣ, пользу для распознаванія.

Во второмъ наблюденіи въ клиническомъ теченіи достойно отмѣтить полное отсутствіе какихъ либо видимыхъ отклоненій отъ правильнаго теченія беременности до самаго восьмого мѣсяца. Правда, беременность была первая, и больной недоставало надлежащаго опыта въ оцѣнкѣ ощущеній. Но тѣмъ не менѣе, судя по хорошему общему состоянію больной въ апрѣлѣ, можно съ большою вѣроятностью заключить, что мало мальски тяжелыхъ симптомовъ не было, хотя беременность была брюшная, т. е. относительно самая тяжелая по симптомамъ. Возникаетъ вопросъ—обусловливается-ли боль внѣматочною беременностью сама по себѣ, или же болевые ощущенія являются только слѣдствіемъ обострѣнія ранѣе бывшихъ воспалительныхъ процессовъ въ тазу, которые въ свою очередь, и вызываютъ внѣматочную беременность?—Разбираемый случай, повидимому, даетъ возможность высказаться въ пользу нѣкоторой вѣроятности второго предположенія.

Замѣчательно, что ни въ томъ, ни въ другомъ наблюденіяхъ не наблюдалось выхожденія отпадающей оболочки.

¹⁾ Во второмъ случаѣ первичной брюшной беременности, описанномъ авторомъ, замѣчались тѣже самыя отношенія мѣшка къ маткѣ (см. ниже, стр. 135).

Распознавание. Особого разсмотрѣнія въ этомъ отношеніи заслуживаетъ лишь первый случай, въ которомъ была сдѣлана ошибка въ діагнозѣ.

Часть причинъ сдѣланной ошибки была уже указана въ самой исторіи болѣзни. Посмотримъ теперь, какія данныя для объясненія ошибки дала операція и изслѣдованіе препарата. Очевидно, что главная причина ошибки было существованіе рядомъ съ плодовымъ мѣшкомъ осумкованнаго кровоизліянія. Мѣшокъ, наполненный частію жидкою кровью, частію кровяными сгустками, имѣлъ консистенцію, вполне сходную съ отдѣломъ кистомы. Затрудненія въ распознаваніи были еще больше потому, что мѣшокъ лежалъ ближе къ передней брюшной стѣнкѣ, а тѣло плода и особенно головка его помѣщались по преимуществу въ задней половинѣ брюшной полости, справа. Но если бы оно было и доступнѣе для изслѣдованія, какъ это было во 2-мъ случаѣ, то и тогда одинъ взглядъ на рис. 16, а также на рис. 17, показываетъ какъ трудно было бы, при данной степени регрессивныхъ измѣненій тѣла плода, ощупать контуры отдѣльныхъ его частей. Даже на вырѣзанномъ препаратѣ можно только съ трудомъ ориентироваться относительно расположенія отдѣльныхъ частей тѣла плода. Если же принять въ расчетъ, что отношеніе опухоли, съ флюктуирующимъ отдѣломъ, къ маткѣ опредѣлялось совершенно такое-же, какъ при новообразованіяхъ, исходящихъ изъ яичника, то ошибка, при сбивчивомъ анамнезѣ, становилась тѣмъ болѣе возможною.

Вообще, я полагаю, что при той сложной картинѣ, которую представляетъ внѣматочная беременность въ ея различныхъ видахъ, фазисахъ, исходахъ, весьма понятно, что могутъ быть случаи, не легкіе для распознаванія. Поэтому, не могу не счесть за нѣкоторое увлеченіе положеніе, выставленное г. доцентомъ *Заяицкимъ*, въ одной изъ работъ о внѣматочной беременности, что распознаваніе этого страданія легко. Положеніе это, вѣрное для типическихъ случаевъ, безъ сомнѣнія требуетъ нѣкоторой оговорки для случаевъ осложненныхъ ¹⁾.

Въ числѣ признаковъ внѣматочной беременности, съ исходомъ въ начинающееся разсасываніе плода, могу указать на сплюснутость опухоли въ передне-заднемъ размѣрѣ. Признакъ этотъ, особенно хорошо выраженный во второмъ случаѣ, гдѣ все тѣло плода было доступно ощупыванію, не встрѣчается при новообразованіяхъ брюшной полости, за исключеніемъ, быть можетъ, фибромъ, форма которыхъ иногда бываетъ довольно причудливая. Оно объясняется вполне тою мягкостью, уступчивостью тканей, которыя имѣетъ плодъ при данныхъ условіяхъ, почему онъ и уступаетъ давленію со стороны брюшного пресса, между тѣмъ какъ новообразованіе, при прогрессирующемъ ростѣ, не находитъ въ брюшной полости достаточно препятствій для того, чтобы расти въ обычной для новообразованій, приблизительно сферической формѣ.

¹⁾ Гг. члены Акушерскаго Общества, которымъ былъ демонстрированъ мною второй случай, сравнительно не трудный для діагноза, воздержались, однако, отъ окончательнаго распознаванія, на основаніи однократнаго изслѣдованія.

Также достойно вниманія, что контуры плода въ томъ и въ другомъ случаяхъ были рельефнѣе выражены на поверхности его, обращенной кзади, гдѣ тѣло его, прилегая къ кишечнымъ петлямъ, очевидно, встрѣчало меньше давленія, чѣмъ со стороны передней брюшной стѣнки. Въ подходящихъ случаяхъ распознаваніе можетъ облегчиться, если сдѣлать доступною для изслѣдованія, въ случаѣ надобности подъ хлороформомъ, заднюю поверхность данной опухоли. Тщательное изслѣдованіе черезъ влагалище, или прямую кишку можетъ дать не менѣе важные результаты, такъ какъ и съ нижней поверхности тѣло плода не столь значительно сплющивается, какъ съ передней. Во 2-мъ наблюденіи этимъ путемъ удалось прощупать пупочный канатикъ.

При клиническомъ наблюденіи случаевъ, подобныхъ нашимъ, характерно нѣкоторое уменьшеніе размѣра опухоли съ теченіемъ времени, вслѣдствіе всасыванія нѣкоторыхъ составныхъ частей тканей плода. При новообразованіяхъ мы, напротивъ, получимъ или увеличеніе размѣровъ, или отсутствіе ихъ измѣненій. Впрочемъ, этотъ признакъ имѣетъ значеніе только при долговременномъ наблюденіи, какъ, напр., въ нашемъ второмъ случаѣ. При наблюденіи кратковременномъ, какъ въ нашемъ первомъ случаѣ, онъ можетъ еще болѣе способствовать ошибочному распознаванію. Долговременное наблюденіе важно еще въ томъ отношеніи, что съ теченіемъ времени, замѣчается болѣе ясное выступаніе контуровъ опухоли, по мѣрѣ всасыванія воспалительныхъ продуктовъ и уменьшенія напряженія брюшныхъ стѣнокъ. Этому способствуетъ противовоспалительное леченіе—покойное положеніе, согрѣвающие компрессы, регулированіе кишечника. Явленія подостраго воспаленія брюшины свойственны, повидимому, только первымъ недѣлямъ и мѣсяцамъ послѣ разрыва мѣшка (1-й случай) или, вообще, по окончаніи беременности (2-й случай), и впослѣдствіи могутъ постепенно стихать сами собою.

Леченіе сводится въ настоящее время, какъ извѣстно, къ выбору между полнымъ изсѣченіемъ плода съ послѣдомъ и плодохранилищемъ (laparokelypnectomia) и удаленіемъ только плода безъ мѣшка, а иногда и безъ дѣтскаго мѣста (laparokelyphotomia).

На основаніи своихъ двухъ случаевъ и знакомства съ современнымъ состояніемъ брюшной хирургіи вообще, я вполнѣ присоединяюсь къ воззрѣнію, дѣлающемуся все болѣе и болѣе господствующимъ въ литературѣ, а именно, къ предпочтенію полного изсѣченія мѣшка, съ плодомъ и послѣдомъ, предъ простымъ разрѣзомъ плодохранилища. Въ нашихъ случаяхъ, принадлежащихъ, правда, сравнительно къ наиболѣе простымъ, такъ какъ плодъ въ моментъ операціи помѣщался въ брюшной полости, операція не представляла особенныхъ трудностей въ техническомъ отношеніи. Она почти не оказалась болѣе трудною, чѣмъ обыкновенная оваріотомія со сращениями. Операція была произведена совершенно по типу оваріотоміи; плодный мѣшокъ отдѣлялся отъ сращеній совершенно такъ же, какъ стѣнка кисты. Хирургическая ножка, образованная въ первомъ случаѣ сильно гипертрофированною трубою, а во второмъ—тѣломъ матки—перевязана въ нѣсколько пучковъ и, кромѣ того, защита этажнымъ швомъ, какъ при миотоміи. Операція во второмъ случаѣ была нѣсколько труднѣе первой, такъ какъ сращения были нѣсколько крѣпче и болѣе богаты сосудами; здѣсь находимъ тоже самое, что и

при новообразованіяхъ яичника, если протекъ болѣе или менѣе значительный промежутокъ времени послѣ осложнившаго ихъ воспаленія брюшины. Отсюда логически вытекаетъ выводъ—не ждать особенно долго съ назначеніемъ операціи. Ожидая слишкомъ долго со вторичнымъ чревосѣченіемъ при внѣматочной беременности, рискуютъ, съ одной стороны, получить важное осложненіе въ видѣ нагноенія мѣшка, наступающаго иногда безъ явной причины; съ другой—получаютъ болѣе крѣпкія сращенія мѣшка съ окружающими органами, сообразно болѣе давности воспаленія брюшины. Необходимо выждать лишь столько времени, сколько необходимо для прекращенія плацентарнаго кровообращенія, т. е. примѣрно 6—8 недѣль послѣ смерти плода.

Простое вскрытіе плоднаго мѣшка я считаю показаннымъ развѣ только въ случаѣ многолѣтняго существованія внѣматочной беременности, гдѣ можно предполагать сращенія чрезвычайной крѣпости. Таковъ, между прочимъ, представляемый здѣсь препаратъ внѣматочной беременности, повидимому трубной, достигшей нормальнаго конца и перешедшей въ нагноеніе, много лѣтъ спустя послѣ смерти плода. Гной проложилъ себѣ путь одновременно въ прямую кишку и въ полость брюшины. Препаратъ, поражающій тонкостью отдѣлки, полученъ нашимъ патолого-анатомическимъ институтомъ изъ Виленской академіи. Онъ описанъ въ диссертациі *Siewruk'a* подѣ заглавіемъ: „Specimen inaugurale medico obstetricium graviditatis extrauterinae plusquam biennis historiam exhibens cum epicrisi. Wilnae“. 1838. Впрочемъ, въ литературѣ описаны случаи полной экстирпаціи мѣшка и при много лѣтъ существовавшей внѣматочной беременности (Кузнецкій и др.).

На основаніи двухъ изложенныхъ случаевъ вторичнаго чревосѣченія при внѣматочной беременности, а также опираясь на опытъ свой относительно чревосѣченій вообще, обнимающій болѣе 200 операцій этого рода, я позволилъ бы себѣ сдѣлать нѣкоторые общіе выводы и относительно первичнаго чревосѣченія при внѣматочной беременности, т. е. при живомъ плодѣ. Я полагаю, что и въ этомъ случаѣ операція, хотя и опаснѣе вторичнаго чревосѣченія, тѣмъ не менѣе вполне показана, въ видахъ спасенія жизни плода. Ее можно сравнить, по отношенію къ тяжести оперативнаго пособія, приблизительно съ міомотоміями, если вторичное чревосѣченіе мы сравнили съ овариотоміями. Удаленіе всего плоднаго мѣшка, или по крайней мѣрѣ дѣтскаго мѣста, повидимому, при первичномъ чревосѣченіи также показано, какъ и при вторичномъ. Для остановки кровотеченія, при отдѣленіи послѣда, слѣдуетъ пользоваться тѣми же принципами, какъ и при міомотоміи, т. е. перевязкою или обкалываніемъ приводящихъ сосудовъ или на мѣстѣ, или на протяженіи—изъ системы маточной и сѣменной артерій—въ извѣстныхъ доступныхъ для этого мѣстахъ (по бокамъ матки и въ *ligamentum infundibulo—pelvicum*). Въ случаѣ надобности можетъ быть ампутирована матка, какъ въ недавнемъ случаѣ *К. Брауна* (l. c.). Самые трудные случаи для операціи будутъ интралигаментарныя формы трубной или яичниковой беременности, но и здѣсь предсказаніе не должно быть, какъ кажется, хуже, чѣмъ при интралигаментарныхъ міомахъ. Методъ операціи въ обоихъ случаяхъ одинъ и тотъ же, именно вылушеніе мѣшка изъ подѣ брюшиннаго покрова.

Современные успѣхи чревосѣченій вполне ободряютъ насъ въ дальнѣйшихъ шагахъ на пути усовершенствованія оперативной техники и въ этой трудной области.¹⁾

Искусственное прекращеніе внѣматочной беременности, при чемъ неизбѣжно жертвуютъ жизнью плода, показано только въ первой половинѣ беременности, изъ опасенія разрыва мѣшка. Здѣсь въ основаніе дѣйствій врача можетъ быть положенъ тотъ же руководящій принципъ, какъ и при назначеніи искусственнаго выкидыша: жертвуютъ одною жизнью, въ виду почти неизбѣжной потери двухъ жизней; между тѣмъ какъ отказываясь отъ первичнаго чревосѣченія при жизнеспособномъ плодѣ, мы завѣдомо жертвуемъ одною жизнью для спасенія другой. Самый вѣрный и относительно менѣе опасный способъ для прекращенія беременности въ этихъ случаяхъ есть удаленіе плоднаго мѣшка посредствомъ чревосѣченія. Къ безотлагательному же производству чревосѣченія, полагаю, необходимо прибѣгать и при наступившемъ разрывѣ мѣшка съ цѣлью остановки внутренняго кровотеченія. На основаніи наблюдавшагося мною случая д-ра *Я. П. Бляева*, гдѣ я ассистировалъ при операциі, и случая послѣдовательнаго кровотеченія изъ ножки послѣ оваріотоміи гдѣ я произвелъ вторичное чревосѣченіе, съ благополучнымъ исходомъ, а также принимая въ соображеніе и нѣсколько опубликованныхъ случаевъ въ литературѣ, я полагаю, что чревосѣченіе, при подобныхъ обстоятельствахъ, имѣетъ много шансовъ на успѣхъ и потому заслуживаетъ полного вниманія". (Эти соображенія автора тоже оправдались впоследствии, ср. ниже, стр. 143. Реф.).

На основаніи приведенныхъ наблюденій, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) распознаваніе внѣматочной беременности, несмотря на блестящее состояніе современной гинекологической діагностики, не всегда легко. 2) Лечение внѣматочной беременности должно быть направлено къ удаленію яйца и плоднаго мѣшка, по возможности, своевременно, когда операциа въ техническомъ отношеніи не представляетъ значительныхъ затрудненій. 3) Въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность достигла конца, и ребенокъ живъ, примѣненіемъ операциі возможно, при современной technikѣ чревосѣченія, спасти жизнь какъ матери, такъ и плода. 4) Второй случай автора служитъ очевиднымъ доказательствомъ возможности первичной брюшной беременности, которая нѣкоторыми авторами не признается.

Двадцать пятого октября 1889 года проф. *Г. Е. Рейномъ*, въ промежуткѣ между научнымъ и административнымъ засѣданіями Акушерскаго Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, были показаны Обществу двѣ клиническія больныя; у одной изъ нихъ опредѣлена *брюшная внѣматочная беременность*, съ исходомъ въ смерть плода, а другая перенесла уже чревосѣченіе при *вторичной брюшной внѣматочной беременности* и находится въ періодѣ выздоровленія (49). Подробныя исторіи болѣзни и свѣдѣнія о дальнѣйшей судьбѣ больныхъ изложены въ предшествующемъ рефератѣ.

¹⁾ Ниже, на стр. 138 и 140, описаны авторомъ два случая первичнаго чревосѣченія при живомъ внѣматочномъ плодѣ, въ которыхъ онъ примѣнилъ на практикѣ изложенныя здѣсь теоретическія соображенія, вполне оправдавшіяся на дѣлѣ. Обѣ больныя выздоровѣли, а плоды извлечены живыми.—Реф.

Далѣе сообщается второй „Случай первичной брюшной внѣматочной беременности“ (50). Исторія случая такова: крестьянка Ан—ко, изъ Херсонской губ., 32 лѣтъ; менструировать начала съ 18 лѣтъ, черезъ 3 недѣли, по 6 дней, съ болями. Замужъ вышла 9 лѣтъ тому назадъ. Родила 1-й разъ—8 лѣтъ назадъ. Роды были трудные, продолжались трое сутокъ, ребенокъ родился мертвымъ. Послѣродовой періодъ осложнился какимъ-то лихорадочнымъ процессомъ, удерживавшимъ больную въ постели въ теченіе полутора мѣсяца. Регулы пришли черезъ 6 недѣль послѣ родовъ. Около 7 лѣтъ и полутора мѣсяца назадъ забеременѣла во второй разъ. Въ началѣ беременность протекала совершенно правильно, и около половины ея больная почувствовала движеніе плода. Въ концѣ августа 1885 года, приблизительно за 6 недѣль до нормальнаго срока родовъ, наступили боли; призванныя бабки „правили животъ“, послѣ чего у больной явился родъ колляпса—головокруженіе, слабость, тошнота. Боли и общее недомоганіе заставили больную 6 недѣль пролежать въ постели, затѣмъ боли прекратились, и больная почувствовала себя, сравнительно, здоровой. Въ первые пять мѣсяцевъ послѣ этого, во время регулъ, у больной появлялось обильное кровотеченіе, а затѣмъ въ теченіе года регулы приходили каждыя 2 недѣли. Наконецъ, регулы приняли прежній типъ, боли значительно уменьшились. Въ настоящее время главныя жалобы больной слѣдующія: болѣзненность регулъ, болѣзненность при испражненіяхъ и мочеиспусканіи; присутствіе посторонняго тѣла въ брюшной полости; различныя явленія въ нервной сферѣ, между прочимъ, крапивница. Указаній на выходненіе отпадающей оболочки, при разспросахъ больной, получить не удалось. Таковъ анамнезъ. Онъ достаточно типиченъ для внѣматочной беременности: послѣродовой процессъ послѣ первыхъ родовъ и послѣдующая болѣзненность регулъ даютъ нѣкоторую опору для этиологіи патологической беременности въ данномъ случаѣ. Достоинно вниманія, что беременность въ началѣ протекала совершенно, какъ нормальная; быть можетъ, это обстоятельство—одинъ изъ симптомовъ, встрѣчающихся чаще именно при первичной брюшной внѣматочной беременности. Къ числу такихъ же симптомовъ можно отнести и отсутствіе рѣзко выраженнаго колляпса въ концѣ беременности. Возможно, что въ данномъ случаѣ произошелъ разрывъ оболочекъ яйца (amnion'a и chorion'a) и частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, которому могли способствовать манипуляціи ухаживавшихъ за роженицей бабокъ. Эти черты анамнеза нѣсколько дополняютъ 2-е наблюденіе автора (см. стр. 119), гдѣ также опредѣлена брюшная беременность. Разница въ анамнестическихъ данныхъ, между прочимъ, та, что въ сообщаемомъ случаѣ движенія плода быстро прекратились послѣ припадка дурноты, между тѣмъ, какъ во второмъ наблюденіи больная чувствовала еще движеніе плода нѣсколько времени послѣ разрыва мѣшка. Но что и у Ан—ко плодъ жилъ нѣкоторое время въ брюшной полости, на это, повидимому, указываетъ его разстроенное членорасположеніе, видимое на препаратѣ. Возможно, что его относительно быстрое умираніе зависѣло отъ манипуляцій бабокъ. Видѣнный авторомъ, не опубликованный случай д-ра *Ф. Л. Сегета* и нѣкоторыя наблюденія, извѣстныя въ литературѣ, также говорятъ въ пользу того, что жизнь плода въ брюшной полости не прекращается всегда съ разрывомъ мѣшка. Замѣчательно, что послѣ разрыва мѣшка

у больной не было наружного кровотечения, которое, повидимому, всегда наблюдается при трубной беременности или при интерстициальной.

Больная поступила въ клинику 7-го февраля 1891 г. Распознаваніе въ данномъ случаѣ не было труднымъ. Матка ощупывалась отдѣльно отъ опухоли, и можно было доказать ея пустоту; можно было опредѣлить общіе контуры плода, хотя, какъ показало патолого-анатомическое изслѣдованіе, распознаваніе положенія не было сдѣлано вполне точно. Отличіемъ отъ новообразованій служила, между прочимъ, несвойственная этимъ послѣднимъ, сплюснутость плода, въ направленіи спереди назадъ, зависѣвшая отъ сдавливанія плода; передняя поверхность плода, подъ вліяніемъ давленія брюшной стѣнки, стала нѣсколько выпуклой и гладкой, на задней же и верхней поверхности плода, находившихся въ соприкосновеніи съ кишками, можно было ощупать контуры конечностей и головки. На основаніи этихъ данныхъ было сдѣлано распознаваніе внѣматочной беременности, съ началомъ образованія каменнаго плода.

Операция произведена, при асептической обстановкѣ, 23-го февраля 1891 г. Произведенъ большой разрѣзъ по бѣлой линіи; плодъ оказался лежащимъ во 2-мъ поперечномъ положеніи, покрытый приращенными оболочками. Извлечь его сразу не уда-



Рис. 20. Первичная брюшная внѣматочная беременность. На рис. видны обѣ фаллопиевы трубы и яичники, оказавшіеся вполне нормальными. Дѣтское мѣсто прикрѣплено къ дну матки. На рисункѣ видна часть дѣтскаго мѣста, захваченная пулевыми щипцами. Фотографія съ рисунка, сдѣланнаго д-ромъ Н. В. Шуварскимъ во время операціи.

лось, и приступлено было къ разрушенію сращеній, имѣвшихъ въ небольшомъ, сравнительно, количествѣ между сальникомъ, и брюшной поверхностью плода; сращения эти были перевязаны въ 4 пучка и перерѣзаны. Послѣ этого, черезъ 20 м. отъ начала операціи, плодъ удалось извлечь. При этомъ показалось, что часть брюшныхъ стѣнокъ плода разорвалась, но при ближайшемъ изслѣдованіи выяснилось, что надорвалось сильно уменьшенное дѣтское мѣсто, прикрѣпившееся къ наружной поверхности матки близъ дна ея. *Это была единственная связь плода съ половыми органами больной.* Она была перевязана въ 2 пучка и перерѣзана. Затѣмъ, всѣмъ присутствовавшимъ при операціи были продемонстрированы одновременно извлеченные изъ брюшной полости обѣ трубы и яичники, оказавшіеся вполне нормальными. Демонстрированные органы сейчас же, во время операціи, были срисованы ординаторомъ Шуварскимъ (см. рис. 20). Операция продолжалась 45 мин.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ всякихъ осложненій. Техника операціи, какъ видно изъ описанія, не была особенно трудна.

Такимъ образомъ, въ настоящемъ наблюдении мы имѣли несомнѣнный случай первичной брюшной беременности. Въ пользу этого говорить: 1-ое, нормальное состояніе придатковъ; 2-ое, отсутствіе плоднаго мѣшка, (какъ, вѣроятно, при этой формѣ всегда и бываетъ); то, что прежде считали за плодный мѣшокъ, при брюшной беременности, вѣроятно были листки широкихъ связокъ, при беременности интралигаментарной, и 3-е, очевидная связь дѣтскаго мѣста съ брюшиннымъ покровомъ матки.

Изъ патолого-анатомическихъ явленій въ данномъ случаѣ интересно обезображиваніе плода, вслѣдствіе сплющиванія его, причемъ, на основаніи цѣлага ряда случаевъ, наблюдавшихся авторомъ, можно вывести какъ бы опредѣленный законъ этого сплющиванія: головка сплющена съ боковъ, и кости ея заходятъ одна за другую подъ угломъ, въ видѣ крыши; передняя поверхность плода, обращенная къ передней брюшной стѣнкѣ живота, выпукла и гладка; контуры членовъ ясны лишь на задней поверхности, обращенной къ кишкамъ, гдѣ тѣло плода испытывало меньшее давленіе; положеніе плода въ этомъ, какъ и въ двухъ предшествующихъ, аналогичныхъ случаяхъ автора, поперечное. Дѣтское мѣсто въ данномъ случаѣ рѣзко уменьшилось въ объемѣ. Не указываетъ ли это на начавшееся всасываніе его? Мѣсто прикрѣпленія дѣтскаго мѣста къ маткѣ, какъ и во второмъ наблюдении (см. выше, стр. 123), не говоритъ ли за то, что и брюшная беременность должна быть рассматриваема, какъ беременность маточная, ибо только одна матка можетъ дать легко матеріалъ для питанія плода черезъ ворсинки хоріона? При этомъ видѣ беременности яйцо прикрѣпляется лишь не на внутренней, а на внѣшней поверхности матки, а беременность все же остается какъ бы маточною, хотя и эктопическою.

Что касается вопроса о показаніяхъ къ операціи, то, какъ показываетъ опытъ, больныя, носящія въ брюшной полости плодъ, никогда не гарантированы отъ возможности нагноенія послѣдняго, со всѣми его опасными послѣдствіями. Затѣмъ, у нихъ существуетъ иногда, какъ въ сообщенномъ случаѣ, цѣлый рядъ патологическихъ явленій, дѣлающихъ изъ больной инвалида, неспособнаго къ тяжелой работѣ. Наконецъ, благопріятные исходы подобныхъ операцій, при соотвѣтствующей современнымъ требованіямъ обстановкѣ, позволяютъ въ настоящее время смѣлѣе прибѣгать къ оперативному леченію. У автора изъ 7-ми случаевъ чревосѣченій при внѣматочной беременности лишь въ одномъ случаѣ послѣдовалъ смертный исходъ. Такіе результаты позволяютъ надѣяться, что въ будущемъ распознаваніе внѣматочной беременности, въ какой бы то ни было ея стадіи, будетъ служить и показаніемъ къ чревосѣченію.

Въ слѣдующей статьѣ того же автора сообщается *„Случай чревосѣченія, произведеннаго имъ на десятомъ лунномъ мѣсяцѣ внѣматочной межсвязочной беременности, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и для плода, и съ удаленіемъ плоднаго мѣшка. (51). Мѣщанка, 35 лѣтъ, явилась въ кievскую акушерскую клинику 7 февраля 1890 года, въ концѣ 9-го мѣсяца своей пятой беременности. Предшествовавшія беременности, а также роды и послѣродовые періоды протекали правильно, за исключеніемъ 4-го послѣ-*

родоваго періода, 6 лѣтъ тому назадъ, осложнившася, по словамъ больной, продолжительнымъ кровавымъ поносомъ. Настоящая же беременность протекала при болѣзненныхъ явленіяхъ, заставившихъ больную обратиться къ врачебной помощи, а именно: въ началѣ 2-го мѣсяца у нея, безъ видимой причины, появилось кровотеченіе, съ обмороками, продолжавшееся часа $1\frac{1}{2}$; затѣмъ наступили боли въ животѣ, жаръ, рвота и другія явленія, продолжавшіяся $1\frac{1}{2}$ мѣсяца и завистѣвшія, вѣроятно, отъ воспаленія брюшины. Пользовавшій больную въ Харьковѣ врачъ посоветовалъ прибѣгнуть въ концѣ беременности къ врачебной помощи. Въ дальнѣйшемъ теченіи боли были незначительны, но за 2 недѣли до поступленія въ клинику усилились. Движеніе плода появилось на пятомъ мѣсяцѣ.

Въ клиникѣ беременная была подъ наблюденіемъ до операціи въ теченіи 1 недѣли. Объективныя данныя были настолько характерны, что по нимъ можно было опредѣлить не только внѣматочную беременность, но также и видъ ея. Тѣлосложеніе и питаніе—слабо, ростъ 147 см. Органы дыханія, кровообращенія и почки нормальны. Удѣльный вѣсъ мочи 1002, при суточномъ количествѣ 1500 куб. см. Животъ увеличенъ, какъ при беременности въ началѣ 10-го мѣсяца; лѣвая половина выпукла, правая болѣе плоска. Черезъ умѣренно напряженныя брюшныя стѣнки прощупываются части плода, находящагося во II косомъ положеніи. Сердцебиеніе плода 150—152 въ минуту; движенія его отчетливы и для матери умѣренно болѣзненны. Въ лѣвой сторонѣ живота—рѣзкій пляцентарный шумъ; рука, приложенная къ этому мѣсту, ощущаетъ дрожаніе, на подобіе *frémissement cataire*. Границы плоднаго мѣшка неясны, подвижность его ограничена. Впереди плоднаго мѣшка помѣщается матка, величиною почти въ голову новорожденнаго плода, достигающая почти до пупка и отклоненная вправо; порой замѣтны сокращенія ея мускулатуры. У лѣваго угла матки явственно прощупывается начало лѣвыхъ придатковъ. Зондъ легко входитъ на $17\frac{1}{2}$ см. и направляется къ лѣвому углу матки. Черезъ расширенный каналъ шейки свободно проходитъ палецъ за внутренній зѣвъ. Полость матки пуста, въ заднемъ лѣвомъ сводѣ ощущается выпяченный, зыблющійся нижній отдѣлъ плоднаго мѣшка.

На основаніи перечисленныхъ данныхъ было поставлено распознаваніе *лѣвосторонней трубной беременности, превратившейся въ лѣвостороннюю мѣжсвязочную беременность, вслѣдствіе разрыва трубы и выходженія яйца въ mesosalpinx, случившагося на 2-мъ мѣсяцѣ. Плодъ живъ.*

Операція произведена профессоромъ Г. Е. Рейномъ 14 февраля, въ присутствіи болѣе 50 человекъ студентовъ и врачей, при асептической обстановкѣ, примѣняемой въ послѣднее время въ клиникѣ при чревосѣченіяхъ. Особенности операціи: 1) разрѣзъ плоднаго мѣшка пришелся на дѣтское мѣсто, вслѣдствіе чего появилось обильное кровотеченіе. Потеря крови, однако, не была очень значительна, благодаря тому, что отъ разрѣза мѣшка до извлеченія плода и зажатія краевъ разрѣза между пальцами помощниковъ прошло не болѣе 1 минуты. 2) Дѣтское мѣсто и оболочки удалены цѣликомъ. Эта часть операціи представила значительныя трудности вслѣдствіе того, что плодный

мѣшокъ нижнимъ своимъ отрѣзкомъ помѣщался глубоко въ тазу и вросалъ въ брыжейку S-видной кишки, которая окружала его основаніе на большомъ протяженіи. Вылущеніе, въ техническомъ отношеніи, не представляло отличій отъ вылущенія межсвязочныхъ кистъ яичника. 3) Раздѣлены сращения плоднаго мѣшка съ сальникомъ и съ маткой, а также сращеніе матки съ мочевымъ пузыремъ. Операция продолжалась 1 ч. 14 м. Черезъ наружную рану введенъ въ дугласово пространство стеклянный дренажъ. Послѣоперационное теченіе осложнилось весьма болѣзненнымъ выхожденіемъ изъ матки кусковъ отпадающей оболочки и воспалительнымъ уплотнѣніемъ тазовой клѣтчатки, съ повышеніемъ t^0 maximum 38,7° на 6—8-й день послѣ операциі. Акушерскому обществу были показаны: мать, ребенокъ, плодный мѣшокъ и куски выдѣлившейся отпадающей оболочки. У матери уже сняты швы (на 8-ой день), и рана зажила первичнымъ натяженіемъ. Дренажъ замѣненъ болѣе тонкимъ нумеромъ; изъ него выдѣляется небольшое количество (2 кубич. см. въ сутки) сывороточно-гноной жидкости. Матка увеличена какъ при беременности 5—6 недѣль. Общее состояніе оперированной удовлетворительно, — она уже имѣла (на 11-й день) обильный стулъ, послѣ кастороваго масла, и три дня не лихорадитъ. Ребенокъ (см. рис. 21), тотчасъ послѣ операциі вѣсилъ 3200 grm., но въ первые 6 дней вѣсъ его понизился до 3000 grm., въ настоящее же время — 3170 grm. Длина тѣла 49 см. Тотчасъ по извлеченіи, у ребенка былъ замѣченъ отекъ мошонки и асимметрия головки; и въ настоящее время правая половина ея представляется выпуклой, лѣвая — сплюсненной¹⁾. Ребенокъ вскармливается кормилицей; общее состояніе его весьма удовлетворительно²⁾. Вѣсъ дѣтскаго мѣста 1152 grm.; при немъ находятся плодныя оболочки.



Рис. 21. Михаилъ С. Извлеченъ посредствомъ чревосѣченія при внѣматочной беременности. Фотографія снята 8 лѣтъ спустя послѣ операциі.

Въ заключеніе, авторъ обратилъ вниманіе на слѣдующее: 1) Распознаваніе въ данномъ случаѣ не представило ни малѣйшихъ затрудненій. Этому не мало способствовало частое оперированіе въ брюшной полости и знакомство съ анатомическими отношеніями межсвязочныхъ опухолей яичниковъ и матки, не представляющихъ, въ смыслѣ распознаванія, существенныхъ отличій отъ внѣматочной беременности въ періодъ ея

¹⁾ Ср. рис. въ курсѣ акушерства *И. П. Лазаревича* т. II, стр. 342.

²⁾ Мать и ребенокъ живы до сихъ поръ (1899 г.). Какъ видно на фотографіи, асимметрия черепа съ годами исчезла.—Примѣч. реф.

прогрессированія. 2) Показаніе къ операциі составляетъ и въ настоящее время самую темную главу въ вопросѣ о внѣматочной беременності. Приведенныя авторомъ статистики первичныхъ чревосѣченій при внѣматочной беременності, при жизнеспособномъ плодѣ, (*Litzmann, Werth, Змигродскій, Harris*), съ ихъ печальными результатами, не дають точки опоры для активнаго вмѣшательства. Тѣмъ не менѣе авторъ, руководясь современными успѣхами и задачами брюшной хирургіи, не считалъ возможнымъ въ данномъ случаѣ остановиться на весьма ненадежномъ выжидательномъ способѣ, при томъ, неизбежно обрекающемъ на смерть плодъ. Рѣшившись на первичное чревосѣченіе, онъ считалъ необходимымъ поспѣшить съ нимъ, пока плодъ живъ и мѣшокъ цѣль; дальнѣйшее пребываніе плода въ брюшной полости, помимо другихъ опасностей, могло бы повести къ уродству его и, вслѣдствіе того, къ малой жизнеспособности. 3) Техника операциі представлялась весьма трудной, по причинѣ межсвязочнаго положенія мѣшка. Являлся вопросъ: какъ поступить съ нимъ? Для рѣшенія этого вопроса, по мнѣнію автора, необходимо обращать вниманіе на положеніе дѣтскаго мѣста. Если оно помѣщается глубоко въ тазу и прилежитъ къ задней тазовой стѣнкѣ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ при удаленіи его могутъ представиться значительныя трудности, и тогда, быть можетъ, будетъ выгоднѣе оставить его въ брюшной полости; въ противномъ-же случаѣ должно стремиться къ полному удаленію всего плоднаго мѣшка. Въ этомъ отношеніи случай автора заслуживаетъ полнаго вниманія, какъ по своимъ техническимъ результатамъ, такъ и по благопріятному исходу для матери и плода. По совокупности достигнутыхъ результатовъ, данный случай занимаетъ исключительное мѣсто, въ весьма скудной литературѣ внѣматочной беременності, при жизнеспособномъ плодѣ.

Далѣе слѣдуетъ „Демонстрація больной, перенесшей первичное чревосѣченіе по поводу внѣматочной трубной беременності, достигшей 30 недѣль, при живомъ плодѣ (*laparokelyphotomia primaria*)“ (52). Авторъ говоритъ, что демонстрація каждаго подобнаго случая, не говоря уже о казуистическомъ интересѣ, имѣетъ значеніе и съ теоретической точки зрѣнія, въ виду еще мало разработаннаго ученія объ эктопической беременності. У демонстрируемой больной рана въ верхней своей части зажила первымъ натяженіемъ; въ нижней же части, соответственно вшитому въ брюшную рану мѣшку, имѣется вдавленіе, въ центрѣ котораго помѣщается не пропускающій пальца свищевой ходъ въ 4 см. глубины¹⁾. Общее состояніе больной хорошее. Демонстрируемый мертвый плодъ по величинѣ меньше своего возраста (30 недѣль). Младенецъ жилъ въ теченіи 17 сутокъ, помѣщаясь въ приборѣ *Tarnie* (*souveuse*) и питаясь молокомъ кормилицы (см. рис. 22 и 23).

Исторія демонстрируемаго случая такова: С—я Г—ая, еврейка, 33 лѣтъ. До мая 1894 года была здорова. Регулы установились съ 16 лѣтъ, по типу—черезъ

¹⁾ При изслѣдованіи 6 апрѣля 1895 года свищевой ходъ имѣлъ глубину 2 см., діаметръ соответствуетъ зонду № 3.

4 недѣли, по 3—5 дней, въ небольшомъ количествѣ и безъ болей. Замужъ вышла на 17 году. Перенесла двѣ беременности, окончившіяся срочными родами. Послѣродовые



Рис. 22. Удаленный путемъ чрезсѣченія живой недоношенный плодъ, черезъ нѣсколько дней послѣ операціи.

періоды правильные. Считаетъ себя беременной въ 3-й разъ съ половины мая 1894 года. Въ октябрѣ 94 г. появились боли въ спинѣ и внизу живота, потужного характера; 3-го и 6-го декабря боли повторились и сопровождались обморочными явлениями; 19-го ноября появились кровянистыя отдѣленія, продолжавшіяся нѣсколько дней. Первое движеніе плода замѣтила въ октябрѣ 1894 г. Жалуется на сильное исхуданіе, запоры, угнетенное настроеніе духа:



Рис. 23. Тотъ же плодъ послѣ смерти (препаратъ изъ спирта).

На ряду со всѣми несомнѣнными признаками беременности, изслѣдованіе половой сферы показало: влагалищная часть подтянута высоко, мягка, смотритъ влѣво и кзади и какъ бы переходитъ въ опухоль. Нижній сегментъ опухоли прощупывается черезъ передній и правый боковой своды. Ограниченно подвижная опухоль помѣщается въ брюшной полости, верхней своей границей немного не доходя до середины разстоянія между пупкомъ и мечемъ. Сердцебиеніе плода ясное—отъ 128 до 160 ударовъ въ минуту. Рядомъ съ опухолью, слѣва прощупывается тѣло, по формѣ напоминающее увеличенную матку. Отъ времени до времени матка сокращается, при чемъ настолько рѣзко выпячивается черезъ брюшную стѣнку, что ее легко можно различить глазомъ. *Диагнозъ: правая трубная беременность около 30 недѣль, съ вращеніемъ въ правую широкую связку, при живомъ плодѣ.*

Больная была принята въ клинику. Изъ вышеприведенныхъ особенностей случая вытекало показаніе къ немедленному оперативному леченію. По расчету, беременность была 30 недѣль—эпоха жизнеспособности плода; дальнѣйшему выжиданію развитія плода не позволяли замѣченные признаки готовящагося разрыва плоднаго мѣшка; сильное напряженіе и истонченіе стѣнокъ его и схваткообразныя боли въ животѣ давали указанія, что даже и во время операціи могъ произойти разрывъ. На возможность разрыва мѣшка указывали также предшествовавшіе приступы обморочнаго состоянія, страдальческой видъ больной и кровотеченія изъ половыхъ органовъ, говорившіе, какъ бы въ пользу происшедшихъ уже частичныхъ разрывовъ мѣшка.

Къ операціи приступлено 10-го декабря 1894 года. Въ виду малой подвижности плодо-

вмѣстилища, сдѣланъ большой разрѣзь брюшныхъ стѣнокъ. По вскрытіи полости брюшины, въ ранѣ показался плодный мѣшокъ, съ сильно развитыми, крупными сосудами. Въ мѣшкѣ быстро сдѣланъ соотвѣтственный разрѣзь, прорваны оболочки, и младенецъ быстро извлеченъ живымъ. По извлеченіи младенца, мѣшокъ видимо сократился. Отдѣленіе дѣтскаго мѣста съ оболочками не сопровождалось особеннымъ кровотеченіемъ. На внутренней поверхности мѣшка обнаружены старыя фибринозныя наслоенія (вслѣдствіе прежде бывшихъ частичныхъ надрывовъ стѣнокъ мѣшка). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнки мѣшка рыхлы и чрезвычайно истончены. Стѣнки мѣшка, постепенно утолщаясь, шли къ углу матки, соотвѣтственно положенію правой трубы, при чемъ отчетливо замѣчалось и отхожденіе отъ угла матки круглой связки. Вслѣдствіе обширныхъ и крѣпкихъ сращеній и вращенія мѣшка въ брыжейку кишекъ и въ широкую связку, полное удаленіе его представило непреодолимые препятствія, и мѣшокъ былъ вшитъ въ нижній уголъ брюшной раны и дренированъ. Операція длилась 58 мин. и, въ общемъ, не представила ни большого кровотечения, ни значительныхъ техническихъ трудностей. *Послѣоперационный періодъ* протекъ съ $\text{maxim. } t^0$ до $38,6^0$. Лихорадочное состояніе стояло, повидимому, въ связи съ отхожденіемъ кусковъ deciduae изъ мѣшка. Изъ матки выдѣленія отпадающей оболочки не замѣчалось.

Заканчивая этимъ исторію случая, авторъ подробно остановился на показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству и на значеніи нѣкоторыхъ моментовъ операціи. Авторъ отстаиваетъ мысль, высказанную имъ раньше, по поводу перваго его случая чревосѣченія при внѣматочной беременности съ живымъ плодомъ (см. выше, стр. 140), а именно—чтобы со 2-й половины беременности, при постановкѣ показаній къ операціи, принималась въ расчетъ и жизнь плода. Къ сожалѣнію, въ приведенномъ случаѣ готовящійся разрывъ не позволилъ еще выждать недѣлю, другую.

Что касается до опасностей и трудностей чревосѣченія при внѣматочной беременности, то, въ общемъ, онѣ, какъ кажется, преувеличены. При производствѣ чревосѣченія, въ подобныхъ случаяхъ, приходится считаться съ 3-мя существенными моментами:

- 1) Остановкой кровотечения при операціи,
- 2) Удаленіемъ дѣтскаго мѣста и
- 3) Удаленіемъ плоднаго мѣшка.

Что касается 1-го момента, то кровотеченіе не бываетъ чрезмѣрно большимъ въ силу ли того, что мѣшокъ сокращается, по опорожненіи его, (трубная беременность), или же въ силу возможности избѣгнуть раненія крупныхъ сосудовъ (если яйцо развилось между листками широкой связки, и брюшная полость вскрыта достаточно большимъ разрѣзомъ). 2) По анатомическимъ условіямъ положенія яйца, дѣтское мѣсто или удаляютъ, непосредственно отдѣляя его отъ стѣнки мѣшка (трубная беременность), или предварительно обкалываютъ vasa spermatica et uterina (межсвязочная или брюшная беременность). Наконецъ, относительно 3-го момента является вопросъ: безусловно ли необходимо удаленіе мѣшка? Оставленіе мѣшка, неизбежное въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не влечетъ ни къ какимъ особенно важнымъ осложненіямъ въ будущемъ.

Въ заключеніе, авторъ привелъ присланную ему д-ромъ *Harris'*омъ изъ Филадельфіи, въ частномъ письмѣ, статистику 63 случаевъ чревосъченій при внѣматочной беременности, съ живымъ плодомъ:

За періодъ времени 1809—1886	имъ собрано	32	случая
„ „ „ 1886—1894	„ „	31	„
Первою группою операций спасено	6 женщ. и 15 дѣтей		
Второю „ „ „	21 „ и 24 „		

Примѣчаніе. Впослѣдствіи *Harris*, какъ извѣстно, опубликовалъ результаты своихъ дальнѣйшихъ статистическихъ изслѣдованій изъ 77 случаевъ въ *Am. J. of the obstetrics*, въ двухъ таблицахъ. ¹⁾ Изъ таблицы первой видно, что за первые 80 лѣтъ своего существованія, а именно съ 1809 по 1886 годъ операциі дали на 37 случаевъ 9 выздоровленій, что составитъ 74⁰/₁₀₀ смертн. матерей, Въ таблицѣ второй, за послѣдніе 10 лѣтъ, т. е. съ 1886 по 1897 годъ собрано 40 случаевъ, давшихъ 32,5⁰/₁₀₀ смертн. матерей. Въ эти цифры входятъ и два наблюденія проф. *Г. Е. Рейна*. Что касается до смертности дѣтей, то изъ обѣихъ таблицъ видно, что большая часть младенцевъ, извлеченныхъ живыми, умирала въ первые часы, или дни послѣ операциі. Младенцевъ, пережившихъ 1 недѣлю, оказалось всего 24, изъ коихъ два изъ Кіевской Акушерской Клиники; при этомъ матерей осталось въ живыхъ 16, изъ коихъ двѣ изъ Кіевской Акушерской Клиники. Младенцевъ, пережившихъ возрастъ 5 лѣтъ, въ таблицѣ *Harris'*а имѣется 4, а именно: *Lawson-Tait'*а въ Бирмингамѣ—15 лѣтъ, *Treub'*а въ Лейденѣ—7¹/₂ лѣтъ, *Price* въ Филадельфіи—5 лѣтъ и *Г. Е. Рейна* въ Кіевѣ—8 лѣтъ. Изъ матерей этихъ четырехъ, окончательно выжившихъ младенцевъ, три остались въ живыхъ, а одна, именно въ случаѣ *Lawson—Tait'*а, умерла. Изъ перечисленныхъ въ таблицѣ *Harris'*а операторовъ, только двое, а именно проф. *Treub* и *Г. Е. Рейнъ*, имѣли случай оперировать при живомъ плодѣ по два раза и притомъ съ благополучнымъ исходомъ для матери и для плода. Реф.

„*Случай чревосъчвнїа in extremis, вслѣдствїе разрыва плоднаго мѣшка при трубной беременности*“ (53). Въ послѣднее время вопросъ о внѣматочной беременности усердно разрабатывается какъ въ русской, такъ и въ иностранной литературѣ. Въ различныхъ русскихъ ученыхъ обществахъ было сдѣлано по этому во просу нѣсколько докладовъ. Просматривая ихъ, нельзя не прїйти къ заключенію, что до сихъ поръ еще многіе спорные пункты этого отдѣла акушерства далеко еще не разработаны; другіе пункты, хотя и подвергались подробной разработкѣ, но уже давно, и потому требуютъ вновь пересмотра. Такое положеніе вопроса въ наукѣ и даетъ поводъ сообщать даже и отдѣльныя казуистическія наблюденія, въ надеждѣ, что обмѣнъ мыслей по поводу ихъ, можетъ выяснитъ нѣкоторыя стороны въ ученіи о внѣматочной беременности.

¹⁾ *Howard A. Kelly*. Operative Gynecology. London 1898, Vol. II, p. 458.

Исторія случая, давшего поводъ къ настоящему сообщенію, такова: больная М. 26 лѣтъ, жена офицера, менструируетъ съ 16 лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 4—5 дней. Замужемъ 5 лѣтъ; беременна была 1 разъ (выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ)—2 года назадъ. Последнія регулы окончились 22 января 1890 г. Въ мартѣ 1890 года больная, послѣ горячей поясной ванны, получила кровянистыя отдѣленія изъ половыхъ органовъ, боли въ животѣ и поносъ. Къ 18 марта эти явленія усилились, а 19—наступили явленія коллапса, и приглашенный на консиліумъ *В. А. Добронравовъ*, ранѣ заподозрѣвшій выкидышъ, опредѣлилъ разрывъ плоднаго мѣшка при внѣматочной беременности. Были приняты всѣ мѣры къ возстановленію силъ больной, назначенъ полный покой, мѣшокъ со льдомъ на животъ; 22 марта вышла цѣликомъ отпадающая оболочка (препаратъ демонстрированъ). Къ 7 апрѣля больная значительно оправилась, но вечеромъ 7 апрѣля снова появились кровянистыя отдѣленія, а 11 апрѣля вторично обнаружилось явленія коллапса. Приглашенный къ больной на совѣщаніе *В. А. Добронравовымъ* авторъ нашелъ ее мертвенно блѣдной, съ пульсомъ нитевиднымъ, 160 въ 1', вздутіемъ и болѣзненностью живота, дававшего въ нижнихъ частяхъ ясное зыбленіе. При гинекологическомъ изслѣдованіи, опредѣлена картина образующейся haematocoele anteuterinum. На основаніи исторіи болѣзни и данныхъ изслѣдованія, распознано было внутри-брюшинное кровотеченіе, происшедшее отъ разрыва мѣшка при трубной беременности. Рѣшено было немедленно приготовиться къ чревосѣченію здѣсь-же, въ квартирѣ больной. Вызваннымъ клиническимъ персоналомъ было быстро произведено тщательное обеззараживаніе помѣщенія, а затѣмъ, вслѣдствіе появленія новыхъ обмороковъ, приступлено къ операциі. Хотя квартира больной находилась на противоположномъ концѣ города (на Печерскѣ), тѣмъ не менѣе удалось начать операцию не болѣе, какъ спустя около 7 часовъ отъ начала коллапса. Операциа произведена совершенно по типу salpingotomiae (беременность оказалась правой трубной) и продолжалась 39'. Послѣоперационный періодъ протекъ безлихорадочно, при употребленіи дренажа брюшной полости. Въ теченіе первой ночи послѣ операциі больная представляла очень грозныя явленія остраго малокровія.

Въ своихъ эпикритическихъ замѣчаніяхъ по поводу этого случая, авторъ остановился на слѣдующихъ пунктахъ:

1) *Диагнозъ*. Въ данномъ случаѣ распознаваніе не было трудно, ибо для него имѣлись всѣ данныя. Повторившійся коллапсъ служилъ доказательствомъ, что беременность не прекратилась послѣ перваго (частичнаго) разрыва мѣшка. Для этого предположенія имѣются подтвержденія и въ литературѣ внѣматочной беременности. Не говорило противъ продолженія беременности и выхожденіе отпадающей оболочки. Что беременность продолжалась и послѣ перваго разрыва мѣшка, ясно также доказываетъ обиліе вторичнаго кровотеченія, которое едва-ли бы достигло такой степени, не будь переполненія кровью тазовыхъ органовъ, вызваннаго продолжавшеюся беременностью.

2) *Техника операциі*. Въ литературѣ подробныхъ описаній техники подобныхъ операций нѣтъ, такъ что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ приходится импровизировать планъ операциі. По мнѣнію автора, прежде всего необходимо найти матку (что легко и быстро можно сдѣлать введенною въ полость таза рукою, даже безъ контроля зрѣніемъ), подтянуть ее возможно ближе къ ранѣ въ брюшной стѣнкѣ, наложить лигатуры на маточный конецъ трубы (слѣдовательно—на vasa spermatica), и, отрѣзавъ здѣсь трубу, извлечь мѣшокъ, а затѣмъ наложить лигатуры на ligamentum infundibulo-pelvicum съ сѣменными сосудами и окончательнo отдѣлить мѣшокъ, перевязавъ въ два пучка остатокъ широкой связки. Лигатуру на lig. inf. pelv. можно наложить и до отдѣленія мѣшка. Достойно замѣчанія, что съ самаго момента наложенія лигатуръ на

широкія связки, пульсъ оперированной рѣзко улучшился. Такъ какъ разорвавшаяся труба своимъ излившимся содержимымъ можетъ инфицировать брюшную полость, то дренирование послѣдней послѣ подобныхъ операцій необходимо.

3) *Показанія.* Является вопросъ, дѣйствовать ли всегда въ такихъ случаяхъ активно, или предпочитать выжидательный методъ, который, какъ извѣстно, иногда даетъ благопріятные результаты? Споръ относительно умѣстности активной терапіи, по мнѣнію автора, есть еще остатокъ тѣхъ временъ, когда брюшная полость считалась за *poli me tangere*. Теперь, когда имѣется возможность производить операцію при безгнилостной обстановкѣ, чревосѣченія бояться нечего, ибо при выжидательномъ методѣ, даже при благопріятномъ непосредственномъ исходѣ кровотечения, больной всегда можетъ грозить опасность новаго кровотечения или нагноенія излившейся въ брюшную полость жидкости. Бояться существующаго сильнаго упадка пульса тоже не слѣдуетъ, такъ какъ это явленіе происходитъ вслѣдствіе рефлекса отъ раненаго и кровоточащаго органа на нервы сердца, которое тотчасъ же начинаетъ сильнѣе сокращаться, какъ только источникъ кровотечения устраненъ. Но какъ поступить, если разрывъ произошелъ въ частной квартирѣ, гдѣ устройство безгнилостной обстановки чрезвычайно затруднительно? Въ данномъ случаѣ такое устройство оказалось возможнымъ; въ другихъ случаяхъ, гдѣ этого достигъ нельзя, можно держаться и пассивнаго способа леченія, но это будетъ уступка внѣшнимъ, неблагопріятнымъ обстоятельствамъ. Безспорно, что въ настоящее время *распознаваніе внѣматочной беременности должно служить и показаніемъ къ оперативному вмѣшательству.*

Случаи, подобные описанному, свидѣтельствуютъ о томъ огромномъ прогрессѣ, какой сдѣлала хирургія въ послѣднее время, и должны ободрять насъ въ дальнѣйшей работѣ въ этомъ направленіи.

Примѣчаніе. Рис. препарата см. въ Курсѣ Акушерства *И. П. Лазаревича* т. II, стр. 325.—Реф.

Въ слѣдующей работѣ того-же автора (54) описываются „*шесть случаевъ чревосѣченія при внѣматочной беременности, съ демонстраціей препаратовъ*“, послужившихъ предметомъ доклада на IV Съѣздѣ Русскихъ Врачей въ память *Пирогова*, въ Москвѣ, въ 1891 г.

Первый случай. Трубная беременность. Коллапсъ черезъ 8 недѣль по окончаніи послѣднихъ регулъ. Черезъ 4 дня отхожденіе отпадающей оболочки. Черезъ 3 недѣли новый коллапсъ, болѣе грозный и продолжительный. Чревосѣченіе *in extremis* въ частной квартирѣ черезъ 7 часовъ отъ начала коллапса. Громадное кровотеченіе въ брюшную полость. Полное удаленіе мѣшка. Дренажъ брюшной полости. Гладкое выздоровленіе. (См. выше, стр. 143).

Второй случай. Трубная беременность на 2-мъ мѣсяцѣ. Опозданіе регулъ всего на 9 дней, потомъ кровотеченіе безъ опредѣленнаго типа. Чревосѣченіе черезъ 6—7 недѣль послѣ начала кровотеченія. Операція по типу *salpingotomiae*, безъ особенныхъ

затрудненій. Въ трубѣ—около одного фунта жидкой крови и сгустковъ; частей яйца не найдено; въ яичникѣ истинное желтое тѣло. Выздоровленіе.

Третій случай. Трубнобрюшная межсвязочная беременность на 5-мъ мѣсяцѣ. Опухоль до пупка. Чревосѣченіе. При отдѣленіи сросеній, стѣнки мѣшка разорвались, и въ брюшную полость излилось ихорозное вонючее содержимое мѣшка. Удаленіе плода съ оболочками и дѣтскимъ мѣстомъ. Плодъ живъ. Резекція части мѣшка и зашивание его со стороны брюшной полости. Стеклянный дренажъ черезъ влагалище. Смерть отъ гнилостнаго воспаленія брюшины, черезъ 30 часовъ послѣ операціи. Въ діагностическомъ отношеніи этомъ случай представлялъ весьма интересную особенность. Увеличенная въ размѣрахъ пустая матка, прощупывавшаяся рядомъ съ плодовымѣстилищемъ, отъ времени до времени такъ сильно сокращалась и при этомъ столь рѣзко выпячивалась черезъ брюшную стѣнку, что ее удалось сфотографировать (см. рис. 24 и 25).



Рис. 24.



Рис. 25.

Сокращеніе матки (а) при внѣматочной беременности. На рис. 24 матка (а), находящаяся въ покоѣ, едва замѣтна глазомъ. На рис. 25 (b) она рѣзко выпячивается черезъ стѣнку живота; видны контуры дна матки, отдѣляющейся, при сокращеніи, бороздой отъ плоднаго мѣшка.

Четвертый случай. Трубноя беременность. Разрывъ трубы на 7 мѣсяцѣ беременности, съ выходомъ плода въ брюшную полость. Внутреннее и наружное кровотеченіе. Смерть плода и начинающееся всасываніе его. Осумкованіе внутренняго кровотеченія. Полное удаленіе плода съ мѣшкомъ и дѣтскимъ мѣстомъ посредствомъ чревосѣченія на 13-мъ мѣсяцѣ послѣ начала беременности. Выздоровленіе. (См. выше, стр. 117).

Пятый случай. Первичная брюшная беременность. Разрывъ плоднаго мѣшка на 8 мѣсяцѣ. Смерть плода и начало окаменѣнія его. Удаленіе плода съ оболочками и дѣтскимъ мѣстомъ посредствомъ чревосѣченія на 19-мъ мѣсяцѣ отъ начала беременности. Дренажъ. Выздоровленіе. (См. выше, стр. 119).

Шестой случай. Трубноя межсвязочная беременность на 37 недѣль. (См. выше, стр. 137). Живой плодъ. Чревосѣченіе. Удаленіе плода, дѣтскаго мѣста и всѣхъ оболочекъ путемъ вылуценія ихъ изъ подъ брюшины, какъ при интралигментарныхъ кистахъ яичника. Дренажъ. Выздоровленіе. Ребенокъ живъ по сіе время (нынѣ прошло 9 лѣтъ послѣ операціи.—Реф.). При операціи вѣсилъ 3200 grm. и былъ 49 см. длины.

Выводы: *Анатомія*. Существуют всѣ три вида внѣматочной беременности: брюшная, яичниковая и трубная, съ ея разновидностями—межматочной и трубно-брюшной. Мѣшокъ при всѣхъ трехъ видахъ растетъ или свободно въ брюшную полость, образуя хирургическую ножку, или развивается межсвязочно, или подбрюшинно, слѣдуя въ ростѣ тѣмъ-же самымъ законамъ, какъ и межсвязочныя новообразования яичниковъ и матки. Въ такомъ случаѣ, понятно, не имѣетъ ножки. (Ср. выше, стр. 137).

Патологическая анатомія. Яйцо при внѣматочной беременности можетъ подвергаться различнымъ патологическимъ процессамъ, такъ же, какъ и внутри-маточное яйцо, но чаще послѣдняго. Сюда относятся: кровоизліянія въ брюшную полость и въ полость трубы, нагноеніе, миксоматозное перерожденіе ворсинокъ, слишкомъ обильное количество водъ и слишкомъ малое, уродство плода, смерть его, многоплодная беременность, начинающееся всасываніе и окаменѣніе плода, двухстороннее развитіе внѣматочной беременности и совмѣстное существованіе съ маточной.

Распознаваніе можетъ быть очень легко и весьма трудно; оно должно быть основано на всесторонней оцѣнкѣ клиническихъ признаковъ. Упомянутая выше возможность патологическихъ измѣненій въ яйцѣ тоже должна быть принята въ расчетъ. Патогномонистическіе признаки—выхожденіе deciduae и сокращеніе пустой матки рядомъ съ мѣшкомъ—къ сожалѣнію, не всегда наблюдаются. Въ сомнительныхъ случаяхъ можетъ быть допущено чревосѣченіе съ діагностической цѣлью. Зондированіе и выскабливаніе матки не заслуживаютъ вниманія, ибо выгоды отъ нихъ не окупаются тѣмъ рискомъ, съ которымъ сопряжено ихъ примѣненіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Личеніе. Самый главный способъ—*чревосѣченіе* при всѣхъ видахъ и стадіяхъ внѣматочной беременности.

Электричество и вспрыскиваніе въ мѣшокъ морфія, при настоящемъ состояніи науки, менѣе заслуживаютъ примѣненія; они могутъ быть испытаны тамъ, гдѣ почему-либо чревосѣченіе противопоказано.

Чревосѣченіе раздѣляется на *первичное*—при живомъ, неизмѣненномъ яйцѣ во всѣ 9 мѣсяцевъ беременности и *вторичное*—при умершемъ и запусѣвшемъ яйцѣ. Вторичное чревосѣченіе можетъ быть примѣнено какъ во все время беременности, такъ и неопредѣленное время спустя по окончаніи ея. Къ нему примыкаетъ леченіе исходовъ внѣматочной беременности, какъ то леченіе абсцессовъ, свищей etc.

Оперативная техника ничѣмъ не отличается отъ примѣняемой для удаленія новообразованій яичниковъ и матки. Но такъ какъ внѣматочная беременность, если сравнить ее съ новообразованиями, соотвѣтствуетъ не злокачественнымъ новообразованиямъ (*Werth*), а доброкачественнымъ, то, въ случаѣ необходимости, скорѣе и вполне безопасно можно рѣшиться на оставленіе большаго или меньшаго участка мѣшка въ брюшной полости. Мѣшокъ или оставляютъ просто въ брюшной полости, или сшиваютъ съ краями брюшной раны и дренируютъ его снаружи; или, наконецъ, зашивая со стороны брюшной полости, дренируютъ его черезъ влагалище. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напр. въ приведенномъ третьемъ, при нагноеніи мѣшка, съ выгодой можно примѣнить

кольпотомію. Дѣтское мѣсто слѣдуетъ пытаться удалять вмѣстѣ съ мѣшкомъ, по общимъ правиламъ хирургіи, или отсепаровываютъ его отъ стѣнки мѣшка, или оставляютъ его до самопроизвольнаго отдѣленія, или, наконецъ, если понадобится, до вторичной операціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при вполнѣ асептическомъ теченіи раны, оно можетъ, повидимому, всасываться безъ всякаго вреда.

Первичное чревосѣченіе лучше всего подраздѣлять: до 7 мѣсяца беременности и послѣ 7 мѣсяцевъ. Въ первомъ случаѣ жизнь плода не принимается въ расчетъ, и операція соотвѣтствуетъ искусственному законному выкидышу; во второмъ случаѣ пытаются спасти жизнь матери и плода, и операція соотвѣтствуетъ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Успѣхи, достигнутые въ послѣднее время, позволяютъ, повидимому, выждать при беременности 5—6 мѣсяцевъ, при подходящихъ условіяхъ, до 7 и болѣе мѣсяцевъ, съ цѣлью спасенія плода.

Въ статьѣ „*Zur Laparotomie bei Extra-uterin-Schwangerschaft*“ (55), кромѣ шести случаевъ, изложенныхъ въ предыдущей статьѣ (54), описанъ еще второй случай первичной брюшной беременности. Наблюденіе это подробно изложено выше на страницѣ 135.

Кромѣ того полнѣе изложенъ отдѣлъ общихъ замѣчаній относительно внѣматочной беременности.

Увеличивающуюся частоту случаевъ внѣматочной беременности (на 12500 гинекологическихъ больныхъ, авт. наблюдалъ 13 случаевъ внѣматочной беременности, что составитъ около 0,1⁰/₀, или одинъ случай на тысячу больныхъ), авторъ объясняетъ лучшимъ распознаваніемъ этого заболѣванія, а равно и большимъ довѣріемъ публики и врачей къ оперативнымъ пособіямъ, въ особенности къ брюшной хирургіи.

Особенное вниманіе авторъ обращаетъ на то, что въ обоихъ его случаяхъ первичной брюшной беременности, плацента прикрѣплялась къ маткѣ, гдѣ естественно имѣются наилучшія условія образованія сосудовъ плацентарнаго кровообращенія. Имѣется ли здѣсь только случайное совпаденіе, или дѣйствительно законъ, годный для всѣхъ случаевъ первичной брюшной внѣматочной беременности, это рѣшить пока невозможно.

Относительно распознаванія авторъ обращаетъ вниманіе на то, что „плодъ въ періодѣ всасыванія можетъ быть отличенъ отъ большинства опухолей брюшной полости по своей формѣ, такъ какъ онъ въ сагитальной плоскости значительно сплюснутъ. Поэтому передняя поверхность, обращенная къ передней стѣнкѣ живота, выпукла и гладка, между тѣмъ какъ задняя и частью также верхняя, прилегающія къ менѣе резистентнымъ частямъ, а именно къ петлямъ кишекъ, представляютъ совершенно ясныя неровности, соотвѣтствующія конечностямъ плода. Во всѣхъ моихъ трехъ, относящихся сюда, случаяхъ этотъ діагностическій признакъ оказался превосходнымъ. Главнымъ образомъ, были рѣзко выражены сзади и сверху колѣнные и локтевые суставы“.



ХІІ. Образованіе искусственнаго влагалища. (Colporoësis).

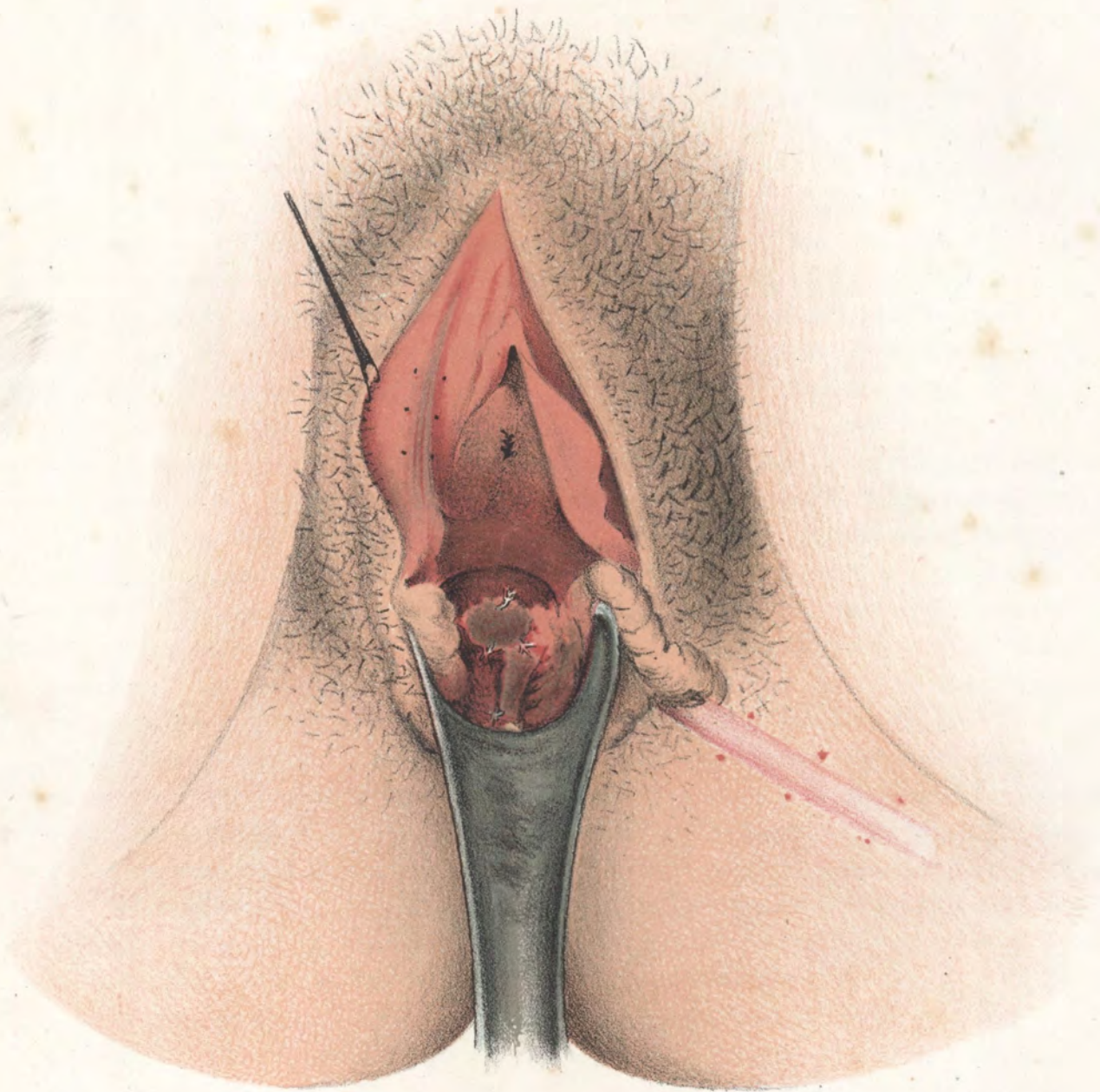
56. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Демонстрація больной послѣ операциі искусственно образованнаго влагалища. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1894 г., т. 7, в. XIII, стр. 4.
57. **Его-же.**—Искусственное образованіе влагалища. Ibid. стр. 36.
58. **Его-же.**—Четвертый случай кольпопластики при defectus vaginae. Ibid. 1895 г., т. 8, в. XVI, стр. 68.
59. **Его-же.**—Операциія colporoësis по видоизмѣненному способу. Ibid. 1898 г., т. 11, в. XXII, стр. 36.
Ср. также ниже, статью *П. Ю. Кроля* „Три случая зачаточной матки“ въ главѣ „Болѣзни матки“.

Проф. Г. Е. Рейнъ „Демонстрація больной послѣ операциі искусственно образованнаго влагалища“ (56). Въ краткомъ докладѣ авторъ сообщилъ, что „попытки искусственнаго созданія влагалища, при полномъ отсутствіи его, какъ извѣстно, дѣлались уже не разъ. Въ Кіевскомъ Акушерскомъ Обществѣ о такой попыткѣ сообщилъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ докторъ *Шалита* (см. Протоколы вып. 4, стр. 9). Онъ не могъ тогда доказать, что эпителий, которымъ было покрыто влагалище, произошелъ отъ тѣхъ эпителиальныхъ островковъ, которые были пересажены имъ во вновь образованный каналъ. На-дняхъ, спустя нѣсколько лѣтъ послѣ операциі, эта больная благополучно родила въ Кіевской акушерской клиникѣ. Въ послѣднее время оживленный обмѣнъ мыслей вызвала операциія, произведенная проф. *В. Ф. Снегиревымъ*, пытавшимся образовать влагалище изъ нижняго отрѣзка прямой кишки. Не вдаваясь въ критическую оцѣнку этой послѣдней операциі, я считаю нужнымъ заявить, что не намѣренъ въ будущемъ подражать, при попыткахъ создавать искусственное влагалище, методу, предложенному проф. *В. Ф. Снегиревымъ*, и остаюсь при прежнемъ мнѣніи, что такого рода пластическія операциі должны быть дѣлаемы по тому же типу, какъ и раньше, т. е. путемъ пересадки въ искусственно образованный каналъ болѣе или менѣе обширныхъ лоскутовъ кожи и слизистой оболочки. Первая попытка въ этомъ направленіи была сдѣлана въ Кіевской Акушерской Клиникѣ доцентомъ *К. М. Саттлержо*, много занимавшимся изученіемъ способовъ пересадки кожи и слизистой

оболочки въ другихъ областяхъ тѣла. Послѣ образованія кровавымъ путемъ на мѣстѣ недостававшего влагалища соотвѣтственной величины канала, *К. М. Санъжко* выстлалъ его слизистой оболочкой, взятой изъ влагалища одновременно оперированной больной, страдавшей выпаденіемъ влагалища. Въ первые дни послѣ операциі случай этотъ производилъ благопріятное впечатлѣніе, но затѣмъ на мѣстѣ пересадки развилось нагноеніе, лоскуты отпали, и вновь образованное влагалище уничтожилось.

Слѣдующая попытка въ этомъ же направленіи сдѣлана мною два мѣсяца назадъ, а именно 29 ноября 1892 г. у представляемой сегодня больной Сарры Г., съ полнымъ отсутствіемъ влагалища и зачаточной маткой (*uterus rudimentarius*). На мѣстѣ недостающаго влагалища была кровавымъ путемъ образована полость глубиною до 8,5 *cm.*, свободно вмѣщающая 3 пальца руки. Въ эту полость пересажены, путемъ поворота вокругъ оси, два лоскута, соединенные однимъ изъ своихъ концевъ съ матерной почвой,—одинъ изъ кожи лѣвой ягодицы—въ видѣ ремешка длиною въ 6, шириною $1\frac{1}{2}$ *cm.*, другой—изъ внутренней поверхности правой большой срамной губы, длиною въ 4 и шириною въ 1 *cm.* Эти лоскуты были пересажены на боковыя стѣнки вновь образованнаго канала и тщательно укрѣплены многочисленными тонкими шелковыми швами; (см. хромофотографическую таблицу) ¹⁾ каналъ затампонированъ іодоформной марлей. Черезъ 16 дней, при полномъ безлихорадочномъ теченіи, тампоны были извлечены, причемъ оказалось, что оба лоскута прижили; ясно было замѣтно, что какъ лоскуты, такъ и все влагалище нѣсколько сократились (длина канала въ это время равнялась 7,25 *cm.*). При осмотрѣ на 37-й день послѣ операциі, лоскуты оказались вполне прижившими; отъ нихъ идутъ въ ширину эпителиальные ростки. Длина влагалища = 5,75 *cm.*, считая отъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Съ цѣлю покрытія эпителиемъ остальной гранулирующей поверхности, рѣшено было произвести еще дополнителныя *Rewerdin'*овскія пересадки, взявъ матеріалъ для нихъ съ внутренней поверхности бедра, что и произведено 8 января 1893. Пересажены въ переднюю стѣнку 3 островка кожи и укрѣплены здѣсь швами. Эти лоскуты прижили. Третья пересадка (2-я *Rewerdin'*овская) произведена 20 января, на заднюю стѣнку канала: пересажено два кожныхъ островка, взятыхъ съ внутренней поверхности праваго бедра (См. на той же хромофотогр. таблицѣ). Въ это время длина влагалища равнялась $5\frac{1}{2}$ *cm.* Въ настоящее время ясно видно, что одинъ изъ этихъ лоскутовъ вполне прижилъ, другой, по видимому, смѣщенъ при смѣнѣ тампоновъ. Длина передней стѣнки канала теперь = 5 *cm.*, задней—6,5 *cm.* Влагалище представляетъ каналъ, пропускающій умѣренной величины зеркало и, какъ кажется, вполне годный для совокупленія. Каковъ будетъ окончательный результатъ этой попытки, сказать въ настоящее время трудно. Во всякомъ случаѣ, она доказываетъ, что обезпложивающій методъ позволяетъ намъ производить, съ извѣстнымъ успѣхомъ, подобнаго рода операциі, и весьма возможно, что въ будущемъ созданіе влагалища, близкаго къ нормальному, станетъ, со стороны технической, операцией вполне удовлетворительной, по своимъ результатамъ. Теперь

¹⁾ Къ первымъ тремъ-стамъ экземплярамъ настоящаго изданія приложены двѣ хромофотографическія таблицы.

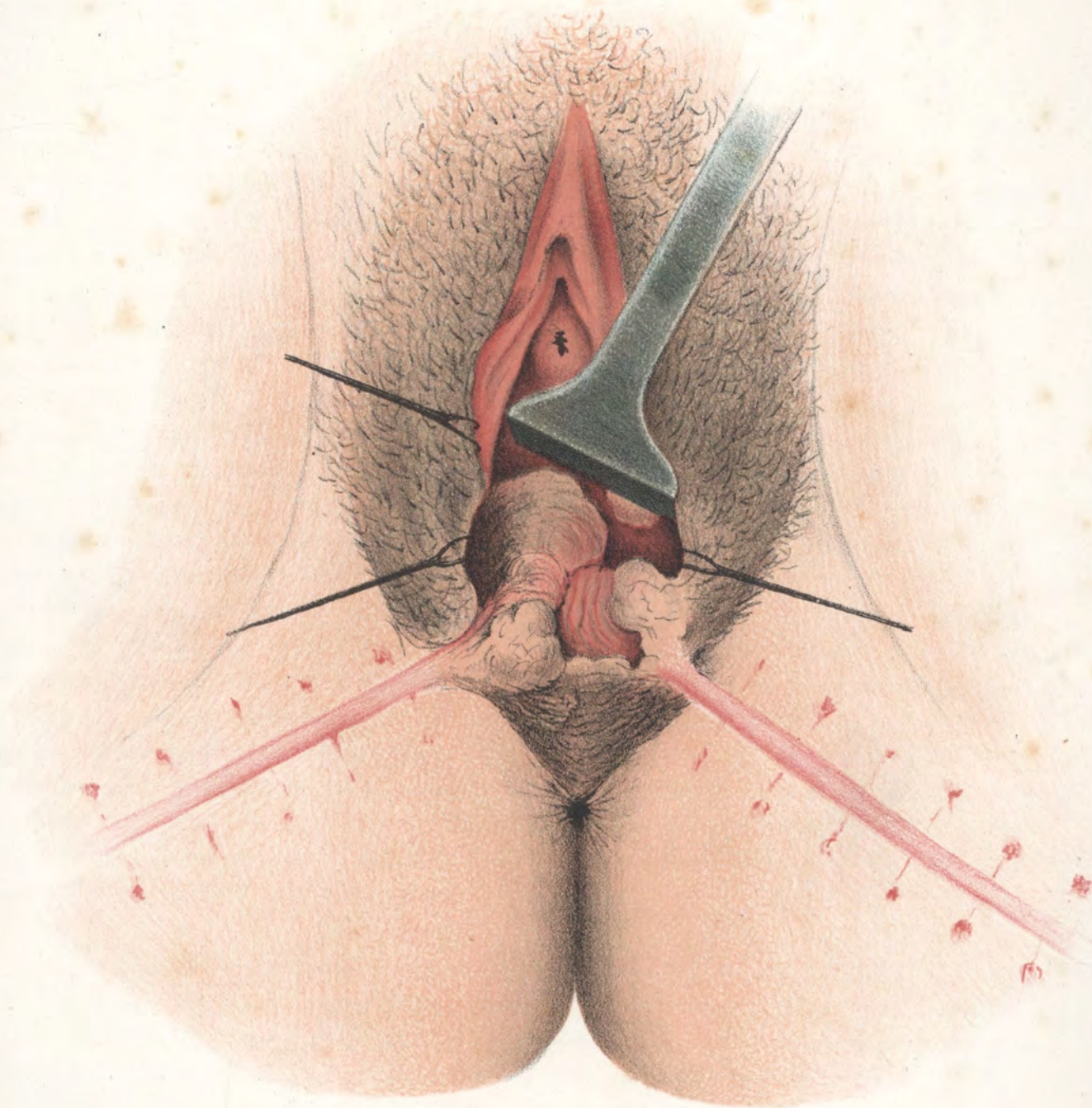


Рисунокъ къ статьѣ (56).

Искусственное образование влагалища.

(Colporrhesis).

Наблюдение первое. Правый лоскутъ взятъ изъ внутренней поверхности большой срамной губы и завороченъ во вновь образованное влагалище. (На рисункѣ видны уколы отъ бывшихъ швовъ и рубецъ на мѣстѣ взятаго лоскута). Лѣвый лоскутъ взятъ изъ внутренней поверхности ягодицы и завороченъ во вновь образованное влагалище. Оба лоскута приросли. На задней стѣнкѣ влагалища видны двѣ дополнительныя пересадки небольшихъ отдѣльныхъ лоскутовъ по *Reverdin*'у.



Рисунокъ къ статьѣ (57).

Искусственное образование влагалища.

(Colporrhesis).

Наблюденіе второе. Длина лѣваго лоскута 12, праваго 10 см., ширина $1\frac{1}{2}$ см. Оба лоскута взяты изъ кожи внутренней поверхности ягодицъ и заворочены внутрь во вновь образованное влагалище, гдѣ и приросли.

можно лишь указать, что лоскуты, соединенные одним из своих концовъ съ матерной почвой, повидимому, съ большею пользою и успѣхомъ могутъ быть употреблены для цѣлей этой операціи, чѣмъ вполне вырѣзанные кожные участки“.

Большая демонстрирована членамъ Общества.

Въ слѣдующемъ докладѣ „*Искусственное образование влагалища*“ (57), проф. Г. Е. Рейнъ сообщаетъ, что въ настоящее время операція искусственного влагалища (colporrhæsis) произведена имъ второй разъ. Первый случай, о которомъ сообщалось уже въ Обществѣ, аналогиченъ настоящему. Вотъ краткія данныя о послѣднемъ: больная 27 лѣтъ, замужняя; имѣлись попытки къ совокупленію. У нея полное отсутствіе влагалища, зачаточная матка и такіе же яичники. У нея наблюдались мѣсячныя боли. Въ настоящее время (15 апрѣля 1893 г.) прошло 34 дня послѣ операціи. Въ настоящемъ случаѣ кожные лоскуты были взяты изъ кожи бедеръ. Образование полости будущаго влагалища, въ противность мнѣнію прежнихъ авторовъ, не трудно. Не надо вводить ни пальца въ прямую кишку, ни катетера въ мочевой пузырь, надо лишь попасть въ надлежащій слой клѣтчатки и хорошо раскрывать поле операціи соответственными подъемниками, крючками и зеркалами. Какъ выяснилось при обѣихъ произведенныхъ операціяхъ, удобнѣе всего брать лоскуты съ кожи бедеръ. Въ сообщенномъ сегодня случаѣ лоскуты оказались черезъ чуръ длинны (лѣвый—12 см., правый—10 см.) (см. вторую хромофотографическую таблицу). Вслѣдствіе этого пришлось лѣвый лоскутъ перегнуть въ глубинѣ вновь образованнаго влагалища. Эта часть лѣваго лоскута погибла, а правый лоскутъ прижилъ цѣликомъ. Повидимому, влагалище должно остаться достаточно объемистымъ. Разсматривая этотъ случай съ общепатологической точки зрѣнія, можно, мнѣ кажется, ожидать, что на мѣстѣ погибшей части лѣваго лоскута, гдѣ все же остались эпителиальные островки, произойдетъ разрастаніе эпителия; макроскопически это явленіе замѣтно и въ настоящее время. Если и получится мѣстами рубецъ, то онъ, по всей вѣроятности, будетъ мягокъ. Есть полное основаніе надѣяться, что образованное влагалище останется и не облитерируется, какъ то часто бываетъ послѣ операцій *Амюсса*.

Исторія „*четвертаго случая кольнопластики при defectus vaginae*“ (58) слѣдующая:

Лидія П—я, 19 лѣтъ, происходитъ изъ здоровой семьи. Дѣтства не помнитъ. По рассказамъ матери—въ возрастѣ 4—5 лѣтъ—у больной на половыхъ частяхъ было разрощеніе „дикаго мяса“, отъ котораго ее лечилъ мѣстный фельдшеръ.

Больна 5 лѣтъ. До этого времени была совершенно здорова. На 14 году—сильнѣйшія *molimina menstrualia*, которыя періодически стали повторяться еще въ болѣе рѣзкой степени. Регулы не появлялись.

Больная принята въ акушерскую клинику 26 октября 1892 года при слѣдующемъ состояніи:

П—я слабого тѣлосложенія, напоминаетъ дѣвочку 12—14 лѣтъ. Груды недоразвиты. Сердце, легкія и брюшные органы нормальны. Пигментація грудей и бѣлой

линии слабая. Наружные половые органы недоразвиты. Большие губы имеют рубцово измененные, белые, в виде складок, края. Клиторь очень мал, но эрегирруется; крайняя плоть похотника зарощена и переходит в две складки, которые представляют зачатки малых губ; уздечка клитора отсутствует. Отверстие мочеиспускательного канала на 1 сантиметр ниже головки клитора. Промежность ненормально высока, представляет рубцово измененную поверхность, особенно в верхней половине. Через брюшные стенки, глубоко в тазу, ощупывается тело, соответствующее матке на $2\frac{1}{2}$ мес. беременности.

Через прямую кишку, соответственно положению влагалища, прощупывается опухоль плотной консистенции, веретенообразной формы, величиною с куриное яйцо. На верхней периферии опухоли определяется довольно большая матка. По бокам матки отходят в стороны тяжи.

Диагноз: *atresia vulvae, atresia vaginalis, haematocolpos*.

Операция 2 ноября. Произведено расщепление атрезии. Сделан поперечный разрез на месте зарощенных наружных половых органов в 2 сантиметра; рана расширяется в поперечном направлении и вглубь пальцем и ножницами. Образован слепой канал в 4,5 сантиметра глубиной. При проколе опухоли троакаром — жидкости не получилось. Образованный мешок выполнен йодоформенной марлей.

Вторичная операция 8 ноября. Вновь образованный мешок покрыт грануляциями; длина его 4 сантиметра. Разрез в наружных половых органах увеличивается; ножом и тупым путем удается проникнуть в мешок *haematocolpos*, из которого вытекает черная, густая жидкость; полость соответствует верхнему отделу влагалища и занимает приблизительно $\frac{1}{10}$ часть его. Стенки полости гладкие, и зонд входит в полость еще на 4 сантиметра. В матку зонд не удается ввести. Вновь образованное влагалище имеет 6,5 см. длины. Общая емкость влагалищного канала не меньше емкости нормального влагалища у нерожавшей. Влагалище выполнено 6-ю полосками йодоформенной марли.

Послеоперационное течение безлихорадочное. Самочувствие больной все время хорошее.

Больная выписалась, при хорошем общем состоянии, на 18-й день после 2-й операции, и на 24-й день после первой. Стенки вновь образованного канала влагалища покрыты хорошими грануляциями. Введен для постоянного ношения стеклянный дренаж в 7 см. длиной; окружность открытого конца дренажной трубы — 7 см., глухого — 6 см.

В течение двух лет, протекших со времени операции, регулы появлялись через 4 недели по 3—4 дня; крови выделялись в различном количестве, иногда со сгустками. В первое время болей не было, но в последние месяцы регулы стали сопровождаться значительными болями — до и во время менструации. В общем, состояние больной улучшилось. Дренаж, который постоянно она носила, мало беспокоил ее.

18 сентября 1894 г. П—я вновь принята въ акушерскую клинику для кольпопластики, съ пересадкою лоскутовъ кожи въ искусственно образованное влагалище. Общее состояніе удовлетворительно и, сравнительно съ прежнимъ, улучшилось. Вѣсъ—46,8 кило. Легкія и сердце нормальны. Брюшные органы не измѣнены. Груды недоразвиты, соски малы, грудныя железы слабо развиты. Пигментация грудей и бѣлой линіи незначительна. Тазъ: D. sp. $22\frac{1}{2}$ ctm., D. cr. 26 ctm., D. troch. 30 ctm. Conj. ext. 17,75 ctm. Наружные половые органы недоразвиты. Промежность—2 ctm. На мѣстѣ влагалища имѣется каналъ, вмѣщающій трубку въ 3 ctm. въ діам. и 7 ctm. длины, окружностью 7 ctm. и 6 ctm. По удаленіи дренажа, нижняя часть канала не спадается, верхняя слегка спадается. Палецъ входитъ въ искусственное влагалище на $7\frac{1}{2}$ ctm., считая отъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала; отъ задней спайки—на $7\frac{3}{4}$ ctm. Стѣнка канала въ нижнемъ отдѣлѣ покрыта частью слизистой оболочкой, частью рубцомъ, верхній отдѣлъ представляетъ гранулирующую поверхность. Дно мѣшка на небольшихъ участкахъ покрыто, повидимому, слизистою оболочкою (полость haematocolpos'a). Наружный зѣвъ не отыскивается. Матка (черезъ влагалище и прямую кишку)—вправо и кзади (lateroversio dextra), невелика; нижній отдѣлъ ея непосредственно переходитъ въ дно искусственнаго влагалища. Влагалищная часть шейки отсутствуетъ. По бокамъ матки отходятъ напряженные тяжи къ боковымъ стѣнкамъ таза.

Съ 18 сентября по 27 октября (день операціи), никакихъ особенныхъ перемѣнъ въ состояніи больной не наблюдалось. Вѣсъ тѣла нѣсколько упалъ—съ 46,8 кило на 42,5 кило. Наблюдались два менструальныхъ періода, со всѣми особенностями менструаций; боли во время регулъ незначительны. Найдена на днѣ мѣшка кровотокающая точка—по всѣмъ вѣроятіямъ—наружный зѣвъ.

27 октября 1894 года произведена операція кольпопластики.

Асептическая обстановка. Введено во влагалище желобоватое зеркало. Вдоль лѣвой стѣнки влагалища сдѣланъ разрѣзъ глубиною въ 1 ctm. и длиною около 6 ctm. Разрѣзъ не доведенъ до дна влагалищнаго канала. Производится расщепленіе клѣтчатки въ поперечномъ направленіи посредствомъ пальца; клѣтчатка склерозирована. Получается слѣва полоса освѣженной поверхности, шириной въ 2 ctm. Подобный же разрѣзъ производится съ правой стороны, клѣтчатка расщепляется, освѣженная полоса справа—6 ctm. длины и до 2 ctm. ширины. Кровотеченіе умѣренное, остановлено перевязкой сосудовъ и обкалываніемъ. Приступлено къ вырѣзыванію кожныхъ лоскутовъ, прежде съ лѣвой стороны. Лоскутъ—длиною 6 ctm., шириною $2\frac{1}{2}$ ctm.—вырѣзанъ изъ кожи ягодицы; основаніе его образовано кожею большой губы. Лоскутъ отсепарованъ, по возможности, безъ подкожной клѣтчатки, повернуть вокругъ своей оси и, оставаясь своимъ основаніемъ въ связи съ большою губою, пришить по освѣженной поверхности къ лѣвой стѣнкѣ влагалища 5-ю тонкими шелковыми швами. Съ правой стороны лоскутъ взять въ 7 ctm. длины и 3 ctm. ширины, въ виду наклонности его къ сокращенію. Правый лоскутъ также завернуть во влагалище и пришить 5-ю шелковыми швами. Конецъ лоскута закругленъ, тогда какъ лѣвый вырѣзанъ прямоугольникомъ. Кожные

дефекты на ягодицахъ защиты непрерывнымъ матрацнымъ швомъ по способу *Михайлова*. Влагалище выполнено 3-мя полосками іодоформной марли. Операція продолжалась 1 ч. 45 м. Состояніе больной послѣ операціи удовлетворительное.

Послѣоперационное теченіе безлихорадочное. На шестой день вынуты тампоны, за исключеніемъ самаго внутренняго. Лоскуты оказались прижившими на всемъ протяженіи и представляли нормальную кожную поверхность, покрытую рѣдкими волосками. На 7-й день сняты швы съ лѣвой кожной раны на ягодицѣ; получилось первичное натяженіе. На 8-й день сняты швы съ правой кожной раны—также первичное натяженіе. Второго ноября открылись совершенно безболѣзненные регулы, продолжавшіяся до 8 ноября. Въ дальнѣйшемъ, производилась смѣна тампоновъ, съ методическимъ расширеніемъ тампонами канала влагалища. Самочувствіе больной все время хорошее.

Изслѣдованіе 22 ноября 1894 г. Наружныя половыя части представляютъ слабое развитіе. Большіе губы развиты слабо; въ своей нижней половинѣ онѣ переходятъ въ лоскуты, одѣвающие боковыя стѣнки влагалища, при чемъ онѣ служатъ основаніемъ для лоскутовъ. Мѣста перегибовъ лоскутовъ обозначаются небольшими выпуклостями. Кнаружи и книзу отъ мѣста перегиба, по внутреннимъ поверхностямъ ягодицъ, идутъ красныя линейныя рубцы отъ кожныхъ ранъ и слѣды швовъ. Длина лѣваго рубца $5\frac{1}{2}$ cm., праваго—6 cm. Длина половой щели—8 cm. Промежность 2 cm. На мѣстѣ влагалища находится каналъ, болѣе широкій въ нижнемъ отдѣлѣ и спавшійся въ верхней своей части. Каналъ довольно широкъ, боковыя стѣнки его покрыты кожными лоскутами, взятыми съ ягодицъ. Лоскуты имѣютъ видъ нормальныхъ кожныхъ покрововъ и сохранили покрывавшіе ихъ волосы. Правый лоскутъ шире лѣваго. Длина его— $4\frac{1}{2}$ cm., ширина—2 cm. Лѣвый лоскутъ длиннѣе праваго— $5\frac{1}{4}$ cm., ширина— $1\frac{1}{2}$ cm. Нижняя часть передней стѣнки искусственнаго влагалища, на протяженіи почти 3-хъ cm. покрыта слизистою оболочкою, которая съ обѣихъ сторонъ подходитъ къ кожнымъ лоскутамъ. Нижняя часть задней стѣнки влагалища на протяженіи $2-2\frac{1}{2}$ cm. вглубь покрыта рубцомъ, частью слизистою оболочкою. Верхнія части передней и задней стѣнокъ представляютъ гранулирующія поверхности. Вблизи нижняго края лѣваго лоскута замѣчается матовая полоска молодого эпителия. При введеніи зеркала, у верхушки лѣваго лоскута также замѣчается образованіе молодого эпителия. Въ глубинѣ мѣшка также, повидимому, существуютъ участки эпителиальнаго покрова, относящіеся къ бывшей полости haematocolpos'a.

Длина влагалища $6\frac{1}{2}$ cm., считая отъ отверстія мочеиспускательнаго канала; отъ задней спайки—7 cm. Введенный наконечникъ ирригатора нѣсколько уклоняется вверху налѣво. На разстояніи 4 cm. отъ отверстія мочеиспускательнаго канала палецъ ощущаетъ небольшое сѣуженіе просвѣта влагалища; верхній отдѣлъ, выше стриктуры отклоняется влѣво. Искусственно образованное влагалище свободно пропускаетъ зеркало малаго калибра. Средній размѣръ зеркалъ проводится также безъ особаго затрудненія. Дренажъ— $3\frac{1}{2}$ cm. діаметръ и 8 cm. окружность,—свободно входитъ до мѣста

суженія влагалища. Наружный зѣвъ не отыскивается. Влагалище тампонируется полосками іодоформной марли.

Такимъ образомъ, получился вполне удовлетворительный результатъ кольпопластики въ нижней половинѣ влагалища. Верхняя часть представляетъ суженіе, покрытое грануляціями, и, если не закроется отпрысками эпителия, то современемъ придется сдѣлать пересадку кожи, или слизистой оболочки по *Тиршу*.

Больная отпускается безъ дренажа, но должна явиться черезъ 2 мѣсяца обратно для дальнѣйшихъ наблюденій.

Въ статьѣ „*Операция colporoësis по видоизмѣненному способу*“ (59), авторъ сообщаетъ, что вопросъ объ операциі образованія искусственнаго влагалища (colporoësis) имѣетъ уже свою исторію въ Кіевскомъ Акушерскомъ Обществѣ. Въ 1877 г., по поводу демонстраці покойнымъ д-ромъ *Финкелемъ* больной съ зарощеніемъ влагалища и haematometra, большинство присутствовавшихъ тогда членовъ Общества заявило, что попытки къ образованію искусственнаго влагалища ни къ чему не ведутъ, а потому для больной гораздо выгоднѣе подвергнуться кастраціи, съ удаленіемъ мѣшка haematometrae. Въ 1888 г. д-ръ *Шалита* возбудилъ опять этотъ вопросъ, показавъ ту же больную, но уже выздоровѣвшую послѣ операциі, давшей истокъ содержимому haematometrae. Фактъ образованія въ данномъ случаѣ влагалища хирургическимъ путемъ былъ подтвержденъ, но Общество не согласилось съ толкованіемъ докладчика, по которому эпителий, выстилающій стѣнки искусственнаго влагалища, образовался повсемѣстно вновь изъ нѣсколькихъ пересаженныхъ участковъ слизистой оболочки. Предложены были другія толкованія, но фактъ остался фактомъ. Влагалище существовало, и больная, оперированная д-ромъ *Шалитою*, нѣкоторое время спустя забеременѣла и благополучно родила въ Кіевской акушерской клиникѣ.

Съ 1892 г. въ Кіевской акушерской клиникѣ начинаются попытки образованія искусственнаго влагалища, какъ при правильно развитой, такъ и при зачаточной маткѣ. Д-ръ *Сатъжко* на стѣнки вновь образованнаго канала пересадилъ лоскуты слизистой оболочки влагалища отъ другой больной, страдавшей выпаденіемъ матки. Результатъ получился неудовлетворительный. У проф. *Рейна* имѣется уже 7 наблюденій, съ болѣе или менѣе удачными результатами. Въ настоящемъ году вопросъ сталъ въ новую фазу: получились очень удачные результаты даже у больныхъ при зачаточной маткѣ. Больная, о которой идетъ рѣчь, была уже демонстрирована Обществу; у нея имѣлось полное отсутствіе влагалища и рудиментъ матки. Операциа сдѣлана 8 мѣсяцевъ тому назадъ—8 февраля 1897 года. Предметомъ настоящаго сообщенія служитъ только техника этой операциі и тѣ ея стороны, которыя могутъ быть показаны на данной больной.

Техника операциі преслѣдуетъ три цѣли: 1) образованіе канала, по положенію, формѣ и величинѣ соотвѣтствующаго, по возможности, нормальному влагалищу; 2) вы-

стилка стѣнокъ этого канала эпителиальнымъ покровомъ, и 3) удержаніе размѣровъ и формы вновь образованнаго влагалища, соотвѣтственно формѣ и нормальнымъ размѣрамъ этого органа.

Въ отношеніи перваго пункта достигнуть громадный прогрессъ. Еще не такъ давно этотъ моментъ операціи сопровождался большими техническими трудностями и опасностями инфекціи. Прокладка канала производилась осторожно, шагъ за шагомъ; операція иногда дѣлалась въ нѣсколько сеансовъ, что, въ свою очередь, увеличивало опасность. Въ настоящее время, благодаря тщательному изученію топографической анатоміи тазовой полости, усовершенствованію инструментовъ и методики гинекологическихъ операцій вообще, опасность миновала. Созданіе мѣшка представляетъ уже ничтожное затрудненіе. Поле операціи обнажается очень хорошо. Въ 10—15 минутъ можно образовать полость, свободно вмѣщающую большія влагалищныя зеркала, и больше,—до размѣровъ влагалища только что родившей женщины. При этомъ даже нѣтъ особой надобности прибѣгать къ руководству катетера, введеннаго въ мочевой пузырь, и пальца, введеннаго въ прямую кишку; работаютъ въ клѣтчаткѣ таза ножомъ, ножницами и тупыми инструментами, подъ руководствомъ глаза, раздвигая поле операціи различными подъемниками и крючками. Кровотеченіе умѣренное и останавливается наложеніемъ нѣсколькихъ лигатуръ. Слѣдовательно, задача образованія канала для искусственнаго влагалища можетъ считаться рѣшенною. У демонстрируемой больной образованъ былъ каналъ 10,5—11 см. длиною и соотвѣтственной ширины.

Второй моментъ операціи—выстилка стѣнокъ вновь образованнаго влагалища эпителиальнымъ покровомъ—вытекаетъ изъ того факта, что будучи предоставлены самимъ себѣ, стѣнки эти покрываются грануляціями, рубцуются, каналъ зарастаетъ и исчезаетъ самъ собою. Для покрытія стѣнокъ канала, пользовались различными способами. Д-ръ *Шалита* въ своемъ случаѣ сдѣлалъ пересадку слизистой оболочки изъ малыхъ и внутренней поверхности большихъ губъ небольшими кусочками подобно тому, какъ дѣлается пересадка кожи по способу *Reverdin'a*. Д-ръ *Самъжко* пересадилъ большіе куски слизистой оболочки изъ влагалища другой больной. *Küstner*, для пересадки, воспользовался слизистой оболочкою кишки, вырѣзанной въ хирургической клиникѣ за нѣсколько минутъ раньше. Докладчикъ въ данномъ случаѣ воспользовался не менѣе извѣстнымъ способомъ трансплантаціи кожныхъ участковъ изъ сосѣднихъ областей, съ поворачиваніемъ ножки вокругъ оси. Взяты были для выстилки канала 4 лоскута. Два нижнихъ—10×2,5 сант.—изъ ягодичныхъ областей и 2 верхнихъ—9×2—изъ внутреннихъ поверхностей большихъ губъ. Лоскуты послѣ отсепаровки не были отрѣзаны, а только заворочены во влагалище и пришиты къ подлежащей клѣтчаткѣ шелковыми швами, оставаясь въ связи со своей почвой посредствомъ ножки. Опытъ показываетъ, что лоскуты приблизительно такого размѣра приживаются наиболѣе совершенно. Болѣе длинныя лоскуты омертвѣваютъ, меньшихъ размѣровъ—недостаточны. Приживленіемъ этихъ лоскутовъ достигается вторая цѣль операціи. Въ нашемъ Акушерскомъ Обществѣ высказывалась мысль, что нѣтъ надобности сплошь выстилать сли-

зистой оболочкой стѣнки канала, а что достаточно перенести нѣсколько кусочковъ слизистой оболочки, которыя, разростаясь, дадутъ эпителиальный покровъ новообразованному влагалищу. Судя по нашимъ наблюденіямъ, едва-ли возможно сказать, чтобы эпителий могъ разростаться въ такой степени. Съ цѣлью опредѣлить, въ какой мѣрѣ можетъ разростаться эпителий отъ пересаженныхъ лоскутовъ, въ данномъ случаѣ были взяты изъ разныхъ мѣстъ вновь образованнаго влагалища кусочки слизистой, для микроскопическаго изслѣдованія. Изслѣдованіе производилъ проф. В. В. Подвысоцкій, который по поводу этого пишетъ мнѣ слѣдующее: „Эпителий пересаженныхъ кусковъ обрывается, и вслѣдъ за этимъ на остальной поверхности *нѣтъ эпителія*, а идетъ *рубцовая молодая ткань*, такъ что ни съ пересаженнаго куска, ни съ дна искусственно образованнаго влагалища, ни съ краевъ saccus vaginae ростки эпителія не пошли на грануляціонную ткань, да теперь и пойти не могутъ“. Отсюда нужно заключить, что у демонстрируемой больной участки влагалища, оставшіеся не покрытыми при пересадкѣ кожи, едва-ли впослѣдствіи покроются эпителиальнымъ слоемъ. Изслѣдованіе это тѣмъ не менѣе не умаляетъ достоинствъ описаннаго метода, такъ какъ въ немъ преслѣдуется именно та цѣль, чтобы сплошь покрыть кожей и слизистой оболочкой лишеныя эпителія стѣнки мѣшка, т. е., чтобы въ разрощеніи эпителія не было и надобности. Самая-же выстилка вполне достижима.

Третья и послѣдняя задача представляетъ изысканіе *мѣръ къ удержанію мѣшка* отъ спаденія, такъ какъ, не смотря на покрытіе стѣнокъ его эпителиемъ, природа все-таки уничтожаетъ этотъ мѣшокъ. Попытки въ этомъ направленіи дѣлаются въ Кіевской клиникѣ уже болѣе 10 лѣтъ. Больныя ходили цѣлыми годами съ каучуковыми и стеклянными дренажами, а въ концѣ концовъ полость все-таки выполнялась и сморщивалась, а приживленные лоскуты выпирались наружу, и дренажъ своей цѣли почти не достигалъ. Въ послѣднее время докладчикъ напалъ на мысль замѣнить цилиндрической дренажъ *стекляннымъ шаромъ*. Шаръ этотъ дѣлается изъ дутаго стекла, съ осевымъ каналомъ до $\frac{1}{2}$ сант. въ діаметрѣ, въ который продѣвается толстая шелковая лигатура, для удобства манипулированія съ нимъ. Шаръ вкладывается тотчасъ по окончаніи операціи. Въ первые дни послѣ операціи онъ служитъ для равномернаго прижатія пересаженныхъ лоскутовъ, а, слѣдовательно, и для болѣе совершеннаго ихъ приживленія, а затѣмъ онъ препятствуетъ зарощенію канала влагалища; грануляціи выпираютъ шаръ сверху, а мускулатура тазового дна обхватываетъ и удерживаетъ его снизу. Эти два давленія—одно сверху, другое снизу—совершенно уравниваютъ другъ друга, что показалъ опытъ, и влагалище удерживаетъ свои первоначальныя размѣры. Каналъ, пронизывающій шаръ, даетъ возможность безпрепятственному истеченію выдѣленій. У данной больной шаръ остается во влагалищѣ 8 мѣсяцевъ безъ всякихъ осложнений; она свободно его вкладываетъ и вынимаетъ обратно. Діаметръ шара 4,5—5 сант.; величина эта, какъ показала примѣрка на гинекологическихъ, нерожавшихъ больныхъ, наиболѣе цѣлесообразна.

У демонстрируемой больной новообразованное влагалище, произведенное по только

что изложенному методу докладчика, по величинѣ и формѣ, имѣетъ столь значительное сходство съ нормальнымъ, что, при бѣгломъ изслѣдованіи пальцемъ, трудно замѣтить разницу. Оно отличается отъ нормальнаго влагалища, главнымъ образомъ, тѣмъ, что въ нормальномъ влагалищѣ имѣются переднія и заднія складки (columna), здѣсь же таковыхъ нѣтъ, хотя на боковыхъ стѣнкахъ пересаженные лоскуты прощупываются тоже въ видѣ возвышеній, въ родѣ *columnae rugarum*. Искусственное влагалище имѣетъ сплошной эпителиальный покровъ—за исключеніемъ одного мѣста у дна—вверху и справа—величиною въ двухкопѣечную монету. Покровъ этотъ напоминаетъ таковой же въ нормальномъ влагалищѣ, но только нѣсколько измѣненномъ, какъ напр., при выпаденіи его стѣнокъ. Мѣстами замѣчается небольшое количество маленькихъ, тонкихъ волосковъ, растущихъ на пересаженныхъ кожныхъ лоскутахъ. *Со времени операціи форма и величина влагалища не измѣнились*, и есть основаніе допустить, что они не измѣнятся и въ будущемъ, тѣмъ болѣе, что шаровидный пессарій можно носить постоянно.

Въ такомъ видѣ влагалище можетъ выполнять свое назначеніе при актѣ совокупленія. Больная уже нѣсколько мѣсяцевъ имѣетъ супружескія отношенія и, по ея словамъ, а также по словамъ мужа, съ полнымъ половымъ удовлетвореніемъ какъ для мужа, такъ и для нея самой; какъ показалъ разпросъ, больная предается половымъ сношеніямъ даже съ излишествомъ. Общее состояніе здоровья оперированной вполне удовлетворительно, и она себя чувствуетъ вполне счастливою ¹⁾.

Заканчивая свое сообщеніе, проф. *Рейнъ* выразилъ, что наблюденія его, не смотря на столь благоприятные результаты, далеко не исчерпываютъ вопроса объ операціи образованія искусственнаго влагалища и что требуется еще не мало подобныхъ наблюденій, пока будетъ сказано послѣднее слово въ этомъ важномъ и чрезвычайно трудномъ вопросѣ. Далѣе, въ преніяхъ докладчикъ дополнилъ свои доводы въ пользу шаровиднаго пессарія слѣдующими соображеніями.

Шаровидная форма рассчитана именно на дѣйствіе мышцъ тазового дна, которыя удерживаютъ шаръ, безъ всякихъ приспособленій извнѣ, давленіемъ снизу, въ то время, когда процессъ рубцеванія тканей въ искусственномъ влагалищѣ оттѣсняетъ шаръ сверху—къ выходу изъ влагалища. вмѣстѣ съ тѣмъ шаровидная форма болѣе подходитъ и къ формѣ влагалища, которое у нерожавшихъ женщинъ, при растяженіи, получаетъ форму колбы, какъ въ этомъ можно убѣдиться, изслѣдуя пальцемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда жидкость, при спринцованіи, задерживается во влагалищѣ.



¹⁾ По свѣдѣніямъ, полученнымъ весною 1899 г., благоприятные результаты операціи остаются безъ измѣненія. У другой, подобной же больной, благоприятные результаты операціи отмѣчены черезъ 2 года послѣ операціи. Шаръ переносится хорошо. Ср. приложенные стереоскопическіе фотографическіе снимки.—Реф.

ХІІІ. Выворотъ матки.

60. **Н. В. Шуварскій.**—Случай излеченія двадцатилѣтняго выворота матки. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1892 г., т. 6, в. ХІ. Прилож. стр. 53 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
 61. **В. П. Жемчужниковъ.**—Случай выворота матки. Ibid. Прилож. стр. 83. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
 62. **Г. Назаретовъ.**—Случай выворота матки, съ выпаденіемъ ея и стѣнокъ влагалища, осложненный стельчатымъ фиброидомъ дна матки. Ibid. Прилож. стр. 89 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
 63. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Къ вопросу о сохраняющемъ леченіи выворота матки. Ibid. Прилож. стр. 98.
 64. **А. А. Редлихъ.**—Четвертый случай излеченія полного послѣродоваго выворота матки. Ibid. 1895 г. т. 8, в. ХVІ. Прилож. стр. 157 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
 65. **Д. А. Абуладзе.**—Пятый случай излеченія полного выворота матки. Ibid. 1898 г., т. 10, в. ХІХ. Прилож. стр. 3 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
-

Н. В. Шуварскій.—„Случай излеченія двадцатилѣтняго выворота матки“ (60). Въ октябрѣ 1891 года въ акушерскую клинику была принята дворянка Клавдія В. съ полнымъ выворотомъ матки, совсѣми его признаками. Больной 39 лѣтъ, менструируетъ она съ 14 лѣтъ, вышла замужъ на 18 году, родила на 20 году. Заболѣла со времени родовъ. Роды были очень быстры, и лишь послѣдовый періодъ немного затянулся, почему присутствовавшая при родахъ повитуха приступила къ удаленію послѣда: въ колѣно-локтевомъ положеніи роженицы повитуха потягивала за пуповину. Извлеченіе послѣда удалось, но послѣдовало огромное кровотеченіе. На 3—4 сутки послѣ родовъ, при испражненіи, у больной изъ половой щели выпало большое, окровавленное, мягкое тѣло. Призванный врачъ опредѣлилъ выворотъ матки. Послѣ многократныхъ попытокъ къ вправленію матки какъ на дому у больной, такъ и въ Тамбовской больницѣ, попытокъ, не приведшихъ къ излеченію, больная прекратила леченіе и, въ теченіе 19 лѣтъ, постоянно страдала почти безпрерывными кровотечениями. На 11 году заболѣванія одинъ извѣстный московскій гинекологъ предлагалъ больной отнятіе

вывороченной матки, но она не согласилась на операцию. Изъ года въ годъ силы больной все падали, общее состояніе все ухудшалось, такъ что она рѣшилась, наконецъ, обратиться за помощью въ Кіевскую Акушерскую Клинику. Здѣсь леченіе состояло въ примѣненіи введеннаго во влагалище кольпейринтера *Braun'a*, наполненіе котораго водою постепенно увеличивалось (въ полость кольпейринтера впрыскивалось отъ 300 до 500 граммовъ воды), и нѣсколькихъ попытокъ ручного вправленія матки подъ хлороформнымъ наркозомъ. Это леченіе, въ концѣ концовъ, въ теченіе мѣсяца привело къ излеченію больной. При кольпейризѣ, продолжительно примѣнявшемся, ясно была замѣтна все увеличивавшаяся наклонность матки къ вправленію. Когда дно матки ушло за наружный зѣвъ, края послѣдняго стали рыхлы и податливы, прежняя наклонность дна матки къ выпаденію исчезла, и ручнымъ приѣмомъ матка была окончательно вправлена подъ хлороформомъ. Ручной приѣмъ, примѣнявшійся проф. *Г. Е. Рейномъ*, состоялъ въ слѣдующемъ: введенная во влагалище лѣвая рука отдавливала дно матки кверху и кпереди; правая рука, помѣщаясь на брюшныхъ покровахъ, разминала и разглаживала приподнятую воронку выворота. Какъ только операторъ со стороны брюшной стѣнки опредѣлилъ отчетливо устье воронки выворота, то тотчасъ сталъ передвигать брюшную стѣнку сначала по передней окружности воронки, по направленію къ себѣ, и по задней—по направленію отъ себя, какъ бы выворачивая матку, подобно выворачиванію пальца въ перчаткѣ. Черезъ 13 минутъ отъ начала операціи вправленіе удалось. Больная была выписана изъ клиники вполне здоровой.

Авторъ считаетъ, по продолжительности существованія болѣзни, свой случай третьимъ въ извѣстной ему литературѣ послѣ случаевъ *Pate'a* (40 лѣтъ) и *Withe'a* (22 г.), гдѣ удалось вправить матку. Этиологія случая—неумѣлое веденіе послѣдоваго періода.

На основаніи какъ своего случая, такъ и собранныхъ авторомъ данныхъ о 244 случаяхъ выворота матки, приведенныхъ въ подробной таблицѣ, онъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Леченіе выворота, въ общемъ, дало до сего времени довольно высокій $\frac{0}{0}$ смертности. 2) Анамнестика послѣродового періода (въ смыслѣ присутствія или отсутствія послѣродового инфекціоннаго заболѣванія) имѣетъ большое значеніе для предсказанія результатовъ леченія выворота. 3) Большинство выворотовъ, съ различной давностію, излечиваются вправленіемъ. 4) Въ свѣжихъ случаяхъ предпочтителенъ способъ скорый—ручное вправленіе. 5) Въ случаяхъ съ хроническимъ теченіемъ кольпейризмъ—одинъ изъ лучшихъ способовъ. 6) Послѣродовой періодъ при выворотѣ служитъ противопоказаніемъ къ энергичному леченію, при отсутствіи жизненныхъ показаній. 7) При правильномъ и настойчивомъ примѣненіи кольпейриза удается, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, консервативный методъ леченія. Оперативное удаленіе органа остается для тѣхъ исключительныхъ случаевъ, гдѣ воронка выворота представляетъ старья, крѣпкія сращения.

Во время сообщенія въ Акушерскомъ Обществѣ авторъ демонстрировалъ многочисленные рисунки.

В. П. Жемчужниковъ.— „Случай выворота матки“ (61). Больная, мѣщанка, 27 лѣтъ, менструируетъ съ 15 лѣтъ, черезъ $3\frac{1}{2}$ недѣли, по 4—5 дней, безъ болей. Замужъ вышла на 22 году, беременна была 4 раза. Первые роды—4 года назадъ, легки, при вторыхъ, 3 года назадъ,—ручное извлеченіе послѣда повитухою. При третьихъ (1 марта 1889 г.) послѣдовый періодъ продолжался 8 часовъ, и присутствовавшій врачъ, по словамъ больной, опредѣлилъ приращеніе послѣда въ 3-хъ мѣстахъ. Четвертые роды—въ первыхъ числахъ мая 1891 года. Послѣдовый періодъ продолжался 2 часа. Послѣдъ удаленъ рукою (повитуха), послѣ чего—сильное кровотеченіе въ теченіе $\frac{1}{2}$ сутокъ. Приглашенный черезъ 3-е сутокъ врачъ опредѣлилъ выворотъ матки. До января 1892 года больная страдала періодическими кровотечениями. Въ январѣ 1892 года, по совѣту врача, обратилась въ Кіевскую Акушерскую Клинику, куда и была принята 28 января 1892 года. Распознаваніе: полный выворотъ матки, со всѣми его симптомами (между прочимъ,—зондированіе фаллопиевыхъ трубъ). Въ виду кровотеченія, больной назначены горячія спринцованія (40° R.), ледъ на животъ, спорынья, тампонада влагалища. Такое леченіе—до 2 февраля 1892 г., когда кровотеченіе прекратилось. Далѣе, и въ этомъ случаѣ, какъ и въ предыдущемъ, леченіе велось по такому-же плану: кольпейризь, попытки къ ручному вправленію. Черезъ 15 дней отъ начала леченія—полное выздоровленіе. При этомъ надо замѣтить, что такой результатъ достигнутъ въ данномъ случаѣ, лишь благодаря кольпейризу, такъ какъ попытки ручного вправленія, а также зашиваніе наружнаго зѣва шейки, послѣ того какъ дно матки ушло выше его, по *Emmel'u*, не привели къ окончательной цѣли.

Г. Назаретовъ. „Случай выворота матки съ выпаденіемъ ея и стѣнокъ влагалища, осложненный стебельчатымъ фиброидомъ дна матки“. (62). Больная крестьянка Агрипина П., 44 лѣтъ. Менструируетъ съ 16 лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 6—7 дней, безъ болей. Вышла замужъ на 19 году. Беременна была 8 разъ, всѣ беременности окончились срочными, нормальными родами. Первые роды—на 19 году, послѣдніе—на 38-мъ. Послѣродовые періоды нормальны. Съ 41-го года жизни появились періодическія кровотечения—черезъ 2 недѣли, продолжавшіяся по 3 недѣли. За три мѣсяца до поступленія въ клинику кровотечения смѣнились обильными бѣлыми; два мѣсяца тому назадъ больная, во время испражненія, почувствовала, какъ что-то точно опустилось изъ живота въ половые органы, и ощупала пальцемъ во влагалищѣ какое-то бугристое тѣло, принятое ею за опустившуюся матку. Пять недѣль тому назадъ, при попыткахъ къ мочеиспусканію, которое было затруднено, изъ половой щели показалось какое-то круглое тѣло. Призванная къ испуганной больной повитуха сочла это тѣло за головку рождающагося младенца и изо всѣхъ силъ стала тянуть за него. Вслѣдъ за шарообразнымъ тѣломъ изъ половой щели было вытянуто, соединенное съ первымъ, другое тѣло грушевидной формы, но удалить оба эти тѣла изъ половыхъ органовъ больной повитухѣ не удалось. Больная испытывала сильныя боли въ животѣ и въ ногахъ и черезъ двѣ недѣли послѣ этого случая обратилась въ Остерскую земскую

больницу. Здѣсь врачи опредѣлили полный выворотъ матки, на днѣ которой помѣщается новообразованіе, и посовѣтовали обратиться въ клинику. Распознаваніе: полный выворотъ матки съ выпаденіемъ матки и влагалища, подслизистый стебельчатый фиброидъ дна матки величиною съ дѣтскую головку (См. рис. 26).



Рис. 26. Выворотъ матки съ выпаденіемъ ея, осложненный подслизистымъ фиброидомъ на днѣ матки. Слизистая оболочка вывороченной матки изъязвлена.

Сначала у больной была удалена опухоль, а затѣмъ леченіе было направлено къ устраненію выпаденія и выворота матки. Съ этою цѣлю была назначена тампонада іодоформною марлею и обеззараживающія спринцованія влагалища, при полномъ покоѣ больной въ постели, а затѣмъ сдѣлана попытка къ ручному вправленію матки. Попытка эта не увѣнчалась полнымъ успѣхомъ, и матка осталась вывороченною до внутренняго зѣва. 17-го декабря 1885 г., въ виду зимнихъ каникулъ и сильнаго истощенія больной, она была выписана изъ клиники, съ неполнымъ выворотомъ матки, безъ выпаденія

последней, при чемъ ей данъ былъ совѣтъ явиться въ клинику черезъ нѣкоторое время опять, для продолженія леченія. Больная болѣе въ клинику не являлась, но, по свѣдѣнїямъ, полученнымъ отъ мѣстнаго врача, черезъ годъ, при изслѣдованїи, выворотъ оказался произвольно вправившимся.

Сообщеніе сопровождалось демонстраціею акварельныхъ рисунковъ и микроскопическаго препарата.

Проф. Г. Е. Рейнъ—„Къ вопросу о сохраняющемъ способѣ леченія выворота матки“ (63) (Статья печатается полностью).

„Въ дополненіе къ выслушаннымъ сегодня тремъ докладамъ изъ нашей клиники—д-ровъ Шуварскаго, Жемчужникова и Назаретова (см. выше, стр. 159—163), имѣю честь сообщить нѣсколько соображеній относительно леченія выворота матки.

Въ настоящее время мы лечимъ выворотъ, или сохраняя больной органъ и восстанавливая его утерянную анатомическую форму, или-же удаляя его изъ организма и тѣмъ освобождая больную отъ тяжелыхъ припадковъ, вызываемыхъ болѣзнію. Безъ сомнѣнїя, сохраняющій способъ только одинъ удовлетворяетъ идеальной цѣли врача—радикальному излеченію больной, между тѣмъ какъ оперативное удаленіе органа, существенно уродуя больную, въ то же время имѣетъ значеніе какъ-бы только симптоматическаго леченія.

Истина эта признана всѣми, но далеко не всегда попытки вправленія выворота увѣнчивались успѣхомъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ они служили источникомъ серьезныхъ заболѣваній и даже смертельныхъ исходовъ (около 5% смертн. по статистикѣ Шуварскаго). Обстоятельство это съ одной стороны, а съ другой—поразительные успѣхи, достигнутые при оперативномъ удаленіи матки, повели къ тому, что сохраняющій способъ примѣняется нынѣ не столь часто и не столь настойчиво, какъ онъ этого заслуживаетъ. Между прочимъ и нашей больной, съ двадцатилѣтнимъ выворотомъ матки, было посовѣтовано, по ея словамъ, однимъ изъ выдающихся русскихъ гинекологовъ, оперативное удаленіе органа. Признаюсь, что и самъ я, приступая къ леченію этого случая, мало надѣялся на удачу сохраняющаго способа и только считалъ своею обязанностью начать леченіе съ попытокъ вправленія, въ случаѣ-же неудачи ихъ, тогда же рѣшиться удалить больной органъ.

Въ настоящее время, на основаніи своихъ 3-хъ удачныхъ случаевъ, а также на основаніи литературныхъ данныхъ и нѣкоторыхъ теоретическихъ соображеній, я считаю, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, при настойчивомъ и осторожномъ примѣненіи сохраняющаго леченія, оно должно удасться, и оперативное леченіе остается лишь для крайне рѣдкихъ случаевъ, какъ исключеніе.

Разсмотримъ прежде всего, при какихъ условїяхъ можетъ произойти столь рѣзкое измѣненіе формы матки, какое мы имѣемъ при ея выворотѣ. Понятно, что если мы выяснимъ точнѣе условія, при которыхъ возможно происхожденіе выворота матки, мы

тѣмъ самымъ облегчимъ себѣ пріисканіе средствъ для устраненія этого страданія. Это наиболѣе правильный путь для раціональной терапіи, и, поступая такъ, мы подражаемъ хирургу, который при вывихѣ конечности, только тогда можетъ вѣрно и легко вправить его, когда онъ хорошо уяснить себѣ механизмъ происхожденія даннаго вывиха и приведетъ конечность въ то самое положеніе и вообще въ тѣ условія, въ какихъ она находилась въ моментъ вывиха.

Обращаясь къ маткѣ, мы прежде всего убѣждаемся, что анатомическое строеніе этого органа дѣлаетъ возможнымъ происхожденіе выворота только при извѣстныхъ условіяхъ. Клиника указываетъ, что выворотъ матки можетъ послѣдовать только во время родовой дѣятельности и притомъ въ періодѣ изгнанія послѣда; въ очень рѣдкихъ случаяхъ выворотъ наблюдается по окончаніи родовъ, но и въ нихъ можемъ допустить, что, вслѣдствіе остановившагося обратнаго развитія матки, взаимныя отношенія мускулатуры тѣла и шейки матки остались, въ общемъ, такими же, какими были при родахъ ¹⁾).

При этомъ не важно, какое содержимое будетъ рождать, или изгонять изъ себя матка—яйцо (акушерскій выворотъ), или подслизистое новообразованіе (гинекологическій выворотъ). Необходимо только, чтобы вывороту предшествовали сокращенія мышечныхъ волоконъ матки извѣстнаго характера, извѣстной продолжительности и извѣстной силы, на подобіе того, какъ для происхожденія инвагинаціи кишекъ необходимы извѣстнаго характера, извѣстной продолжительности и извѣстной силы сокращенія мускулатуры кишечной стѣнки.

Разсматривая ближе механизмъ сократительной дѣятельности матки, въ періодѣ изгнанія плода и послѣда, припомнимъ остроумную теорію Schröder'a о распадѣ полового канала, при родахъ, на 2 отдѣла: полую мышцу и выходную родовую трубку. Эта теорія, въ фактической вѣрности которой всякій можетъ убѣдиться, легко объясняетъ намъ и возможность выворота матки, при извѣстныхъ благопріятствующихъ условіяхъ. Очевидно, механизмъ происхожденія выворота, по существу, одинъ и тотъ же какъ при акушерскомъ выворотѣ, такъ и при гинекологическомъ. При столь значительномъ расширеніи нижняго сегмента матки, шейки матки и влагалища и при столь значительномъ истонченіи и вялости стѣнокъ выходной родовой трубки, какую мы имѣемъ иногда во время рожденія, или тотчасъ по рожденіи плода или подслизистаго новообразованія, всякое болѣе или менѣе значительное влеченіе, приложенное къ внутренней поверхности матки, въ области ея дна, можетъ произвести выворотъ матки, если мускулатура полой мышцы будетъ въ разслабленномъ, атоническомъ состояніи во время дѣйствія влекущей силы. Влеченіе можетъ производиться или рукою помогающаго персонала непосредственно за пуповину, или за дѣтское мѣсто, или же самою тяжестью изгоняемаго дѣтскаго мѣста или подслизистаго новообразованія и т. п. Въ нашемъ случаѣ гинекологическаго выворота, описанномъ д-ромъ *Назаретовымъ*, грубое влеченіе производилось за родившуюся опухоль, послѣ того какъ нижній сег-

¹⁾ Ср. *Schultze*. Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. 1881, p. 220—221.

ментъ матки былъ соотвѣтственнымъ образомъ подготовленъ предшествовавшей въ теченіе нѣсколькихъ дней родовой работою.

Если изложенное разсужденіе вѣрно, то и планъ леченія выворота совершенно ясенъ. Въ случаяхъ свѣжаго выворота, пока еще истонченіе выходной родовой трубки имѣется на лицо, немедленное ручное вправленіе должно повести къ успѣху. Въ случаяхъ застарѣлаго выворота, необходимо сначала соотвѣтственнымъ образомъ подготовить родовой каналъ, именно, по возможности, вызвать въ немъ ту-же самую координированную сократительную дѣятельность мышечныхъ волоконъ матки, то-же самое распаденіе на полую мышцу и выходную родовую трубку, какое было въ моментъ происхожденія даннаго выворота. Только послѣ этого подготовительнаго леченія можно прибѣгнуть, съ успѣхомъ, къ вправленію.

Клиническій опытъ доказываетъ намъ, что означеннымъ показаніямъ удовлетворить вполнѣ возможно, по крайней мѣрѣ на столько, что вправленіе удастся даже черезъ 20 лѣтъ по происхожденіи выворота.

Однимъ изъ лучшихъ средствъ для этого является тампонада влагалища. Можетъ быть, для этой-же цѣли пригодны электричество и массажъ. Что тампонадою влагалища возможно вызвать, рефлекторнымъ путемъ, координированныя сокращенія мускулатуры половой трубки, доказываетъ повседневный клиническій опытъ, напр., при леченіи выкидыша. При выворотѣ матки тампонада влагалища еще болѣе дѣйствительна, такъ какъ въ этомъ случаѣ давленіе тампона дѣйствуетъ не только на нервныя окончанія, заключенныя въ стѣнкахъ влагалища, а также на нервы и узлы тазовыхъ сплетеній, но и на нервныя окончанія слизистой оболочки вывернутой матки. Другими словами, тампонируя влагалище при выворотѣ матки, мы производимъ тампонаду и влагалищную, и какъ-бы внутриматочную, которая, какъ извѣстно, еще болѣе дѣйствительна.

Но помимо апріорныхъ теоретическихъ соображеній, самое клиническое наблюденіе нашихъ трехъ больныхъ привело меня къ тому же самому объясненію дѣйствія тампона. Дѣйствительно, больныя, по введеніи тампона, помимо тупой боли отъ давленія тампона, жаловались на схваткообразныя боли, совершенно другого характера, живо напоминающія родовыя боли. Далѣе, половая трубка, послѣ нѣсколькихъ дней дѣйствія тампона, при внутреннемъ изслѣдованіи, рѣзко напоминала половую трубку рожавшей женщины и по своей формѣ, и по обилію отдѣленій. Нижній сегментъ матки представлялся разрыхленнымъ и истонченнымъ, а, послѣ частичнаго вправленія матки, наружный зѣвъ удивительно напоминалъ отношенія, наблюдаемая при родахъ (Ср. ниже, рис. 28 и 29). Края зѣва представлялись истонченными почти въ бумажный листъ, и зѣвъ, послѣ перехода полнаго выворота въ неполный, т. е. послѣ того, какъ дно матки скрывалось за наружнымъ зѣвомъ, не только не продолжалъ расширяться, при дальнѣйшемъ дѣйствіи тампона, что должно было быть наблюдаемо, если-бы дѣйствіе тампона было чисто механическое, а, наоборотъ, нерѣдко спадался, и незадолго до вправленія діаметръ его равнялся 20-коп. серебряной монетѣ. Для полной аналогіи съ родами, не

лишне упомянуть, что незадолго до вправления приходится вводить въ кольпейринтеръ около 500 куб. сант. жидкости, т. е. количество, при которомъ наибольшая окружность кольпейринтера равняется 34—35 ст., а объемъ приблизительно равняется головкѣ новорожденнаго. Замѣчателенъ также фактъ, описанный въ наблюденіи *Жемчужникова*, свидѣтельствующій о динамическомъ дѣйствіи тампона: въ то время, какъ наполненіе тампона до 520 куб. с. не повело къ вправленію выворота, послѣдній вправился, нѣсколько дней спустя, при наполненіи кольпейринтера до 410 куб. сант.

Правда, кромѣ описаннаго динамическаго дѣйствія тампона, нельзя отрицать и чисто механическаго его дѣйствія—въ смыслѣ проталкиванія дна матки по направленію кверху,—но это дѣйствіе представляетъ лишь нѣкоторый плюсъ, помогающій динамическому дѣйствію тампона. Какъ въ моментъ происхожденія выворота, кромѣ распада родоваго канала на полуую мышцу и выходную родовую трубку, необходимъ еще извѣстный плюсъ—въ формѣ влеченія за пуповину или тяжести опухоли (а иначе выворотъ встрѣчался бы гораздо чаще),—такъ и при вправленіи выворота такой же плюсъ дается механическимъ давленіемъ тампона на дно матки по направленію кверху. Иногда этотъ же плюсъ дается давленіемъ руки при ручномъ вправленіи, которое обыкновенно и удается послѣ того, какъ тампонъ создалъ необходимыя подготовительныя условія. Во всякомъ случаѣ, какъ мнѣ кажется, динамическому дѣйствію тампона принадлежитъ первое мѣсто при вправленіи выворота.

Понятнымъ становится для тѣхъ случаевъ, гдѣ предварительная тампонада не примѣнялась, какія громадныя усилія нужно было примѣнять для вправления выворота, какіе грубые приемы употреблять для этого и какіе грубые инструменты придумывать, въ замѣнъ ручного вправления, и, наконецъ, съ какою опасностію для цѣлости органа и для жизни больной, способы эти были примѣняемы! Притомъ, едва ли можно сомнѣваться, что $\frac{0}{0}$ неуспѣховъ и $\frac{0}{0}$ смертности, выведенные изъ опубликованныхъ въ литературѣ данныхъ, еще далеко ниже дѣйствительности.

Я полагаю, что и тамъ, гдѣ вправленіе въ одинъ сеансъ въ хроническихъ случаяхъ удавалось, возможно допустить то же объясненіе, какое мы даемъ для случаевъ, вправленныхъ при помощи тампона. Здѣсь также вызываются активныя, координированныя сокращенія мускулатуры матки или при введеніи полной руки во влагалище, или при давленіи рукою или инструментами на вывороченную слизистую оболочку матки. Особенно такое объясненіе умѣстно для случаевъ болѣе свѣжихъ, а также для тѣхъ, гдѣ попытки ручного вправления были неустанно продолжаемы въ теченіе нѣсколькихъ часовъ подъ рядъ, какъ напр., 5 часовъ въ одномъ изъ случаевъ *Emmet'a*. Въ этомъ случаѣ, очевидно, было вполне достаточно времени для распада родоваго канала на полуую мышцу и выходную родовую трубку, ибо время вправления было больше, чѣмъ бываетъ иногда самая продолжительность родовъ у многороженицъ.

Равнымъ образомъ и самопроизвольное вправленіе выворота (*Spiegelberg* и др.) трудно объяснить безъ активныхъ, координированныхъ сокращеній матки.

Прошу извиненія предъ читателемъ за столь подробное изложеніе своего взгляда на теорію дѣйствія тампона при выворотѣ, но полагаю, что только при точномъ и ясномъ пониманіи механизма дѣйствія этого благодѣтельнаго средства мы будемъ въ состояніи болѣе сознательно, а потому и съ большимъ успѣхомъ, примѣнять его у постели больной.

Какимъ образомъ тампонировать, въ сущности безразлично. Однако, въ виду того, что тампонада въ застарѣлыхъ случаяхъ должна производиться долго и настойчиво, повидимому, всего удобнѣе воспользоваться кольпейринтеромъ, наполненнымъ жидкостью. Кольпейринтеръ имѣетъ слѣдующія преимущества предъ другими видами тампонады:

1. Легко содержится въ асептическомъ состояніи;
2. Легко, скоро и безболѣзненно вводится;
3. Объемъ его легко и скоро можетъ быть уменьшенъ и увеличенъ, что даетъ возможность совершать больной мочеиспусканіе и испражненіе, не вынимая тампона.
4. Легко и точно можно градуировать давленіе.
5. Давленіе баллона, наполненнаго жидкостью, отличается бѣльшею силою и постоянствомъ.

Относительно подробностей техники кольпейриза при леченіи выворота матки, а также относительно техники вправленія, не стану повторяться, а обращаю вниманіе читателя на предшествующія статьи гг. *Шуварскаго*, *Жемчужникова* и *Назаретова* и на прекрасные рисунки, помѣщенные въ подлинной статьѣ *Шуварскаго*. Въ статьяхъ этихъ приведены точныя выписки изъ клиническихъ дневниковъ и протоколовъ, настолько подробныя, чтобы всякій изъ товарищей, въ практикѣ которыхъ встрѣтится застарѣлый выворотъ матки, могъ легко повторить сдѣланныя нами наблюденія и опыты, видоизмѣняя ихъ и совершенствуя, сообразно особенностямъ даннаго случая. Въ первомъ нашемъ случаѣ мы нѣсколько блуждали, а въ послѣднихъ наблюденіяхъ, особенно въ наблюденіи третьемъ, шли уже нѣсколько болѣе смѣло и увѣренно, а потому и самое излеченіе достигнуто было скорѣе и съ меньшими лишеніями для больной.

Несомнѣнно, что впослѣдствіи, когда кольпейризь получитъ болѣе частое примѣненіе при леченіи выворота, выработаются еще и болѣе вѣрныя, и простые приемы, при его примѣненіи, разъ только будутъ усвоены сознательно фізіологическія основы этого метода. Но и въ существующей стадіи развитія даннаго вопроса способъ тампонады столь простъ, безопасенъ и легко исполнимъ при всякой обстановкѣ, что доступенъ и въ частной, и въ земской практикѣ. Необходима только большая осторожность въ постепенномъ наполненіи баллона жидкостью, чтобы придавливаніе тканей и органовъ малаго таза производилось постепенно и съ надлежащими паузами, а также необходимо держать какъ самый баллонъ, такъ и влагилице строго асептически.

При такихъ условіяхъ, кольпейризь, удовлетворяя и теоретическимъ соображе-

ніямъ и даннымъ клиническаго опыта, долженъ занять первое мѣсто въ леченіи выворота матки. Ручное вправление можетъ примѣняться для ускоренія леченія. Временное сшиваніе наружнаго зѣва по Emmet'у тоже можетъ быть испытано, при обстоятельствахъ, подобныхъ описаннымъ въ наблюденіи г. *Жемчужникова*, т. е. тамъ, гдѣ, по превращеніи полнаго выворота въ неполный, надо дать стѣнкамъ влагалища временный отдыхъ отъ давленія кольпейринтера, не теряя въ то же время достигнутаго успѣха. При этомъ тѣло вывороченной матки, помѣщаясь въ каналъ шейки, можетъ служить возбудителемъ рефлекторныхъ сокращеній матки, результатомъ которыхъ можетъ явиться и самопроизвольное вправление выворота (случай Emmet'a).

Также представляется желательнымъ комбинировать тампонаду влагалища съ электричествомъ и массажемъ и съ внутреннимъ употребленіемъ препаратовъ спорыньи. Всѣ эти средства тоже удовлетворяютъ причинному показанію, вызывая активныя сокращенія въ мускулатурѣ родовой трубки.

При тампонадѣ и употребленіи всѣхъ упомянутыхъ вспомогательныхъ средствъ можно, мнѣ кажется, почти во всѣхъ случаяхъ выворота матки достигъ радикальнаго излеченія, по сохраняющему способу.

Но можетъ ли встрѣтиться необходимость въ оперативномъ удаленіи вывороченной матки?

Конечно, не опасность самой операціи можетъ насъ удерживать отъ операціи. Операція удаленія вывороченной матки, произведенная по типу полной экстирпаціи матки при ракъ, не представляетъ никакихъ серьезныхъ затрудненій, при современной техникѣ. Нѣтъ сомнѣній, что вычисленные *Шуварскимъ* 10⁰/₀ смертности послѣ удаленія вывороченной матки въ антисептической періодъ, представляютъ цифру слишкомъ высокую, и, по всей вѣроятности, объясняются или несовершенствомъ техники, или посторонними осложненіями, не имѣвшими прямого отношенія къ самой операціи. Цифра эта, если основываться на полученныхъ въ настоящее время результатахъ, при удаленіи раковой матки, должна быть уменьшена, примѣрно въ 5—10 разъ.

Тѣмъ не менѣе, удаленіе матки, при выворотѣ, должно быть нынѣ примѣняемо, какъ весьма рѣдкое исключеніе. Сюда могутъ быть отнесены только тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ вправление абсолютно невозможно, при самомъ тщательномъ, настойчивомъ и терпѣливомъ примѣненіи всѣхъ методовъ вправления.

Неустранимое препятствіе для вправления могутъ представить старыя, крѣпкія сращения между прилегающими сывороточными поверхностями стѣнокъ матки въ воронкѣ выворота. Къ счастью такія сращения весьма рѣдки (4 случая въ статистикѣ *Шуварскаго*). А priori казалось бы, что они должны были бы встрѣчаться чаще, и объяснить отсутствіе продуктовъ воспаленія въ воронкѣ выворота не легко. Быть можетъ, выживаютъ только тѣ больныя съ выворотомъ матки, которыя не были инфицированы во время родовъ. Тѣ же, у которыхъ къ тяжелому состоянію ихъ, харак-

теризующему выворотъ, присоединяются воспалительныя явленія въ послѣродовомъ періодѣ, погибають, вѣроятно раньше, чѣмъ выворотъ сдѣлается предметомъ леченія для врача.

Какая-бы то ни была тому причина, но фактъ отсутствія непреодолимыхъ срощеній въ воронкѣ установленъ твердо даже для большинства такихъ случаевъ, гдѣ выворотъ существуетъ десятки лѣтъ. Я полагаю даже, что если хроническій выворотъ матки и осложненъ воспалительными продуктами въ самой воронкѣ или въ маломъ тазу, но не въ очень сильной степени, то и это еще не составляетъ абсолютнаго противопоказанія къ сохраняющему способу леченія выворота. Въ этихъ случаяхъ леченіе массажемъ, предпосланное собственно вправленію, можетъ сдѣлать послѣднее вполне возможнымъ.

Только при срощеніяхъ очень старыхъ, очень крѣпкихъ и очень распространенныхъ, на подобіе тѣхъ, которыя встрѣчаются въ тазу при чревосѣченіяхъ, или на вскрытіяхъ при старыхъ перегибахъ матки назадъ, и при попыткахъ отдѣленія которыхъ скорѣе рвется подлежащая ткань, чѣмъ самыя срощенія, можетъ быть показано оперативное удаленіе вывороченной матки. Приступить къ операціи можно только послѣ продолжительнаго, безуспѣшнаго леченія массажемъ, тампонадой, электричествомъ и попытками ручного вправленія. Анамнезъ послѣродоваго періода можетъ дать намъ возможность, какъ справедливо указываетъ *Шуварскій*, предполагать присутствіе этихъ старыхъ воспалительныхъ продуктовъ.

Равнымъ образомъ, показаніемъ къ оперативному удаленію органа можетъ послужить случайное раненіе матки при ручномъ вправленіи, какъ это было въ одномъ изъ случаевъ *В. В. Сутугина* ¹⁾. Но и въ этихъ случаяхъ если раненіе не очень распространенное, можно его зашить, выждать заживленія раны и затѣмъ приступить вновь къ леченію выворота по сохраняющему способу. (Ср. случай, описанный *Назаретовымъ*).

Вообще, по мѣрѣ распространенія среди массы врачей принциповъ сохраняющаго способа при леченіи выворота, мы все рѣже и рѣже будемъ вынуждены прибѣгать къ удаленію органа, въ сущности здороваго, но только измѣнившаго временно свою форму. Глубоко-пораженною при выворотѣ оказывается только слизистая оболочка матки, но способность ея къ возрожденію всѣмъ извѣстна даже послѣ полного ея удаленія оперативнымъ путемъ. Этимъ объясняется и возможность беременности послѣ вправленія даже самыхъ старыхъ выворотовъ матки (*Marion Sims, Tylor-Smith* и другіе) ²⁾.

Въ Кіевской Акушерской Клиникѣ изъ 5 случаевъ, наблюдавшихся до 1883 г., въ 4 случаяхъ было примѣнено проф. *А. П. Матвѣевымъ* удаленіе вывороченной матки, и

¹⁾ Врачъ, 1890 г. стр. 381.

²⁾ Одна изъ больныхъ, леченныхъ въ Кіевской Акушерской Клиникѣ по изложенному здѣсь, сохраняющему способу, тоже забеременѣла впоследствии и родила благополучно.—Реф.

только въ одномъ случаѣ выворотъ былъ вправленъ. Съ 1883 г. по 1892 г. въ этой же самой клиникѣ всѣ три наблюдавшіеся мною случаи были излечены по сохраняющему способу.

А. А. Редлихъ.—*„Четвертый случай излеченія полного послѣродового выворота матки“* (64). П. Р., 20 лѣтъ, крестьянка, уроженка Черниговской губерніи. Первыя регулы получила на 16-мъ году, черезъ 4 недѣли, по 3—4 дня; на 17-мъ году вышла замужъ за 26-и лѣтняго здороваго мужчину и на 19-мъ году забеременѣла. Беременность окончилась срочными родами, которые были скорые и длились около 10-и часовъ. Ребенокъ родился головкой, при очень сильныхъ боляхъ и въ стоячемъ положеніи роженицы. Тотчасъ по рожденіи ребенка, показалось сильное кровотеченіе, заставившее больную лечь въ кровать, а спустя часъ послѣ родовъ, при сильныхъ натугахъ, вышло дѣтское мѣсто, безъ посторонней помощи, и изъ половой щели показалась опухоль величиною въ два кулака.

Приглашенная повитуха, а впослѣдствіи земскій врачъ и акушерка вправили опухоль, послѣ чего она уже не показывалась изъ половой щели, но кровотеченіе не остановилось, и больная поступила въ земскую больницу г. Глухова, откуда, не получивъ облегченія, выписалась, а, спустя годъ, пріѣхала въ г. Кіевъ для операціи въ клиникѣ.

Жалобы больной, при поступленіи въ клинику, въ осеннемъ полугодіи 1892 года, состояли въ слѣдующемъ: постоянныя кровотеченія, боли внизу живота, затрудненное мочеиспусканіе, запоры, плохой сонъ и аппетитъ, исхуданіе и общая слабость.

Больная средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія. Органы грудной и брюшной полостей не представляютъ измѣненій, вѣсъ 59,1 kilo, сильное малокровіе. Лихорадитъ незначительно—до 37,9 С. по вечерамъ. Тазъ: D. tr. 31, D. cr. 27, D. sp. 25, С. ext. 18,5.

Брюшныя стѣнки дряблы, содержатъ умѣренное количество жира, на нихъ находятся бѣлые рубцы—слѣды бывшей беременности. Половая щель зияетъ, вслѣдствіе стараго разрыва промежности, остатокъ которой равенъ $1\frac{1}{2}$ см.; наружныя половыя органы развиты правильно, измѣненій не представляютъ, слизистая входа во влагалище блѣдна, влагалище объемисто. На разстояніи 3 см. отъ отверстія мочеиспускательнаго канала палецъ ощупываетъ эластическое тѣло величиною болѣе крупнаго яйца, шарообразной формы, нѣсколько сплющенное въ передне-заднемъ размѣрѣ, съ гладкой поверхностью. Кверху это тѣло постепенно суживается и вокругъ своего основанія имѣетъ валикообразную кайму, шириною около $\frac{3}{4}$ см.—остатокъ истонченной шейки матки, не принявшей участія въ выворотѣ. Дно матки на обычномъ мѣстѣ ощупать не удастся, между тѣмъ какъ при комбинированномъ изслѣдованіи пальцы выше основанія опухоли сходятся; воронка выворота не ощупывается. При введеніи зеркалъ, во влагалище показывается тѣло яйцевидной формы съ гладкой, сѣтчатой, яркочерной,

кровооточащей поверхностью, которое низводится до половой щели, и тогда опредѣляются отверстія фаллопиевыхъ трубъ, пропускающія тонкій анатомическій зондъ на глубину $3\frac{1}{2}$ см.

Діагнозъ: *Полный послѣродовой выворотъ матки.*

Леченіе продолжалось три недѣли, при чемъ были примѣнены: кольпейризмъ влагалища, двѣ попытки ручного вправленія, временное зашиваніе зѣва по *Эммету*, тампонація полости матки, по превращеніи полного выворота въ неполный, и кольпейризмъ влагалища одновременно, и приемы спорыни внутрь.

Выворотъ вправился, больная выздоровѣла.

Выводы: 1) Въ леченіи выворота матки главную роль играетъ кольпейризмъ влагалища, который былъ примѣненъ въ данномъ случаѣ въ теченіе 16 дней.

2) Путемъ кольпейриза влагалища выворотъ вправляется даже въ томъ случаѣ, когда дно матки перешло уже за наружный зѣвъ кверху и сдѣлалось недоступнымъ для непосредственнаго давленія кольпейринтера; другими словами,—кольпейризмъ влагалища имѣетъ, кромѣ *механическаго дѣйствія, еще и динамическое.*

3) Зашиваніе зѣва по *Эммету* способствуетъ вправленію выворота матки, но въ меньшей степени, чѣмъ кольпейризмъ влагалища.

4) Кольпейризмъ влагалища и тампонація полости матки одновременно, послѣ превращенія полного выворота въ неполный, оказываетъ неблагоприятное вліяніе въ смыслѣ вправленія выворота. Это обстоятельство указываетъ также на динамическое дѣйствіе кольпейринтера, такъ какъ, при исключительно механическомъ его дѣйствіи, тампонада полости матки, примѣняемая одновременно съ кольпейризмомъ влагалища, должна была бы способствовать вправленію выворота матки, а не наоборотъ.

Д. А. Абуладзе.—„Пятый случай излеченія полного выворота матки“ (65). Дворянка В., 23 лѣтъ, анемична. Беременна была одинъ разъ. Разрѣшилась 10 октября 1894 года. Роды продолжались менѣе сутокъ. Послѣ рожденія ребенка, черезъ полъ-часа, акушерка удалила дѣтское мѣсто, потягивая за пуповину и надавливая снаружи на матку. Вслѣдъ за удаленіемъ дѣтскаго мѣста, появилось обильное кровотеченіе и сильныя боли, вслѣдствіе чего родильница впала въ тяжелое обморочное состояніе. Въ послѣродовомъ періодѣ—сильныя, схваткообразныя боли внизу живота и обильныя грязныя, кровянистыя отдѣленія.

Въ концѣ 3-й недѣли, больная, вставъ съ постели, замѣтила, что изъ половой щели показывается опухоль въ кулакъ величиною; опухоль была вправлена, послѣ чего больная пролихорадила еще два мѣсяца. Двадцатаго ноября 1895 года она явилась въ клинику съ жалобами на обильныя мѣсячныя (12—14 дней), боли внизу живота, исхуданіе, общую слабость.

Распознавание—полный хронический выворотъ матки, безъ выпаденія ея, послѣродового происхожденія, при крайней степени анеміи больной (см. рис. 27, 28 и 29).

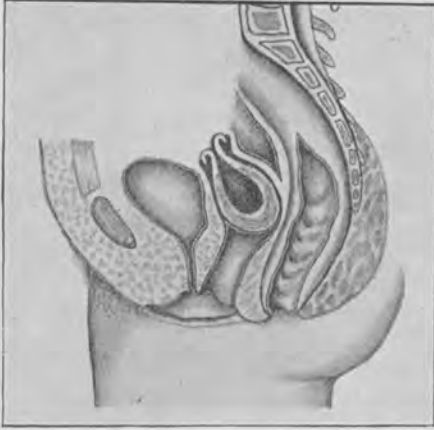


Рис. 27. Изображенъ полный выворотъ матки безъ выпаденія, въ моментъ поступления больной въ клинику.



Рис. 28. Тотъ-же выворотъ, превратившійся въ неполный, подъ влияніемъ леченія, на 23-й день пребыванія больной въ клиникѣ. Стѣнки нижняго сегмента истончены какъ при родахъ (распаденіе на полый мускуль и выходную родовую трубку).

Для леченія, какъ и въ предыдущихъ 4 клиническихъ случаяхъ, примѣнялся кольпейризмъ влагалища, отчасти приемы внутрь спорыньи и корнутаина *Kobert'a*, электричество и тампонація нижняго отдѣла матки, послѣ частичнаго ея вправленія. Вправленіе послѣдовало на 27-й день отъ начала леченія.

Авторъ привелъ подробныя выдержки изъ клинической исторіи болѣзни о ходѣ леченія и сдѣлалъ слѣдующіе выводы:

1) Въ этиологіи выворота матки глубокіе разрывы шейки матки заслужи-

3) Для окончательнаго вправленія вывороченной матки, необходимы моменты, вызывающіе сокращенія самой матки.



Рис. 29. Тотъ-же выворотъ, послѣ окончательнаго вправленія, на 28-й день леченія больной. На этомъ рисункѣ представлена дифференцировка матки на сокращенный полый мускуль и растянутый нижній сегментъ матки—выходная родовая трубка.

ваютъ серьезнаго вниманія.

2) Началу вправленія вывороченной матки предшествуетъ распаденіе послѣдней на полый мускуль и выходную родовую трубку подобно тому, какъ это наблюдается при родахъ (Ср. выше ст. 63, проф. *Г. Е. Рейна*). На рис. 28-мъ видны эти два отдѣла въ тотъ моментъ вправленія, когда полный выворотъ превратился въ неполный. На рис. 29 этотъ-же фактъ удается констатировать тотчасъ по вправленіи выворота.



XIV. Самопроизвольный разрывъ матки во время родовъ.

66. Студентъ **Гржибовскій**.—Случай чревосъченія послѣ разрыва матки во время родовъ. Прот. Кіев. Акуш. Общ. 1894 г., т. 7, в. XIV. Прилож. стр. 135. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
67. **А. И. Красковскій** и **Г. Ф. Писемскій**.—Случай чревосъченія послѣ разрыва матки во время родовъ у женщины съ кифотическимъ тазомъ. Ibid. Прилож. стр. 177. (*Изъ Кіевской Акушерской Поликлиники*).
68. **G. Rein**.—Zur Therapie der Uterusruptur. Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Sechster Kongress. Wien. 1895. p. 339.
69. **Проф. Г. Е. Рейнц**.—Третій случай полного разрыва матки во время родовъ, излеченный чревосъченіемъ. Прот. Кіев. Акуш. Общ. 1896 г., т. 9, в. XVIII. Прилож. стр. 41.
70. **А. П. Яхонтовъ**.—Случай разрыва матки во время родовъ. Ibid. 1892 г., т. 5, в. IX. Приложение стр. 22 (*Изъ Кіевской Акушерской Поликлиники*).
71. **Д. А. Абуладзе**.—Случай долговременнаго задержанія плода въ маткѣ при разрывѣ ея. Ibid. 1898 г. т. 11, в. XXII. Прилож. стр. 89 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).

Студентъ *Гржибовскій*.—„Случай чревосъченія послѣ разрыва матки во время родовъ (60). Разрывъ произошелъ у 7-й разъ беременной женщины, до того 6 разъ благополучно рожавшей. Седьмые роды начались въ 6 часовъ вечера, 16-го октября. Черезъ 27 часовъ отъ начала родовъ отошли воды. Въ это время, по заявленію акушерки, схватки были чрезвычайно сильны. Такія же схватки продолжались еще 3 часа, а затѣмъ внезапно прекратились. Приглашенный мѣстный врачъ назначилъ эфиръ и спорыню. Черезъ 6 часовъ клиническимъ врачомъ былъ опредѣленъ разрывъ матки. Размѣры таза: Тг. 28,0; Sp. 23,0; Сг. 25,5; с. d. 11,0. Больная была доставлена въ акушерскую клинику, гдѣ въ 12 часовъ дня 18 октября ей и было произведено чревосъченіе. По вскрытіи брюшной полости, въ ней найдено значительное количество свернувшейся и жидкой крови. Плодъ и дѣтское мѣсто, свободно лежавшіе въ брюшной полости, были извлечены черезъ брюшную рану. Хорошо сократившаяся матка была извлечена наружу, причемъ оказалось, что разрывъ шелъ по передней стѣнкѣ

матки, повидимому, на границѣ полаго мускула и выходной трубки. Онъ продолжался и на боковые своды, такъ что брюшина боковыхъ сводовъ была разорвана. Кровотеченія не было. Широкія связки были перевязаны въ 2 пучка и перерѣзаны. На заднюю, не разорванную часть матки, на высотѣ разрыва наложена двойная лигатура, и матка отрѣзана и удалена. Брюшная полость промыта 2⁰/₀ растворомъ борной кислоты. Въ отверстіе, оставленное въ культѣ, соотвѣтственно каналу шейки, введенъ, со стороны влагалища, стеклянный дренажъ. Операция продолжалась 1 часъ 24 минуты. Послѣоперационный періодъ протекъ благопріятно. На 15-й день послѣ операции больная, по собственному желанію, была выписана изъ клиники. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ операции докладчикъ видѣлъ означенную больную совершенно здоровой. Микроскопическое изслѣдованіе препарата показало, что разрывъ произошелъ въ области шейки матки. На основаніи какъ сообщеннаго случая, такъ и литературныхъ данныхъ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Этиологическимъ моментомъ въ данномъ случаѣ является несоотвѣтствіе между частями плода и тазомъ матери, вслѣдствіе чего произошло замедленіе родовъ и растяженіе выходной родовой трубки. Придавленная къ тазовой стѣнкѣ часть родовой трубки была разможжена, и, подѣ вліяніемъ сильныхъ потугъ, произошелъ разрывъ матки.

2. На основаніи микроскопическаго изслѣдованія, мѣстомъ разрыва слѣдуетъ считать шейку матки.

3. Въ виду большой величины разрыва, сильнаго разможженія краевъ и загрязненія извнѣ полости матки, въ данномъ случаѣ, надвлагалищная ампутация матки должна была считаться вполне показанной.

4. Всѣхъ надвлагалищныхъ ампутацій, произведенныхъ при разрывѣ матки, докладчику извѣстно въ литературѣ—22, съ 12 выздоровленіями, т. е. операция даетъ 48⁰/₀ смертности. Сообщенный случай является по счету 23-мъ, а выздоровленіе 13-мъ.

5. На 2104061 случаевъ родовъ изъ собранной докладчикомъ иностранной литературы, наблюдалось 1034 разрыва, т. е. 1 разрывъ на 1940 родовъ. На 59681 случай родовъ изъ русской литературы оказалось 65 разрыва, т. е. 1 разрывъ на 1053 родовъ.

А. И. Красковскій и Г. Ф. Писемскій—„Случай чревосѣченія послѣ разрыва матки во время родовъ у женщины съ кифотическимъ тазомъ (съ демонстраціей препаратовъ“ (67). Разрывъ произошелъ у 27-лѣтней женщины, до этого 1 разъ выкинувшей. Роды, повидимому, пришли въ срокъ. Разрывъ произошелъ на глазахъ призваннаго для подачи помощи *Г. Ф. Писемскаго*, приблизительно черезъ 20—22 часа послѣ начала родовъ. На совѣщаніи съ приглашенными товарищами—гг. *Левицкимъ и Красковскимъ*—было рѣшено произвести чревосѣченіе, съ каковою цѣлью больной и было предложено поступить въ Кирилловскую больницу. Здѣсь, послѣ тщательнаго обеззараживанія, было произведено чревосѣченіе: плодъ и дѣтское мѣсто,

свободно лежавшіе въ брюшной полости, были извлечены черезъ брюшную рану. Въ брюшной полости находилось лишь, сравнительно, небольшое количество жидкой крови. На задней поверхности матки имѣлся разрывъ, шедшій отъ задняго свода кверху въ видѣ клина, обращеннаго широкой частью своей (основаніемъ) кверху. Въ виду величины разрыва и подозрѣнія инфекціи роженицы, рѣшено было произвести надвлагалищную ампутацію матки. Сначала были перевязаны и обрѣзаны широкія связки, а затѣмъ, на уровнѣ верхняго края разрыва, на матку былъ наложенъ цѣпочный шовъ, безъ зашиванія канала шейки. Культия матки перевязана въ 2 пучка. Черезъ каналъ шейки во влагалище проведено нѣсколько полосокъ іодоформной марли. Брюшная рана зашита. На животъ наложена давящая повязка. Продолжительность операціи—55 минутъ. Послѣоперационный періодъ до 17-го дня протекалъ безъ особыхъ осложненій. За все время температура лишь разъ поднималась до 38° С. Пульсъ за все время былъ быстръ и слабъ. На 17-й день, при изслѣдованіи черезъ влагалище, было найдено, что черезъ несократившійся каналъ шейки во влагалище спустилась одна изъ петель кишекъ и здѣсь приросла, при помощи ложныхъ перемычекъ. Сейчасъ же, подъ хлороформнымъ наркозомъ, кишка была вправлена въ брюшную полость, послѣ предварительнаго разрыва укрѣплявшихъ ее во влагалищѣ перемычекъ, а кровоточившія стѣнки верхняго отдѣла влагалища соединены тремя шелковыми швами. Черезъ 10 часовъ послѣ этой операціи больная умерла, при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. На вскрытіи было найдено, кромѣ довольно стараго слипчиваго перитонита, мутность сердечной мышцы и не рѣзко выраженныя явленія дизентеріи (во все время пребыванія больной въ больницѣ у ней наблюдались боли въ животѣ и, по временамъ, жидкія кровянисто-слизистыя испражненія). Объемъ сердца былъ малъ.

Причину смерти авторы считаютъ отравленіе хлороформомъ. *Г. Ф. Писемскимъ* было произведено подробное измѣреніе вырѣзаннаго таза. Описаніе таза съ рисунками см. ниже, въ главѣ о неправильностяхъ таза.

На основаніи этого случая, авторы дѣлаютъ слѣдующіе выводы: 1) Одною изъ причинъ разрывовъ матки, при деформаціяхъ таза, служатъ предшествовавшіе воспалительные процессы маточной ткани. 2) При обширныхъ разрывахъ матки, съ выходомъ плода въ брюшную полость, чревосѣченіе заслуживаетъ предпочтеніе предъ другими операціями. 3) При ампутаціяхъ матки полная изоляція канала шейки отъ брюшной полости не представляется безусловно необходимой, какъ показываютъ наблюденія проф. *Г. Е. Рейна* при ампутаціи матки послѣ ея разрыва во время родовъ, и наблюденія проф. *Отта* при міомотоміяхъ. Этотъ естественный каналъ можетъ замѣнить, до извѣстной степени, искусственный дренажъ.

Проф. *Г. Е. Rein.*—„*Zur Therapie Uterusruptur*“ (68). По поводу руководящихъ докладовъ *Фритша* и *Зенгера* о разрывахъ матки, представленныхъ на VI съѣздѣ Германскаго Акушерскаго Общества въ Вѣнѣ въ 1895 году, авторъ принялъ участіе въ послѣдовавшихъ преніяхъ.

Сообщивъ вкратцѣ два успѣшные случая чревосѣченія при разрывѣ матки (Ср. выше, стр. 173—175) и упомянувъ о другихъ трехъ случаяхъ, леченныхъ консервативно и окончившихся летально, авторъ рѣшительно высказывается, въ противоположность Фритшу,—за активную терапію разрывовъ матки. Въ пользу своего мнѣнія авторъ приводитъ слѣдующія доводы:

1) Случаи разрывовъ матки обыкновенно встрѣчаются при запущенныхъ родахъ, въ поликлинической практикѣ. Роженицы, большею частью, уже заражены, и при такихъ условіяхъ строгое научное проведеніе консервативнаго способа невозможно.

2) Напротивъ того, надвлагалищную ампутацію матки можно произвести быстро и безъ особыхъ затрудненій, такъ какъ разорванная матка, послѣ перевязки и перерѣзки широкихъ связокъ, оказывается висящею обыкновенно лишь на тонкомъ мостикѣ, составленномъ переднею или заднею стѣнкою выходной родовой трубки.

3) Больная освобождается навсегда отъ опасности, связанной съ послѣдующими родами, при узкомъ тазѣ.

Проф. Г. Е. Рейнь.—*„Третій случай полного разрыва матки во время родовъ, излеченный чревосѣченіемъ (съ демонстраціей больной и препаратовъ)“* (69). Исторія случая слѣдующая: Ефросинія Б-о, 21 года, мѣщанка Кіевской губ., III-пара. Замужемъ 5 лѣтъ, рожала два раза. Первые роды на 17-мъ году, вторые 1½ года тому назадъ. Беременности, роды и послѣродовые періоды протекали правильно. Регулы съ 15 лѣтъ, установились на 16 году по типу—черезъ 4 недѣли, по 4—5 дней, въ большомъ количествѣ, безъ болей. Послѣдняя менструація въ половинѣ января текущаго года. Роды начались 22 сентября 1895 г. въ 10 ч. утра, при неособенно сильныхъ боляхъ. Въ 3 ч. дня отошли воды, выпала правая ручка и пуповина. Около 5 ч. по полудни присутствовавшая повитуха принялась вытягивать плодъ за выпавшую ручку. При третьей подобной попыткѣ, роженица почувствовала сильныя боли и общій упадокъ силъ; наступили рвоты. Въ 7 ч. вечера приглашенные врачи изъ клиники—*Левицкій* и *Гижницкій*—нашли слѣдующее: роженица въ полуобморочномъ состояніи; температура 37.5, пульсъ 128. Въ брюшной полости плодъ лежитъ во второмъ поперечномъ положеніи, въ заднемъ видѣ. Мелкія части плода ясно опредѣляются подъ покровами живота. Выпавшая пуповина не пульсируетъ. *Діагнозъ*: разрывъ матки во время родовъ. Въ 7 ч. 15 м. вечера роженица отправлена въ клинику, куда немедленно былъ вызванъ авторъ. Операция начата въ 8 ч. 38 м., примѣрно черезъ 3½ часа послѣ разрыва, и продолжалась 1 ч. 8 м. По вскрытіи брюшины, въ полости живота оказалась масса крови. Плодъ и послѣдъ, свободно лежавшіе въ брюшной полости, быстро извлечены; часть оболочекъ осталась въ маткѣ. При дальнѣйшемъ ходѣ операции, выяснился сложный характеръ разрыва. Онъ помѣщался на передней стѣнкѣ, въ области выходной родовой трубки, распространяясь на корень лѣвой широкой связки и книзу на влагалищную стѣнку, причѣмъ нижнюю границу влагалищнаго разрыва не удавалось видѣть. Въ силу этого, операция была не вполнѣ типической: кровотеченіе приходилось

останавливать перевязкою и обкалываніемъ широкихъ связокъ, наложеніемъ жгута на матку, обшиваніемъ нижняго края разрыва и тампонаціей влагалища. Консервативная операція оказалась невозможной. Матка удалена, и культия была выведена въ брюшную рану и укрѣплена иглами въ нижнемъ углу ея.

Больная перенесла операцію съ трудомъ. Пульсъ былъ 140—160, по временамъ едва ощутимъ. Послѣ операціи пульсъ доходилъ до 176, а дыханіе до 60 въ минуту. Къ утру пульсъ понизился до 140, дыханіе до 40. Со второго дня больная стала поправляться, но при тяжеломъ общемъ состояніи. Культия дала мокрую гангрену, и отдѣленіе ея осложнилось тяжелою лихорадкою. Температура 10 дней была свѣше 39, три недѣли свѣше 38. Ножка отдѣлилась на 11-й день, но въ лѣвой широкой связкѣ появился эксудатъ. Больная встала на 41-й день, а выписалась на 55-й день. Ко дню выписки эксудатъ всосался; на мѣстѣ ножки—воронка еще глубокая, но узкая и переходящая во влагалище тонкимъ свищевымъ ходомъ. Во влагалищѣ опредѣляется остатокъ маточной губы въ видѣ валика, а на передней стѣнкѣ—продольный рубецъ отъ разрыва длиною до 3,0 см. Въ настоящее время демонстрируемая больная совершенно здорова. Общее состояніе ея вполне удовлетворительно.

Въ заключеніе авторъ упомянулъ, что по статистикѣ *Гржибовскаго* (см. выше стр. 174), присоединяя сюда недавно опубликованное наблюденіе *Рахманова*, случай этотъ является 25-мъ чревосѣченіемъ, съ удаленіемъ матки, при разрывѣ ея, и 15-мъ по выздоровленію. Затѣмъ онъ остановился подробно на разборѣ слѣдующихъ двухъ положеній:

- 1) слѣдуетъ ли оперировать при разрывахъ матки и
- 2) когда приступать къ операціи.

Основываясь на трехъ своихъ и лично ему извѣстныхъ случаяхъ и сравнивая результаты выжидательнаго метода съ оперативнымъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что приблизительно въ первые 12 ч. послѣ разрыва матки, больныя могутъ быть подвергнуты операціи чревосѣченія и съ тѣмъ большимъ успѣхомъ, чѣмъ раньше приступлено къ ея производству. Авторъ тѣмъ болѣе настаиваетъ на своемъ положеніи, что еще недавно на съѣздѣ Германскихъ гинекологовъ въ Вѣнѣ большинство оказалось на сторонѣ выжидательнаго способа, согласно съ рефератомъ *Фритца*.

А. П. Яхонтовъ.—„Случай разрыва матки во время родовъ“ (70). Случай имѣлъ мѣсто въ поликлиникѣ, на окраинѣ г. Кіева. Женщина 39 лѣтъ, жена извозчика, беременна 8-й разъ. Прежніе роды протекали трудно, очевидно, по причинѣ суженія таза (Сопж. в. 8 см.); дѣти рождались живыми. Послѣдніе роды наступили 9-го марта, послѣ паденія съ лѣстницы. Родовыя боли, однако, не мѣшали роженицѣ исполнять трудныя работы, а 10-го марта, не смотря на излітіе водъ, она еще могла пойти въ церковь, гдѣ съ ней случился обморокъ. Выведенная въ глубокомъ обморочномъ состояніи изъ церкви, роженица съ трудомъ дошла домой и слегла въ постель; родовыя боли прекратились, а равно прекратились и движенія ребенка. Къ роженицѣ позвана

повитуха, а затѣмъ повивальная бабка. Авторъ, приглашенный только лишь спустя сутки послѣ наступленія обморочнаго состоянія у роженицы (2-го марта 1892 г.), нашель ее въ агоніи. Имъ былъ безъ труда распознанъ разрывъ матки, съ кровоизліяніемъ въ брюшную полость и выхожденіемъ въ брюшную полость туловища плода; плодъ уже былъ мертвъ. Головка плода была плотно ущемлена во входѣ въ тазъ. Спустя нѣсколько минутъ роженица скончалась.

Такъ какъ больная наблюдалась всего лишь въ теченіе нѣсколькихъ минутъ до смерти, то, въ видахъ судебно-медицинскихъ, а также во исполненіе буквы закона и для цѣлей научныхъ, было рѣшено сдѣлать чревосѣченіе на мертвой. Съ этой цѣлью былъ приглашенъ директоръ Акушерской Клиники съ помощниками и необходимыми инструментами. При операціи, resp. вскрытіи, вполнѣ подтвердилось вышеприведенное распознаваніе.

Наблюденіе это, въ связи съ тремя только что изложенными, говоритъ также въ пользу своевременнаго активнаго вмѣшательства при разрывахъ матки.

Д. А. Абуладзе. — „Случай долговременнаго задержанія плода въ маткѣ при разрывѣ ея (71). Т. Ш., 25 лѣтъ, замужня, крестьянка, происходитъ изъ здоровой семьи, никогда ни чѣмъ не болѣла. Первые регулы получила на 18-мъ году, типомъ сразу установившимся—черезъ 4 недѣли, по 2—3 дня; регулы были не обильны и сопровождались незначительной болью внизу живота. Замужъ вышла на 21 году, беременна была 2 раза. Первая беременность окончилась срочными родами мертвымъ плодомъ; роды были трудные, сопровождались раннимъ отхожденіемъ водъ; схватки были сильныя и болѣзненные; ребенокъ, по словамъ больной, былъ большой. Вторая беременность, наступившая въ скоромъ времени послѣ первыхъ родовъ, не представила особенностей, кромѣ болѣе значительнаго, по сравненію съ первой беременностью, увеличенія живота.

Роды наступили за двѣ недѣли до срока конца беременности; схватки были довольно сильныя; спустя около 12 часовъ отъ начала родовъ лопнулъ пузырь, и стала отходить въ большомъ количествѣ алая кровь; ребенокъ, по словамъ больной, поднялся вверхъ, и движенія его прекратились навсегда.

Мужъ, желая помочь больной, нѣсколько разъ встряхивалъ ее и на 8-й день отъ начала родовъ пригласилъ повитуху, которая опредѣлила поперечное положеніе плода.

Съ этого времени больная стала страдать ознобами, съ послѣдующими повышеніями температуры и болями внизу живота. Появились кровянистыя отдѣленія, которыя, въ дальнѣйшемъ, приняли характеръ гнойныхъ, и, къ концу 3-ей недѣли отъ начала родовъ, вышло, по словамъ больной, дѣтское мѣсто; пуповина была перерѣзана мужемъ у входа во влагалище, а, спустя недѣлю послѣ этого, мужемъ же были удалены изъ влагалища торчащія мясистыя части плода: печень, легкія, сердце, по словамъ больной и мужа. Въ концѣ четвертой недѣли возлѣ пупка образовалось свищевое отверстіе, откуда

сталъ выдѣляться гной, а изъ влагалища—косточки небольшой величины, въ количествѣ десяти.

Жалобы больной: 1) присутствіе въ животѣ мертваго плода, 2) боли въ животѣ, 3) зловонныя отдѣленія, 4) выдѣленіе гноя изъ свищевого отверстія, 5) отсутствіе сна, и упадокъ силъ и 6) рѣзкое исхуданіе.

Больная представляется рѣзко исхудавшей, мертвенно блѣдной, апатичной; ростъ 142 сант., вѣсъ 26,5 kilo!! т. е. немного болѣе $1\frac{1}{2}$ пуда; температура 38,5, пульсъ 122, слабый, дыханіи 28. Тазъ: D. sp. 20,5; D. cr. 24,5; D. tr. 27,5; C. ext. 20; C. diag. 10,0; C. v. 8,25.

Животъ ассиметриченъ, лѣвая его половина выпячивается больше правой; бѣлая линія слабо пигментирована; область пупка и вся его окружность отечны и представляетъ готовящійся къ омертвѣнію участокъ кожи овальной формы. Длинникъ этого участка—3,5 см., поперечникъ—2,0 см. Въ нижнемъ углу описываемаго участка, чуть вправо отъ бѣлой линіи, замѣчается свищевое отверстіе, откуда, по временамъ выдавливается зеленоватый, ихорозный гной. Свищевое отверстіе пропускаетъ пуговку зонда № 2. Зондъ наталкивается на обнаженную кость. Въ брюшной полости ощупывается фиксированная опухоль, лежащая большей своей частью въ лѣвой половинѣ живота; опухоль овоидной формы, рѣзко болѣзненная при дотрогиваніи; границы ея вверху теряются въ глубинѣ брюшной полости; между опухолью и лѣвой реберной дугой помѣщаются $2\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца слѣва и 3 справа, между опухолью и верхне—передними остями помѣщаются 2 поперечныхъ пальца, а между лобкомъ и опухолью—3. При надавливаніи на опухоль, справа, изъ влагалища вытекаетъ густой ихорозный гной съ каловымъ запахомъ. Опухоль, на ощупь, представляетъ мѣшокъ, наполненный костями; кости эти слегка подвижны. Почти всюду на опухоли тимпаническій тонъ. При изслѣдованіи черезъ влагалище, замѣчается, что шейка матки какъ бы изглажена, зѣвъ пропускаетъ конецъ изслѣдующаго пальца, края его толсты; въ зѣвѣ ощущается край какой то косточки. Толчки отъ изслѣдующаго пальца передаются опухоли.

Изъ влагалища удалена косточка, оказавшаяся половиной дуги позвонка; отдѣленія изъ влагалища—калъ.

Діагнозъ: общесъуженный тазъ, неполный разрывъ матки во время родовъ, вѣроятно, при поперечномъ положеніи плода, съ задержаніемъ частей его въ разорванной маткѣ и части его—внѣ матки—подъ отслоившимся брюшиннымъ покровомъ. Каловой свищъ.

Плодъ былъ удаленъ проф. *Г. Е. Рейномъ* черезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ. При разсмотрѣніи полости, изъ которой были извлечены части плода, оказалось, что какъ дно ея, такъ и припаивная къ передней брюшной стѣнкѣ часть ея состоятъ, несомнѣнно, изъ мышечной ткани.

Теченіе послѣоперационнаго періода лихорадочное. Отдѣляемое раны—кишечное содержимое тонкихъ кишекъ; въ немъ найдена чистая желчь (Проф. *Садовень*).

Не смотря на всѣ принятые мѣры для поднятія питанія и силъ больной, она все таки находится въ состояніи прогрессирующаго истощенія.

Сообщеніе было иллюстрируемо рисунками при помощи проэціоннаго аппарата и демонстраціей препарата извлеченныхъ при операціи костей (См. рис. 31 и 30).

Больная скончалась 1 апрѣля 1897 г., примѣрно черезъ 3 мѣсяца отъ начала родовъ и на 24-й день послѣ операціи.

Демонстрація патолого-анатомическаго препарата. Препарат состоитъ изъ тонкихъ кишекъ, матки съ придатками, мочевого пузыря, влагалища, наружныхъ дѣтородныхъ частей и участка передней брюшной стѣнки. Кишки тѣсно между собой спаяны при помощи перемычекъ и плотно припаяны къ передней брюшной стѣнкѣ, соотвѣтственно находящемуся тамъ свищевому отверстию. Полость шей-



Рис. 31. *Кости черепа.* Не достаетъ: нѣкоторыхъ частей рѣшетчатой и всей подъязычной кости.

ки матки велика. Изъ верхняго отдѣла ея идутъ два хода: одинъ въ полость хорошо сократившагося тѣла матки, другой въ полость, сообщающуюся съ свищевымъ отверстіемъ, находящимся въ передней брюшной стѣнкѣ (гдѣ и находился

Рис. 31 и 30.

Извлеченныя кости у больной съ долговременнымъ задержаніемъ плода въ маткѣ при разрывѣ ея.



Рис. 30. *Кости туловища.* Не достаетъ: лѣваго предплечія, обѣихъ костей, шести тѣлъ грудныхъ и всѣхъ тѣлъ поясничныхъ позвонковъ; половины дуги 3-го поясничнаго позвонка; дугъ 4-го и 5-го поясничныхъ позвонковъ, костей таза и нижнихъ конечностей.

Всѣ перечисленныя недостающія кости во время операціи найдены не были.

плодъ). Полость эта образуется сзади передней поверхностью матки, спереди брюшинной матки и брюшной стѣнкой, снизу шейкой матки, а сверху слизистой оболочкой двухъ припаянныхъ петель тонкихъ кишекъ. Полость эта выполнена каловыми и гнойными массами. Другіе органы особыхъ измѣненій не представляютъ.

Вскрытіе подтвердило прижизненный діагнозъ. Выяснилось, что разрывъ произошелъ въ нижнемъ сегментѣ матки, спереди; значительная часть тѣла плода помѣстилась подъ отслоившимся брюшиннымъ покровомъ матки. Больная погибла отъ истощенія, вслѣдствіе свищей тонкихъ кишекъ. Нижнія конечности плода, по всей вѣроятности, отрѣзаны или оторваны мужемъ больной, при выниманіи имъ внутренностей плода (и дѣтскаго мѣста?).

Въ статьѣ приведены нѣкоторыя литературныя данныя, относящіяся къ данному наблюденію, заслуживающему вниманія по своей рѣдкости и по трудности распознаванія.



XV. Кесарское сѣченіе.

(Перевязка и перерѣзка Фаллопиевыхъ трубъ).

-
72. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Кесарское сѣченіе, съ предъявленіемъ больной и извлеченнаго у ней ребенка. Прот. Кіев. Акуш. Общ. 1895 г., т. 8, в. XVI, стр. 61.
 73. **Его-же.**—Второй случай кесарскаго сѣченія по поводу фиброзной опухоли малаго таза. Ibid. 1895 г., т. 8, в. XVI, стр. 73.
 74. **Его-же.**—Случай повторнаго кесарскаго сѣченія, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и для плода. Ibid. 1898 г., т. 10, в. XIX, стр. 20.
 75. **Его-же.**—Демонстрація препарата матки, удаленной при операціи кесарскаго сѣченія. Ibid. 1898 г., т. 10, в. XX, стр. 16 и
 76. **Его-же.**—Демонстрація больной и младенца послѣ кесарскаго сѣченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста. Ibid, стр. 31.
 77. **Г. Ф. Писемскій.**—Демонстрація микроскопическихъ препаратовъ срѣзовъ фаллопиевыхъ трубъ послѣ повторной операціи кесарскаго сѣченія. Ibid. в. XIX, стр. 40.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—„Кесарское сѣченіе, съ предъявленіемъ больной и извлеченнаго у ней ребенка“ (72). Операція была произведена у больной, которая послужила уже одинъ разъ предметомъ сообщенія въ Кіевскомъ Акушерскомъ Обществѣ по поводу произведенной у ней операціи лоносѣченія (См. ниже). Опухоли, опредѣленныя у больной въ маломъ тазу, за то время, которое больная находилась внѣ наблюденія, значительно увеличались и еще болѣе сѣзуили тазъ. Самое узкое мѣсто входа въ тазъ, измѣренное при помощи тазомѣра *Скутша*, равнялась 5 см.; при измѣреніи пальцами, то-же получилось лишь 5 см. въ самомъ узкомъ мѣстѣ таза.

Кромѣ операціи кесарскаго сѣченія одновременно больной была сдѣлана перевязка фаллопиевыхъ трубъ. Только подъ условіемъ будущаго безплодія больная согласилась на производство операціи кесарскаго сѣченія.

Операція произведена 9-го октября 1894 г., въ операціонной Кіевской Акушерской Клиники, при обычной безгнилостной обстановкѣ, въ присутствіи около 50 человекъ сту-

дентовъ и врачей. Произведена операція черезъ 14 часовъ отъ начала родовъ, при вполне раскрытомъ зѣвѣ и цѣломъ пузырьѣ. Головка плода находилась надъ входомъ въ тазъ и вступила лишь незначительнымъ своимъ сегментомъ въ правую, незапруженную, половину таза. Разрѣзъ брюшной стѣнки сдѣланъ отъ пупка книзу, на палецъ не доходя до лобка. Разрѣзъ матки сдѣланъ *in situ*, по передней ея стѣнкѣ, длиною въ 15 см. Двѣ трети этого разрѣза пришлись въ области полаго мускула и одна треть въ области выходной родовой трубки. Плодъ, предлежавшій въ первомъ головномъ положеніи, былъ извлеченъ за ножку и тотчасъ же закричалъ. Отъ разрѣза брюшины до извлеченія плода прошло менѣе двухъ минутъ. Опорожненная матка извлечена изъ брюшной полости. Края раны были зажаты руками ассистента, и извлечено рукою дѣтское мѣсто, помѣщавшееся справа, на передней стѣнкѣ матки. Показавшееся небольшое кровотеченіе прекратилось послѣ вспрыскиванія больной подъ кожу 5 миллиграммовъ корнутаина. Матка промыта 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты въ 38,5⁰ R и зашита 8 глубокими и 6 серо-серозными швами.

Фаллопиевы трубы перевязаны съ обѣихъ сторонъ шелковыми лигатурами, отступя на 1 см. отъ угла матки. Брюшная рана зашита 9 глубокими швами. Операція продолжалась 35 минутъ. Вѣсъ плода—3870 grm. На головкѣ плода видна конфигурація.

Послѣоперационный періодъ протекъ безлихорадочно до 12 дня, когда t⁰ повысилась до 38,4; лихорадила больная 3 дня, при чемъ t⁰ достигла одинъ разъ до 39,6. Эта лихорадка, повидимому, зависѣла отъ инфильтрата правой груди, который вскорѣ самъ собою прошелъ. На 8-й день сняты швы. Рана зажила первымъ натяженіемъ, а исключеніемъ своей средней части, гдѣ было незначительное расхожденіе краевъ раны. Встала больная съ постели на 20 день.

Этотъ случай, за 50 лѣтъ существованія Кіевской Акушерской Клиники—второй, гдѣ было произведено кесарское сѣченіе, и первый по благополучному исходу въ нашей клиникѣ. Оба случая кесарскаго сѣченія приходятся на послѣдніе 10 лѣтъ. Въ первое 40-лѣтіе существованія клиники эта операція не была въ ней произведена ни разу.

Авторъ обращаетъ вниманіе на удобство производства высокаго разрѣза матки—въ области полаго мускула. Здѣсь мускулатура значительно толще, и края раны, при сшиваніи ихъ, приходятся другъ къ другу гораздо точнѣе, чѣмъ въ области выходной родовой трубки. Поэтому слѣдуетъ производить разрѣзъ стѣнки матки при операціи кесарскаго сѣченія, начиная его возможно выше.

Такъ какъ данный случай представляется такимъ, гдѣ имѣется безусловное показаніе къ производству кесарскаго сѣченія и опухоль въ будущемъ, вѣроятно, еще болѣе увеличится, то, для предотвращенія послѣдующихъ беременностей, больной, согласно ея категорическому желанію, произведена была перевязка фаллопиевыхъ трубъ.

Сравнивая послѣоперационное теченіе на одной и той же больной послѣ операціи лоносѣченія и кесарскаго сѣченія, нельзя не сказать, что послѣоперационный періодъ послѣ второй операціи переносится больною гораздо легче. Кромѣ того онъ значительно легче и для ухаживающаго за больной персонала.

Проф. Г. Е. Рейнъ.— „Второй случай кесарскаго сѣченія по поводу фиброзной опухоли малого таза“ (73). Операция была произведена на больной Л—ой, 26 лѣтъ, крестьянкѣ, беременной 4-й разъ. Въ дѣтствѣ послѣдняя была здорова. Замужъ вышла на 16-мъ году. Имѣла трое срочныхъ родовъ. Роды были трудные: 1-ые продолжались 8 сутокъ, ребенокъ родился мертвымъ, и было послѣродовое заболѣваніе; вторые роды длились трое сутокъ, ребенокъ родился живымъ; третіе роды, бывшіе семь лѣтъ тому назадъ, тянулись 5 сутокъ, ребенокъ родился живымъ.

Послѣднія 7 лѣтъ у больной менструаціи проходили правильно, черезъ 3—4 недѣли, по 3 дня. Послѣднія менструаціи были 20 февраля 1894 г. Первое движеніе плода 5 іюля 1894 года.

Больная принята въ клинику 21 ноября 1894 г. при слѣдующихъ явленіяхъ:

Общее состояніе здоровья удовлетворительное, тѣлосложеніе умѣренное. Т⁰ тѣла 36,5. Пульсъ 78. Органы кровообращенія и дыханія нормальны. Моча патологическихъ измѣненій не обнаруживаетъ.

Размѣры таза: D. Sp. 25; D. cr. 27,25; D. tr. 30,5; Conj. ext. 19.

Дно матки на 2 поперечныхъ пальца ниже меча. Плодъ во второмъ затылочномъ положеніи, головка баллотируетъ надъ входомъ. Сердцебиеніе вправо отъ бѣлой линіи, 148 въ минуту. Тамъ же слышенъ и маточный шумъ.

Наружные половые органы развиты правильно. Изъ влагалища выдѣляется гноевидное отдѣленіе. На крестцовой кости, на разстояніи 5 сантиметровъ отъ входа во влагалище, опредѣляется опухоль плотной фиброзной консистенціи, занимающая область 2, 3, 4 (и 5?) крестцовыхъ позвонковъ. Справа опухоль доходитъ до боковой стѣнки таза и занимаетъ область крестцово-подвздошнаго сочлененія, слѣва опухоль не доходитъ до этого сочлененія. Величина опухоли въ голову новорожденнаго ребенка. Опухоль сидитъ совершенно неподвижно на довольно широкомъ основаніи, меньшемъ, однако, наибольшей периферіи опухоли. Между опухолью и лоннымъ соединеніемъ помѣщаются 2 поперечныхъ пальца. Самое узкое мѣсто въ тазу—4—4,75 сантиметра. Conj. diag.—т. е. разстояніе отъ lig. arcuatum до ближайшей точки окружности опухоли—5,5 сантиметра. Зѣвъ открытъ на два поперечныхъ пальца, помѣщается косо въ правомъ косомъ размѣрѣ таза; края зѣва толсты, пузырь цѣль, во время схватки напрягается, головка надъ входомъ. Схватки черезъ 5 минутъ по одной минутѣ.

Распознаваніе: начинающіеся роды, тазъ запруженный опухолью, сѣуженіе III степени.

Двадцать второго ноября, въ 11^{1/4} ч. веч., произведено кесарское сѣченіе, при зѣвѣ, раскрытомъ на 2^{1/2} п. пальца. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ проведенъ по бѣлой линіи на ладонь выше пупка и настолько же ниже его. Матка вскрыта по передней ея поверхности.—при чемъ разрѣзъ пришелся большею частью на полый мускуль, и только ^{1/3} часть его пришлась на выходную трубку; пузырь быстро разорванъ, и ре-

бенокъ извлеченъ за ручку и тотчасъ-же закричалъ; дѣтское мѣсто было извлечено съ оболочками; оно находилось на задней стѣнкѣ матки. Отъ начала разрѣза живота до извлеченія плода прошло 2 минуты. Разрѣзъ въ маткѣ зашитъ 7-ю глубокими и 5-ю серо-серозными шелковыми швами. Кровотеченіе умѣренное. Брюшная рана зашита 7-ю глубокими и 4-мя поверхностными швами. Операция продолжалась 31 минуту.

Ребенокъ вѣситъ 3350 граммъ. Длина 51 сантиметръ, головка круглой формы, безъ признаковъ конфигураціи. Послѣоперационный періодъ протекаетъ удовлетворительно. Maximum t^0 37,7 (на 2-я сутки). Maximum пульса 96 (на 2-я сутки). 25 ноября: температура 37,4; пульсъ 64. Отдѣленія хорошаго качества, кормить ребенка сама, молока достаточно.

Сообщеніе свое авторъ заключилъ замѣчаніемъ, что и это наблюденіе послужило подтвержденіемъ ранѣе имъ высказанныхъ соображеній: 1) ограничивать, по возможности, разрѣзъ въ стѣнкѣ матки полымъ мускуломъ; 2) приступать къ операции, установивъ своевременно ясныя и точныя показанія, въ началѣ родовъ, когда силы роженицы еще сохранены, и случай представляется свѣжимъ, не инфицированнымъ; 3) успѣхи, достигнутые въ послѣднее время при операции кесарскаго сѣченія въ значительной долѣ зависятъ не только отъ асептики и улучшенной техники, но и отъ общаго прогресса акушерства, благодаря которому мы можемъ быстрѣе и точнѣе ставить распознаванія и устанавливать ясныя показанія къ операции, что даетъ возможность оперировать при возможно благопріятныхъ условіяхъ.

Сообщеніе: „Случай повторнаго кесарскаго сѣченія, съ благопріятными исходомъ для матери и плода“ (74), относится къ больной, описанной въ предыдущей статьѣ.

Относительно дальнѣйшей судьбы больной извѣстно, что она довольно медленно поправлялась послѣ первой операции, но, спустя четыре мѣсяца послѣ нея, забеременѣла вновь. Поступила въ клинику 6-го декабря 1895 г. При поступленіи было найдено, что запружающая тазъ опухоль не измѣнилась въ своей величинѣ и находилась въ области отъ 2-го до 4-го крестцоваго позвонка справа; акушерская истинная конъюгата опредѣлялась равной 4—5 cm. Вычисленіе показало, что роды должны наступить въ концѣ декабря. Первые родовыя схватки начались въ 2 часа дня 31-го декабря, и въ 11 часовъ вечера зѣвъ былъ открытъ на два поперечныхъ пальца.

Въ ночь на 1-е января 1896 г., въ 1 часъ 25 мин. пополночи, была произведена операция повторнаго кесарскаго сѣченія. Разрѣзъ брюшной стѣнки былъ произведенъ справа отъ перваго рубца, на томъ же протяженіи, какъ и раньше. По вскрытіи брюшной полости, оказались крѣпкія сращения матки съ брюшной стѣнкой на протяженіи ладони, соотвѣтственно средней трети рубца, и сращения матки съ сальникомъ. По разрушеніи части сращеній, былъ произведенъ разрѣзъ стѣнки матки, какъ можно выше—въ области полаго мускула—, и, по вскрытіи матки, изъ нея былъ извлеченъ младенецъ, находившійся въ ягодичномъ предлежаніи. Дѣтское мѣсто, по извлеченіи плода, выпя-

тилось наружу, какъ-бы по механизму *Шульце*, и было удалено безъ затрудненій. По опорожненіи своемъ, матка была извлечена наружу однимъ лѣвымъ бокомъ, вслѣдствіе оставшихся неразрушенными сращеній справа, и, при зашиваніи ея разрѣза, не одинаковая толщина краевъ раны потребовала однимъ швомъ больше, чѣмъ въ 1-й разъ. Было наложено 8 глубокихъ и 5 поверхностныхъ швовъ.

Продолжительность операціи равнялась 37 минутамъ.

Извлеченный ребенокъ, мальчикъ, правильно развитой, вѣситъ 3350 grm., имѣя длину 51 cm. и окружность головки равную 34 cm.

Послѣоперационный періодъ протекъ лихорадочно, съ однократнымъ повышеніемъ t^0 до 39, 9, вслѣдствіе задержки отдѣленій, на 9-й день. Причину задержки отдѣленій могли служить, какъ запруживаніе тазового канала опухолью, такъ и фиксація матки сращениями, оставшимися отъ первой операціи. Рана зажила первымъ натяженіемъ на всемъ своемъ протяженіи, и больная выписалась здоровой на 21-й день послѣ операціи. Въ настоящее время матка приращена къ передней брюшной стѣнкѣ на уровнѣ пупка, влагалищная часть матки достигается съ трудомъ; въ правомъ сводѣ опредѣляется незначительное напряженіе. Общее состояніе здоровья вполнѣ удовлетворительно, ребенокъ здоровъ.

Въ заключеніе, авторъ привелъ статистическія данныя по поводу кесарскаго сѣченія. По статистикѣ д-ра *Михайлова* (диссертация) въ Россіи на 238127 родовъ произведено кесарскихъ сѣченій 42; а изъ нихъ до 1881 года произведено 8, всѣ со смертельнымъ исходомъ, а съ 1881 по 1895 г. 34 со смертностью 33⁰/₀. *Крассовскій* въ своемъ руководствѣ 1889 г. сообщаетъ, что въ Россіи всѣ извѣстные ему случаи кесарскихъ сѣченій окончились смертью матерей, кромѣ случаевъ *Зоммера* и *Роде* въ Ригѣ и *Глишинскаго* въ Варшавѣ, которые были произведены съ благопріятнымъ исходомъ для матерей, а съ 1889 г. у того же *Крассовскаго* на 7, и у автора на 6 (нынѣ тоже 7—Реф.) случаевъ было по 1 смертельному исходу. Это улучшеніе исходовъ кесарскихъ сѣченій даетъ право болѣе смѣло примѣнять его и ограничить показанія для операцій, уменьшающихъ размѣры плода и для операціи искусственного выкидыша.

Что касается до повторныхъ кесарскихъ сѣченій, то 5 разъ оно было произведено на 1-ой больной (больная *Ritgen*, случай *Birnbaum'a*), по 4 раза на 4-хъ больныхъ (*Adametz*, случай *Michaelis'a*; *Fischer* случай *Oetler'a*; 1 случай изъ французской литературы и 1 случай *Schultze* въ Іенѣ), на шести больныхъ по 3 раза, и по 2 раза болѣе чѣмъ на 15 больныхъ. Въ Россіи извѣстны три случая повторныхъ кесарскихъ сѣченій: случаи *Зоммера* и *Роде* въ 1796 и 1810 году, случай *Крассовскаго* 1886 и 1891 года и случай автора 1894 и 1896 г.¹⁾ Почти всѣ случаи повторныхъ кесарскихъ сѣченій относятся къ доантисептической эпохѣ; съ примѣненіемъ антисептики классическое

¹⁾ Недавно опубликованъ еще случай *Вастена*, а ниже, въ статьѣ 77, цитируется второй случай повторнаго кесарскаго сѣченія проф. *Г. Е. Рейна*.—Реф.

кесарское сѣченіе, повидимому, уступило мѣсто, въ подобныхъ случаяхъ, такъ называемой, операціи *Porro*, и повторныхъ кесарскихъ сѣченій сдѣлалось меньше (*Löhlein*).

Авторъ въ 1876 г., работая одновременно съ проф. *Porro* и независимо отъ него, надъ операціей вырѣзыванія беременной матки во время родовъ, въ доказательство преимуществъ ея ставилъ невозможность повторной беременности (см. выше, стр. 16). Въ настоящее время, наоборотъ, благодаря успѣхамъ хирургіи, должно быть отдано предпочтеніе консервативному кесарскому сѣченію, именно въ виду возможности послѣдующаго зачатія и возможности повторной операціи, безъ особаго риска для больной.

Предметомъ слѣдующихъ двухъ сообщеній служить случай „*Кесарское сѣченіе при предлежаніи дѣтскаго мѣста*“ (75 и 76). Исторія его, составленная ординаторомъ клиники докторомъ *Д. А. Абуладзе*, слѣдующая:

Е. К—ва, 47-ми лѣтъ, кievская мѣщанка, домохозяйка, православная, малоросіянка. Въ клинику доставлена изъ поликлиники. Больная, въ общемъ, пользовалась относительно хорошимъ здоровьемъ; лишь въ раннемъ дѣтствѣ считалась золотушной. Менструировала съ 15-ти лѣтъ, по установившемуся сразу типу—черезъ 3-хъ-недѣльные промежутки, по 7 дней, обильно, безболѣзненно. Замужемъ 14 лѣтъ за вполне здоровымъ человѣкомъ. Послѣднія регулы имѣла 20 марта 1896 года, съ какихъ поръ считаетъ себя беременной, при чемъ данная беременность по счету—четвертая. Первое движеніе плода въ настоящей беременности замѣтила въ половинѣ іюля 1896 года. Предыдущія три беременности протекали правильно и окончились срочными родами; всѣ трое дѣтей—живы и по сіе время. Въ послѣдній разъ родила четыре года тому назадъ, при чемъ послѣдовый періодъ, судя по словамъ больной, осложнился обильнымъ кровотеченіемъ, вслѣдствіе атоніи матки. Послѣ этихъ родовъ больная не переставала страдать болями. Въ теченіи послѣродовыхъ періодовъ сама больная ничего особеннаго не отмѣчала.

Въ августѣ 1896 года больная вывалилась изъ экипажа и слегка ушиблась, а 20-го октября того же года, безъ всякихъ болей и безъ схватокъ, появилось кровотеченіе, прекратившееся въ тотъ-же день. Двадцать четвертаго октября кровотеченіе повторилось и было болѣе обильнымъ, чѣмъ въ предыдущій разъ.

Приглашенный изъ поликлиники дежурный врачъ *Дашкевичъ*, констатировавъ, что кровотеченіе прекратилось, зѣвъ матки закрытъ, и признавъ общее состояніе больной весьма удовлетворительнымъ, назначилъ покой, клизму изъ опія, *viburnum prunifolium* и посовѣтовалъ, въ случаѣ повторенія кровотеченія, дать немедленно знать въ клинику. Слѣдуя данному совѣту, больная лежала, и до 27-го октября кровотеченіе больше уже не возобновлялось. Двадцать седьмого октября къ вечеру, безъ видимой причины, отошли воды въ количествѣ около двухъ стакановъ, а затѣмъ—столько же темной крови. Приглашенные изъ клиники врачи *Гогоцкій* и *Дашкевичъ* застали больную уже при начавшихся родахъ и діагносцировали предлежаніе дѣтскаго мѣста.

Больная изъявила желаніе поступить въ клинику, куда она въ ту же ночь и была привезена.

При осмотрѣ оказалось слѣдующее: общее состояніе удовлетворительно. Упитана хорошо. Какихъ-либо уклоненій въ строеніи скелета нѣтъ. Со стороны органовъ грудной и брюшной полостей ничего патологическаго не отмѣчается. Температура тѣла—36.9, при пульсѣ 92—98 и при дыханіи 34. Изслѣдованіе мочи ничего ненормальнаго не обнаружило. Размѣры таза: D. tr.—34.0; D. cr.—29.0; D. sp.—22.5 (?); C. ext.—21.0. Дно матки—на два пальца ниже меча; плодъ живой, въ первомъ затылочномъ положеніи. Предлежащая часть—высоко, надъ входомъ въ тазъ. Изъ влагалища сочтается темная кровь въ умѣренномъ количествѣ; длина канала шейки—до 2 см., зѣвъ раскрытъ пальца на $1\frac{1}{2}$, выполненъ сгусткомъ крови, за которымъ ясно прощупывается край дѣтскаго мѣста, выполняющаго большую часть зѣва матки. Спереди и слѣва очень высоко достигается головка плода, безъ оболочекъ. Влагалище проспринцовано растворомъ сулемы, введенъ кольпейринтеръ, и рѣшено держаться выжидательнаго образа дѣйствія, каковой примѣнялся до 10 час. утра 31 октября.

За все это время роды нисколько не подвигались впередъ, вслѣдствіе чрезвычайно слабыхъ и рѣдкихъ схватокъ. Между тѣмъ больная періодически теряла крови отъ $\frac{1}{2}$ до 2 стакановъ за-разъ, что стало отражаться на общемъ ея состояніи (обмороки 2 раза) и на дѣятельности сердца (пульсъ сталъ доходить до 120 ударовъ въ минуту)¹⁾. Ко всему этому присоединились явленія, указывавшія на несомнѣнно наступившую инфекцію: ознобъ, повышеніе t^0 тѣла до 38.8^0 С., чувствительность нижняго сегмента матки.

Требовалось, очевидно, поспѣшить съ окончаніемъ родовъ, какъ въ интересахъ матери, такъ и плода, жизнь котораго опредѣлялась лишь по рѣдкимъ и слабымъ движеніямъ.

Имѣя дѣло съ обезкровленной, инфицированной роженицей, преклоннаго возраста, съ предлежаніемъ дѣтскаго мѣста, resp. разрыхленнымъ нижнимъ сегментомъ матки, при которомъ и послѣ родовъ нельзя быть гарантированнымъ отъ сильныхъ послѣдовательныхъ кровотеченій, при зѣвѣ, открытомъ лишь на $\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца, при обсужденіи выбора пособій, остановились исключительно на кесарскомъ сѣченіи. Признавъ же очагомъ инфекции матку, пришлось, въ интересахъ жизни больной, пожертвовать этимъ органомъ, кстати сказать—уже сослужившимъ вполнѣ у данной больной свое назначеніе.

Операция произведена, при противогнилостной обстановкѣ, проф. Г. Е. Рейномъ 31 октября 1896 года.

По вскрытіи брюшной полости, на высотѣ схватки разсѣчена передняя стѣнка

¹⁾ Съ 20-го по 31-е октября кровотеченіе повторялось 5 разъ, при чемъ, въ общей сложности, больная потеряла болѣе 8 стакановъ крови.

матки, въ области полога мускула, на протяженіи около 15 см. Показавшійся въ ранѣ пузырь разорванъ, младенецъ захваченъ за ножку и извлеченъ живымъ. Послѣ предварительной перевязки сѣменныхъ сосудовъ съ обѣихъ сторонъ, на нижній сегментъ матки наложенъ эластическій жгутъ, удалено изъ матки дѣтское мѣсто, ампутирована матка, зашита брюшная рана, а культя ножки укрѣплена иглами въ нижнемъ углу раны.

Вѣсъ извлеченной дѣвочки—1960 grm. Длина—42 см. Вѣсъ дѣтскаго мѣста—520 grm.; размѣры—17,0-15,0-2,5. Ворсинки chorion'a на нѣкоторомъ протяженіи оказались отдѣленными отъ ткани дѣтскаго мѣста.

Послѣоперационное теченіе: Мах t^0 —37,8, пульсъ—78, min. t^0 —36,4, пульсъ—62. На 8-й день сняты швы; рана зажила первымъ натяженіемъ. Культя въ верхнихъ слояхъ омертвѣла путемъ сухой гангрены, въ болѣе глубокихъ—путемъ влажной и отпала на 21-й день. Ребенокъ вскармливается грудью матери.

На 32-й день мать и ребенокъ выписались изъ клиники здоровыми.

Опираясь на современные успѣхи брюшной хирургіи, авторъ настоящаго сообщенія находитъ возможнымъ расширить показанія къ кесарскому сѣченію. При предлежаніяхъ дѣтскаго мѣста, въ особенности, — въ нѣкоторыхъ случаяхъ, подобныхъ описываемому, онъ предлагаетъ именно кесарское сѣченіе, какъ пособіе вполне вѣрное; относительно безопасное и отвѣчающее вполне научнымъ требованіямъ. Къ подобному же, почти, взгляду пришелъ и *Bernays* (*Journ. of the amer. Assoc.* 1894. Mai 12), произведшій консервативное кесарское сѣченіе, при предлежаніи дѣтскаго мѣста. При этомъ „*солидный опытъ*“ хирурга, по мнѣнію цитируемаго автора, является главнымъ условіемъ; въ противномъ случаѣ *B.* совѣтуетъ примѣнять общеизвѣстные методы леченія.

Г. Ф. Писемскій.—„*Демонстраціи микроскопическихъ препаратовъ срѣзовъ фаллопиевыхъ трубъ* (77). Участки трубъ получены при резекціи ихъ у крестьянки 28 лѣтъ, при повторной операциіи кесарскаго сѣченія, произведенной въ Кіевской Акушерской Клиникѣ. Первый разъ кесарское сѣченіе сдѣлано было по причинѣ запруженія таза опухолями (См. выше, стр. 181). Тогда же, для предупрежденія беременности трубы перевязаны были съ обѣихъ сторонъ одиночными шелковыми лигатурами, отступя, примѣрно, на 1 см. отъ угла матки. Не смотря на это, черезъ четыре мѣсяца наступила беременность, ради чего опять потребовалось произвести, вторично, кесарское сѣченіе на той же больной. Операциа произведена въ ночь на первое января 1896 года. На этотъ разъ трубы на мѣстѣ первыхъ лигатуръ были резецированы. Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ участковъ трубъ показало, что просвѣтъ лѣвой трубы вполне облитерировался, проходимость же правой существуетъ. На послѣдовательныхъ срѣзахъ правой трубы замѣчается постепенное суженіе просвѣта, при чемъ на мѣстѣ лигатуры, которая на препаратѣ обхватывала циркулярно трубу, просвѣтъ трубы суженъ въ весьма значительной степени. Непрерывность эпителия сохранена. На срѣзахъ лѣвой трубы мѣсто просвѣта опредѣлить невозможно;

въ тканяхъ стѣнки трубы мелкоклѣтчатый инфильтратъ, кровоизліянія, сосуды переполнены кровью. Между волокнами шелковыхъ лигатуръ—замѣчается масса гигантскихъ, многоядерныхъ клѣтокъ, сидящихъ иногда кучками.

По мнѣнію автора, перевязка трубъ, съ цѣлью предупредить наступленіе беременности, есть способъ далеко ненадежный.

Въ остальныхъ отношеніяхъ этотъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія, второй въ Кіевской Акушерской Клиникѣ (см. выше, стр. 184), не представилъ какихъ либо важныхъ особенностей.

Исходъ операціи какъ для матери, такъ и для плода, и въ этомъ случаѣ былъ вполнѣ благополучный.



XVI. Неправильности таза.

78. Проф. Г. Е. Рейнъ.—Къ статистикѣ узкихъ тазовъ въ Россіи (Заключенія къ докладу на II-мъ Международномъ Съѣздѣ Гинекологовъ въ Женевѣ).
79. М. А. Воскресенскій.—Кифотическій женскій тазъ, осложненный рахитомъ. Прот. Общ. Кіевск. Врачей. 1883—84 г. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
80. Г. Г. Левицкій.—Кифотическій женскій тазъ. Прот. Кіевск. Акушерск. Общ. 1894 г. т. 7, в. XIV. Прилож. стр. 71 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
81. Его-же.—Женскій кифозный нерахитическій тазъ. Ibid. 1898 г. т. 10, в. XIX. Прилож. стр. 33. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
82. А. И. Брасковскій и Г. Ф. Писемскій.—Случай чревосѣченія послѣ разрыва матки во время родовъ у женщины съ кифотическимъ тазомъ (*Изъ Кіевск. Акушер. Полікл.* (Ср. выше, стр. 174).
83. Г. Г. Левицкій.—Женскій расщепленный тазъ. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1896 г. т. 9, в. XVII. Прилож. стр. 7 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
84. П. Ю. Броль.—Демонстрація больной съ расщепленнымъ тазомъ и выворотомъ мочевого пузыря. Ibid. 1896 г. т. 9, в. XVIII, стр. 44 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
85. Г. Г. Левицкій.—Тазъ карлицы общесуженный плоскій, рахитическій. Ibid. 1895 г. т. 8, в. XVI. Прилож. стр. 151 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
86. В. П. Жемчужниковъ.—Случай продолжительнаго задержанія въ полости матки головки плода послѣ декапитации. Ibid. 1892 г. т. 5, в. IX. Прилож. стр. 74 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
87. Проф. Г. Е. Рейнъ.—Случай удаленія тазовой опухоли по сакральному способу. Ibid. 1898 г. т. 11, в. XXI, стр. 10.
Ср. также: Проф. Г. Е. Рейнъ.—Второй случай кесарскаго сѣченія по поводу фиброзной опухоли малаго таза. Стр. 183.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—„Къ статистикѣ узкихъ тазовъ въ Россіи“ (78). Заключение (въ переводѣ на русскій языкъ) къ докладу на II-мъ международномъ Съѣздѣ Гинекологовъ въ Женевѣ подъ заглавіемъ: „*Fréquence relative et formes les plus usuelles des rétrécissements du bassin*“. Comptes rendus du congrès périodique internationale de gynécologie et d'obstétrique. 2-me session. Genève p. 37—43 et p. 107.

1) На 55000 беременныхъ женщинъ, въ двѣнадцати акушерскихъ клиникахъ и родовспомогательныхъ учрежденіяхъ Россіи, найдено 2,205 узкихъ тазовъ, съ истинной конъюгатой до 9,5 cm. для плоскихъ тазовъ и до 10,0 cm. для общеравносуженныхъ, т. е. 4⁰/₀ узкихъ тазовъ, съ упомянутой степенью суженія.

2) Общее число узкихъ тазовъ въ Россіи почти такое же, какъ и въ Германіи, въ особенности, если принять во вниманіе тазы съ незначительной степенью суженія; такъ, напр., въ Кіевской Акушерской клиникѣ найдено 14,1⁰/₀ узкихъ тазовъ. Изъ работы д-ра *Рышша* видно, что въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи (проф. А. Я. Красовскій) число узкихъ тазовъ равно 13,5⁰/₀, а въ родовспомо-

гательномъ заведеніи *Великой Княгини Елены Павловны* оно равно $17,7\%$. (проф. *Д. О. Оттъ*).

3) Въ общемъ, можно сказать, что въ Россіи тазы, съ значительной степенью суженія встрѣчаются относительно рѣдко. На 54000 беременныхъ женщинъ узкій тазъ съ истинной конъюгатой, равной 8 см. для плоскихъ и 9 см. для общеравномѣрно-суженныхъ, наблюдался въ 457 случаяхъ ($0,8\%$); при чемъ въ это число вошли тазы съ суженіями 2-ой и 3-ей степеней. Тазы для кесарскаго сѣченія (суженія 3-ей степени) встрѣчаются еще болѣе рѣдко.

4) На Кавказѣ, гдѣ рахитъ встрѣчается рѣдко, узкій тазъ наблюдался въ $1,04\%$. Въ Варшавской же клиникѣ (проф. *Ястребовъ*) получился наибольшій процентъ узкихъ тазовъ, а именно 48% съ истинной конъюгатой, равной 9 см. При томъ въ Варшавѣ почти всѣ узкіе тазы оказываются рахитическими.

Такое громадное различіе въ полученныхъ цифрахъ объясняется этнографическими условіями, большимъ или меньшимъ распространеніемъ рахита, степенью точности измѣреній таза, а, главнымъ образомъ, отсутствіемъ общности, какъ въ методахъ измѣренія таза, такъ и въ оцѣнкѣ результатовъ, полученныхъ при измѣреніи. Вслѣдствіе этого въ статистикѣ д-ра *Желтухина* (С.-Петербургъ) мы находимъ очень малое количество узкихъ тазовъ ($0,6\%$ на 3414 беременныхъ женщинъ), такъ какъ онъ измѣрялъ во всѣхъ случаяхъ диагональную конъюгату, между тѣмъ какъ другіе авторы объ узкости таза судили по наружной конъюгатѣ.

Въ Кіевской Акушерской клиникѣ тазъ считается узкимъ, при наружной конъюгатѣ въ 18 см., если роды совершались по механизму узкаго таза.

5) Преобладающая форма суженія—плоскій нерахитическій тазъ, затѣмъ слѣдуетъ общеравномѣрно суженный. Первая форма—плоскій нерахитическій тазъ наблюдался въ 862 случаяхъ, а общесуженный въ 818 на 54000 беременныхъ женщинъ.

6) Между 2078 узкими тазами встрѣтилось 417 тазовъ рахитическихъ, т. е. въ 19% ; въ общемъ, одинъ узкій тазъ изъ пяти представляетъ признаки рахита, среди же плоскихъ тазовъ рахитическій тазъ встрѣчается въ одномъ случаѣ изъ трехъ.

7) Остеомалація очень рѣдка. Въ нашей статистикѣ встрѣтилось только 4 случая—что составитъ $0,007\%$.

Эти заключенія далеко не имѣютъ абсолютной цѣнности, и очень трудно, даже почти невозможно, получить цифры, имѣющія значенія научной точности и легко сравнимыя для всѣхъ авторовъ.

Поэтому я предлагаю Конгрессу назначить комиссію, которой и поручить выработать для слѣдующаго конгресса общую программу изслѣдованій надъ узкими тазами, болѣе точную и разработанную въ деталяхъ, въ особенности въ отношеніи методовъ изслѣдованія. Кромѣ того было бы очень желательно сдѣлать наблюденія надъ скелетированными женскими тазами различныхъ національностей.

Въ заключеніе, имѣю честь выразить мою искреннюю благодарность всѣмъ моимъ товарищамъ, которые любезно помогали мнѣ въ моихъ изслѣдованіяхъ присылкою цифровыхъ данныхъ, перечисленныхъ въ прилагаемой при семъ сводной таблицѣ.

М. А. Воскресенскій.—*„Кифотическій тазъ, осложненный рахитомъ“*. (79). Сообщение касается случая родов у женщины при кифозѣ позвоночнаго столба, въ нижней части поясничнаго отдѣла, осложненнаго рахитомъ. На второмъ году жизни у больной образовался кифозъ, а потомъ развился рахитъ, такъ что больная начала ходить только на 5 году жизни. Измѣненія въ тазу, вызванныя кифозомъ позвоночника, были уравновѣшены обратными измѣненіями рахитическими, и потому роды не представляли затрудненій. Приложенъ фотографическій снимокъ роженицы.

Г. Г. Левицкій.—*„Кифотическій женскій тазъ“* (80). Двадцатилѣтняя еврейка Мирамбелла Л. въ концѣ второго года жизни упала съ кровати, послѣ чего черезъ годъ лишь стала ходить; вскорѣ родители замѣтили у нея горбъ, все увеличивавшійся до 14 года жизни. Вышла замужъ на 20 году, беременна была 1 разъ, роды въ срокъ, были трудны, продолжались 28 часовъ и были окончены краниоклазіей, послѣ предварительной, неудавшейся попытки наложенія щипцовъ. На другой день



Рис. 32. Видъ сзади.

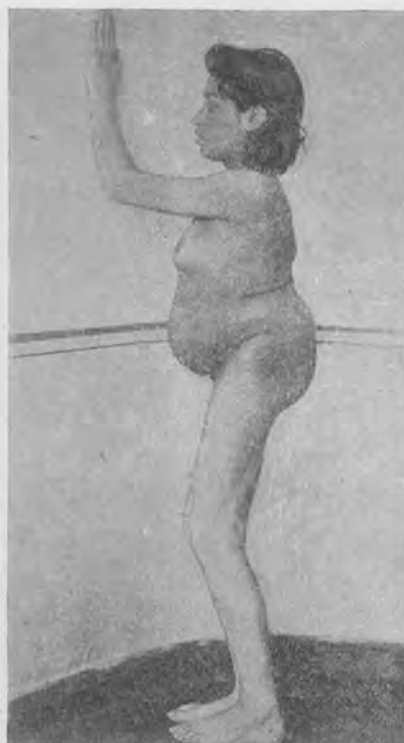


Рис. 33. Видъ сбоку.

Больная Л. съ кифотическимъ тазомъ (По фотографическимъ снимкамъ, сдѣланнымъ авт. въ клиникѣ).

послѣ родовъ началось непроизвольное мочеотдѣленіе, причиною чего, какъ оказалось, служилъ пузырно-влагалищный свищъ. Свищъ этотъ былъ зашитъ въ Кіевской Акушерской клиникѣ.

У демонстрируемой больной (См. рис. 32 и 33) имѣется пояснично-крестцовый кифозъ, обуславливающій различныя характерныя деформациі какъ всего скелета, такъ, въ особенности, таза. Главнѣйшіе размѣры таза таковы: D. sp.=25,5; D. cr.=27,0;

D. tr. = 29,0; прямой размѣръ выхода = 10; поперечный выхода = 5,75. Выходъ измѣрялся двумя способами: *Schroeder*'а и *Breisk*'аго. Послѣднему авторъ отдаетъ преимущество.

Авторъ считаетъ свой случай за чистый кифотическій тазъ, безъ осложненія рахитомъ; кифозъ сидитъ низко, что особенно неблагоприятно въ акушерскомъ отношеніи. Это, по мнѣнію автора, наиболѣе узкій изъ описанныхъ въ Россіи кифотическихъ тазовъ; въ числѣ же тазовъ, описанныхъ въ иностранной литературѣ, извѣстной автору, онъ занимаетъ 6-е мѣсто по степени суженія.

Разобравъ значеніе низко сидящаго кифоза въ акушерскомъ отношеніи, авторъ не отдаетъ преимущества ни одному изъ предложенныхъ въ этихъ случаяхъ оперативныхъ пособій, но полагаетъ, что, при своевременномъ распознаваніи, производство преждевременныхъ родовъ всего болѣе можетъ улучшить предсказаніе, какъ для матери, такъ и для ребенка.

Въ заключеніе, авторъ демонстрировалъ какъ самую больную, такъ и фотографическій снимокъ съ нея въ различныхъ положеніяхъ тѣла.

Въ подлинникѣ случай описанъ съ весьма интересными подробностями. Въ литературномъ обзорѣ приведена сводная таблица, представляющая краткій обзоръ 27 случаевъ кифотическаго таза, найденныхъ авторомъ въ литературѣ.

Слѣдующая работа того же автора. „*Женскій кифозный нерахитическій тазъ*“ (81). Крестьянка Кіевской губ. Ш., 28 л., происходитъ изъ совершенно здоровой семьи. Менструируетъ съ 23 лѣтъ, по 3—5 дней, черезъ 3 недѣли. Полтора года тому назадъ—срочные роды, длившіеся 3 дня, окончены были извлеченіемъ плода, послѣ прободенія головки; вслѣдъ за этимъ замѣтила непроизвольное истеченіе мочи. За исключеніемъ костной системы, особыхъ уклоненій въ развитіи не представляетъ. Явленій рахита не найдено. Наружные половые органы развиты правильно, разрывъ промежности 2-й степени; стѣнки влагалища состоятъ изъ сплошныхъ рубцовъ, мочеиспускательный каналъ разрушенъ; на разстояніи 2-хъ см. отъ входа—пузырно-влагалищный свищъ, пропускающій конецъ пальца. Матка отклонена кзади.

Грудная кость широка; нижнія ребра заходятъ за крылья подвздошныхъ костей. Позвоночникъ въ верхней грудной части вдавленъ; ниже угла лопатки начинается кифозъ, достигающій высшей точки на первомъ поясничномъ позвонкѣ; высота кифоза 6,0; вмѣстѣ съ тѣмъ на мѣстѣ кифоза позвоночникъ искривленъ влѣво. Тазъ на видъ воронкообразенъ. Подвздошныя кости таза мало отворочены, стоятъ болѣе прямо и оттянуты кзади. Лобокъ стоитъ высоко—наклоненіе таза уменьшено. Вышина лоннаго соединенія 4 см. Размѣры таза: D. sp.—23,0; D. cr.—27,5; D. tr.—28,0; C. ext.—17,75; Длина крестца 9,0; Прямой размѣръ выхода—10,25; поперечный выхода—6—6½ см.

Остановившись на двухъ новѣйшихъ работахъ по данному вопросу—*Нейгебауера* въ *Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie* ¹⁾ и *Klien*'а (Роды при кифотическомъ тазѣ въ *Arch. f. Gynäkologie* ²⁾ и указавъ на поспѣшность нѣкоторыхъ заключеній и

¹⁾ *Klien*. Die Geburt beim kyphotischen Becken. *Arch. f. Gynäk.* B. 50. H. 1.

²⁾ *Neugebauer*. Die heutige Statistik etc. *Mon. f. Geb. u. Gyn.* 1895, April.

неточность выводовъ первой работы, авторъ привелъ статистическія данныя различныхъ видовъ кифоза, сообразно его положенію, и остановился подробнѣе на вліяніи различныхъ этиологическихъ моментовъ кифоза и различныхъ пособій (щипцы, кесарское сѣченіе, симфизеотомія) на исходы родовъ при кифотическомъ тазѣ. Свой случай авторъ относитъ къ очень рѣдкимъ по степени суженія (поперечникъ выхода $6-6\frac{1}{2}$).

А. И. Красковскій и Г. Ф. Писемскій.—*„Случай чревосѣченія послѣ разрыва матки во время родовъ у женщины съ кифотическимъ тазомъ (82).*

Клиническое описаніе даннаго случая приведено выше, на стр. 174, здѣсь же только приводится описаніе анатомическаго препарата, сдѣланное д-ромъ Г. Ф. Писемскимъ (См. рис. 34 и 35).



Рис. 34. Кифотическій тазъ. Видъ таза съ боку. На рисункѣ рѣзко выражень низко сидящій кифозъ. Фотографическій снимокъ.

А. Ребра. Особыхъ анатомическихъ измѣненій не представляютъ. Три нижнихъ правыхъ своими передними концами достигаютъ подвздошной кости. Искривленіе позвоночника вправо, и, въ силу этого сколіоза, ребра правой стороны касаются гребешка подвздошной кости. Съ лѣвой стороны ребра не достигаютъ гребешка подвздошной кости.

Б. Грудная часть (4 послѣднихъ позвонка) позвоночника имѣетъ направленіе въ правую сторону, а, кромѣ того, соотвѣтственно поясничному изгибу, имѣетъ и направленіе кпереди. Тѣла грудныхъ позвонковъ нѣсколько меньше нормальнаго, и форма ихъ разнится въ томъ, что приближается къ треугольной. Сочленовные отростки

мало выражены. Поперечные отростки выражены рѣзко только во II-мъ позвонкѣ и соотвѣтствуютъ *processus accessorius* поясничныхъ позвонковъ. Остистые отростки особыхъ уклоненій не представляютъ.

Поясничная часть. Искривленіе выражено въ формѣ угла, открытаго кпереди, вершина котораго приходится на поясничную часть позвоночника, а стороны его составляетъ грудная часть и крестецъ. Въ поясничной части позвонки представляютъ значительное измѣненіе, именно они представляются тѣсно спаянными въ одну общую массу и не существуютъ какъ нѣчто отдѣльное. Тѣла ихъ настолько



Рис. 35. Тотъ-же, что и на рис. 34, кифотическій тазъ. Выходъ таза. Фотографическій снимокъ.

мало выражены. Поперечные отростки выражены рѣзко только во II-мъ позвонкѣ и соотвѣтствуютъ *processus accessorius* поясничныхъ позвонковъ. Остистые отростки особыхъ уклоненій не представляютъ.

разрушены и изъѣдены, что тѣло 12-го грудного позвонка прикасается къ 1-му крестцовому. Въ тѣлахъ не представляется возможности найти анатомическихъ очертаній—они слиты между собою, а дуги заднихъ отростковъ—образуютъ сильно выпуклую кзади дугу горба. Поперечные отростки поясничныхъ позвонковъ очень тонки и не симметрично развиты на обѣихъ сторонахъ.

В. Кости таза: крылья подвздошной кости отворочены и напоминаютъ мужской тазъ. *Крестецъ:* тѣло тонко, сплющено спереди назадъ. Передняя поверхность крестца плоска и представляетъ изгибъ въ предпоследнемъ крестцовомъ позвонкѣ. Остистые отростки слабо выражены. Крестецъ повернутъ вокругъ поперечной оси, копчикъ сильно выстоитъ кпереди. Задняя стѣнка малаго таза—не отрѣзокъ дуги, но линія, наклоненная сверху и сзади книзу и кпереди. Входъ въ тазъ приближается къ продольному овалу. Подвздошныя кости бѣдны костной массой. На внутренней поверхности безымянной кости, соотвѣтственно acetabulo, имѣется возвышеніе—результатъ давленія бедренной кости. Вообще кости таза тонки, такъ что дно подвздошной ямки просвѣчиваетъ, какъ тонкая пластинка.

Г. Размеры таза (по Рунге).

1. Ости—25,8 см.
2. Гребешки—28,0 см.
3. Между передне-верхней и задне-верхней остями подвздошныхъ костей—отъ правой передней къ задней лѣвой—15,7 см., отъ правой задней къ лѣвой передней—15,7 см.
4. Между передне-верхней остью подвздошной кости и остистымъ отросткомъ послѣдняго крестцоваго позвонка съ обѣихъ сторонъ по 19,5 см.
5. Между задними верхними остями подвздошныхъ костей—6,3 см.
6. Между передней верхней остью подвздошной кости и серединой нижней поверхности сѣдалищнаго бугра—справа—15,5, слѣва—15,6 см.
7. Между задней верхней остью подвздошной кости и самой верхней точкой лобковой дуги—справа—18 см., слѣва—18 см.
8. Между серединой мыса и нижнимъ заднимъ угломъ послѣдняго поясничнаго позвонка—7 см.
9. Высота крестца (по *Михаэлису*), т. е. разстояніе конца перваго крестцоваго отростка отъ линіи, соединяющей заднія верхнія подвздошныя ости—2,1 см.
10. Между самой верхней точкой гребешка подвздошной кости и самой нижней точкой сѣдалищнаго бугра (высота боковой стѣнки таза)—справа—19,8 см., слѣва—19,7 см.
11. Между нижней точкой внутренняго края сѣдалищнаго бугра и безымянной линіей—(высота малаго таза)—справа—9,4 см., слѣва—9,5 см.

12. Между серединой передней поверхности лоннаго сочлененія и концемъ перваго крестцоваго позвонка (длина таза)—15,7 ctm.
13. Между передне-верхней подвздошной остью одной стороны и задне-верхней остью другой стороны (наружный косой)—отъ передней правой—20 ctm. отъ передней лѣвой—20 ctm.
14. Между переднимъ краемъ лоннаго соединенія и остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка—20,5 ctm.
15. Между серединою мыса и ближайшей къ нему точкой внутренней поверхности лоннаго сочлененія (истинная конъюгата)—17 ctm.
16. Діагональная конъюгата—18,5 ctm.
17. Между наиболѣе отдаленными точками входа малаго таза—прямой—15,3 ctm.—поперечный—13 ctm.
18. Между крестцово-подвздошными сочлененіями одной стороны таза и подвздошно-лоннымъ бугромъ (косые размѣры)—справа—13,2 ctm., слѣва—13,2 ctm.
19. Между серединой мыса и верхней точкой задняго края лоннаго сочлененія—(анатомическая конъюгата)—16,2 ctm.
20. Между серединой мыса и серединой верхней поверхности 3-го крестцоваго позвонка—6,9 ctm.
21. Между верхней точкой задняго края лоннаго сочлененія и серединой передней поверхности 3-го крестцоваго позвонка—13,5 ctm.
22. Между верхней точкой задняго края лоннаго сочлененія и серединой верхняго края передней поверхности 3-го крестцоваго позвонка—13,4 ctm.
23. Между серединой задней поверхности лоннаго сочлененія и серединой верхняго края передней поверхности 3-го крестцоваго позвонка—13,7 ctm.
24. Между самой верхней и самой нижней точками лоннаго сочлененія и на мѣстѣ соединенія горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей—4,4 ctm.
25. Между самыми отдаленными одна отъ другой точками передней и задней поверхности лоннаго сочлененія (толщина)—1,7 ctm.
26. Ширина внутренней поверхности крестца, взятая во входѣ малаго таза (ширина крестца)—9,5 ctm.
27. Между серединой мыса и концемъ крестца—11,8 ctm.
28. Степень вогнутости крестца—1,2 ctm.
29. Хорда крестца—11,7 ctm.
30. Между сѣдалищными буграми—8 ctm.
31. Между конечной точкой крестца и верхней точкой лонной дуги—16,6 ctm.
32. Между остями сѣдалищныхъ костей—6,4 ctm.
33. Окружность входа малаго тоза—44,7 ctm.
34. Наружная окружность таза справа—31, слѣва—31.

Г. Г. Левицкий.— „Женскій расщепленный тазъ“. (83). Крестьянка Киевской губ. К., 20 л., незамужняя, въ началѣ этого года поступила въ акушерскую клинику по случаю имѣющагося у нея врожденнаго расщепленія передней тазово-брюшной стѣнки, съ выворотомъ мочевого пузыря и различными неправильностями въ развитіи тазовыхъ органовъ. (Больная была демонстрирована Акушерскому Обществу ординаторомъ клиники В. Н. Гогоцкимъ въ январскомъ засѣданіи 1894 года. См. проток. № 63).

Больной этой проф. Г. Е. Рейноль произведена пересадка мочеточниковъ въ прямую кишку, съ изсѣченіемъ мочевого пузыря. На 21-й день послѣ операциі она умерла при явленіяхъ гнойнаго воспаленія тазовой клѣтчатки¹⁾. При вскрытіи тазъ взятъ со



Рис. 36. Расщепленный тазъ. Видъ спереди. Фотографическій снимокъ.

всѣмъ связочнымъ аппаратомъ, тремя поясничными позвонками и отрѣзками бедренныхъ костей (См. рис. 36 и 37). Передняя стѣнка его не существуетъ: тазъ расщепленъ. Кости его, за исключеніемъ лонныхъ, отличаются массивностью и какъ бы грубостью; вѣсъ — 1,250 kilo. Поясничные позвонки, по своей массивности, соотвѣтствуютъ тазовымъ костямъ; тѣла ихъ сплюснуты сверху внизъ; нормальная кривизна въ поясничной части позвоночника отсутствуетъ. Крестецъ мало внѣдренъ между подвздошными костями; передняя его поверхность плоска. Мысь выше безъимянной линіи на 3 см. и не вдается въ полость таза, а какъ бы отклоненъ кзади. Копчиковая кость загибается кпереди, образуя съ крестцомъ прямой уголъ. Подвздошныя кости чрезвычайно богаты костной массой; толщина гребешковъ достигаетъ 2,5 см. Подвздошныя впадины не просвѣчиваютъ. Расстояние между задними верхними остями — 5,0; между передними — 23,5; между гребешками — 27,0. Лонное соединеніе отсутствуетъ. Лонныя кости, по сравненію съ остальными костями таза, рѣзко атрофичны; горизонтальныя вѣтви ихъ заворочены кверху и кнаружи; расстояние между ихъ свободными концами — 9 см.

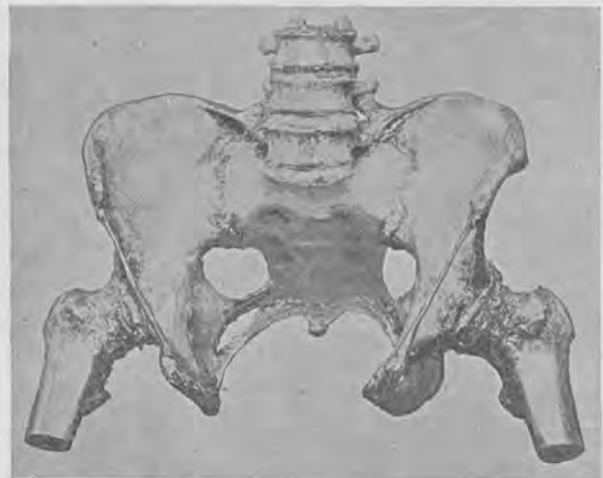


Рис. 37. Тотъ-же, что и на рис. 36, расщепленный тазъ. На рис. хорошо выраженъ входъ въ малый тазъ. Фотографическій снимокъ.

¹⁾ Случай этотъ сообщенъ проф. Г. Е. Рейноль на XI Международномъ Съѣздѣ Врачей въ Римѣ. См. ниже, въ главѣ о болѣзняхъ мочевыхъ органовъ.

Размѣры входа: прямой—13,0; поперечный—14,25; правый косою—13,0; лѣвый—14,0; conj. ext.—18,75; D. tr.—32,5. Разстояніе между сѣдалищными буграми—11,5.

Приведа вкратцѣ относящіяся сюда литературныя данныя, авторъ отнесъ свой случай къ характернымъ расщепленнымъ тазамъ и указалъ на научное и практическое значеніе этой рѣдкой неправильности женскаго таза.

П. Ю. Кроль.—*„Демонстрація больной съ расщепленнымъ тазомъ и выворотомъ мочевого пузыря“* (83). Исторія болѣзни состоитъ въ слѣдующемъ. Больная К., мѣщанка 23 л., Волинской губ., дочь здоровыхъ родителей. Регулы носить съ 18 л., по 4—5 дней, черезъ каждыя 4 недѣли. Жалуется на болѣзненную опухоль въ нижней части живота. Ростъ 135 см., вѣсъ тѣла 46 kilo. Костная система развита хорошо, но съ рѣзко выраженными уклоненіями въ области таза. Мышечная система удовлетворительна. Грудныя железы развиты правильно. Пупокъ отсутствуетъ; отъ мѣста его положенія книзу идетъ глубокая борозда, расширяющаяся по направленію книзу. На мѣстѣ долженствующаго быть симфиза находится вывороченный мочевой пузырь, въ видѣ опухоли, величиною въ куриное яйцо, кругловатой формы, покрытой слизистой оболочкой. Въ нижней части пузыря находится 2 симметрично-расположенные бугорка съ отверстиями мочеточниковъ, изъ которыхъ по временамъ струйками вытекаетъ моча. Наружные половые органы представляются въ видѣ ∇ , основаніемъ обращеннаго кверху. Большія и малыя губы въ видѣ зачаточныхъ образованій, при чемъ малыя губы, расщепляясь кверху, образуютъ уздечку и крайнюю плотъ похотника. Мочеиспускательный каналъ отсутствуетъ. Похотникъ расщепленъ, и каждая половина его эррегируетъ отдѣльно; на срединѣ основанія треугольника находится поперечная щель, величиною въ $1\frac{1}{2}$ см., съ возвышенными краями, ведущая въ слѣпой мѣшокъ, 5 см. длины—рудиментарное влагалище; дѣвственная плева отсутствуетъ. Черезъ прямую кишку прощупывается небольшая матка.

Симфизъ отсутствуетъ. *Разстояніе между горизонтальными вѣтвями лонныхъ костей*—6—8 $\frac{1}{2}$ см. D. sp.—22; D. cr.—25; D. tr.—31. Conjugata ext.—18,5. Окружность таза 85; поперечникъ выхода—10,5 см.

Суточное количество мочи 900—1200; уд. вѣсъ 1004—1010; нормальна. Діагнозъ: расщепленный тазъ, съ выворотомъ мочевого пузыря; расщепленіе клитора. Лечение даннаго случая предполагается оперативное по особому плану, который авторъ предполагаетъ изложить впоследствии.

Г. Г. Левицкій.—*„Тазъ карлицы общесуженный плоскій, рахитическій“* (85).

Авторъ демонстрировалъ Акушерскому Обществу больную съ очень рѣдкой формой узкаго таза—общесуженнымъ плоскимъ, рахитическимъ тазомъ, въ которомъ истинная конъюгата (conjugata vera) равняется 4,3 см. Больная 30 лѣтъ, незамужняя, казачка, уроженка Золотоношскаго уѣзда, Полтавской губерніи. Родные ея люди здо-

ровые. Въ дѣтствѣ была хилымъ и болѣзненнымъ ребенкомъ, часто страдала лихорадками. Лѣтъ 18-ти заболѣла водянкой, — это продолжалось около двухъ мѣсяцевъ; на 21-мъ году опять водянка—около мѣсяца. Въ промежуткахъ между этими заболѣваніями, а равно и въ послѣдующее время чувствовала себя слабой, болѣзненной. Менструировать начала на 18-мъ году; типъ мѣсячныхъ черезъ 4 недѣли, по 4—5 дней, очень болѣзненны. Такой характеръ ихъ сохранился до настоящаго времени. Coitus былъ одинъ разъ на 20-мъ году; беременной не была. За годъ до поступления въ

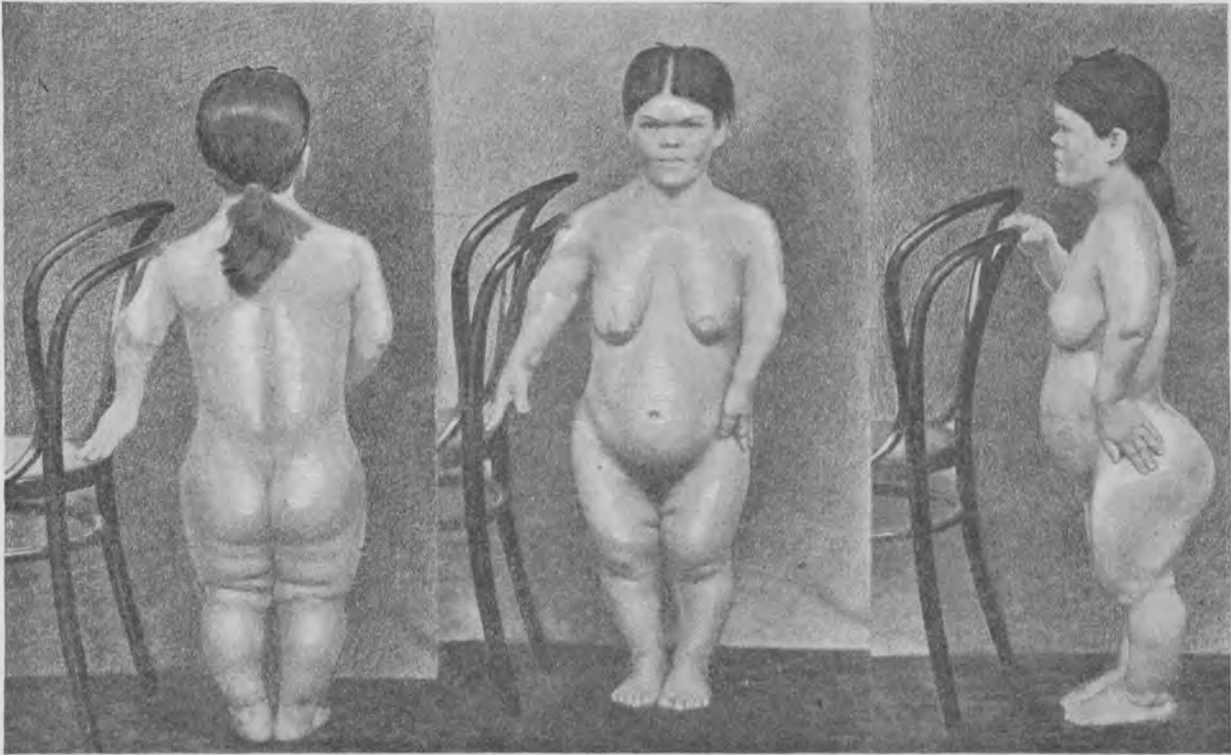


Рис. 38. Видъ сзади.

Рис. 39. Видъ спереди.

Рис. 40. Видъ сбоку.

Рис. 38, 39 и 40. Больная карлица съ общесуженнымъ плоскимъ, рахитическимъ тазомъ.

Воспроизведено съ фотографическихъ снимковъ, сдѣланныхъ авт. въ клиникѣ.

клинику, больная начала испытывать сильныя боли въ поясницѣ, внизу живота, въ пахахъ и въ ногахъ. Мочеиспусканіе стало болѣзненно. Изслѣдовавшій врачъ опредѣлилъ у нея выпаденіе матки.

Костная система больной представляетъ полное выраженіе характерныхъ рахитическихъ измѣненій во всемъ скелетѣ (См. рис. 38, 39 и 40). Походка больной утиная.

Наибольшій интересъ представляетъ описаніе таза, которое воспроизводится дословно.

Тазъ, при изслѣдованіи, представляется симметричнымъ, но съ неравномѣрно-уменьшенными своими діаметрами.

Его размеры: окружность таза—52. Наклонение— $51^{\circ}47'$.

Distantia spinarum	21,5
Distantia cristarum	22,0
Distantia trochanterica	26,5
Conjugata externa	14,0
Conjugata diagonalis	6,3
Conjugata vera	4,3
Поперечный входа	7,75 ¹⁾
Прямой выхода	8,5
Поперечный выхода	8,5
Высота лоннаго соединенія	5,0

Разстояніе отъ *sp. post. sup.* до *sp. anter. sup.*

съ правой стороны	12,0
съ лѣвой стороны	12,0
Отъ <i>sp. post. sup. dextra</i> до <i>sp. sup. ant. sinistra</i> . . .	16,5
„ <i>sp. post. sup. sinistra</i> до <i>sp. sup. ant. dextra</i> . . .	16,25
„ <i>tuber ischii</i> до высшей точки <i>cristae ilei</i> справа .	17,0
„ „ слѣва	17,0
„ <i>tuber ischii</i> до <i>sp. ant. sup.</i> справа	14,25
„ „ слѣва	14,25

При наружномъ, изслѣдованіи таза, находимъ: поясничная кривизна (лордозъ) рѣзко выражена, вслѣдствіе чего остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка трудно опредѣляется. Гребешки подвздошныхъ костей представляются прямыми, утерявъ свой S—образный изгибъ; разность между *spinae* и *cristae* равняется всего 0,5 *cm.* Подвздошныя чешуи мало выворочены и стоятъ болѣе вертикально. Сѣдалищныя кости значительно расходятся, сѣдалищные бугры рѣзко выворочены кнаружи, почему лонная дуга становится низкой и широкой.

При внутреннемъ изслѣдованіи, прежде всего бросается въ глаза чрезвычайно легкая доступность мыса и всей полости таза. Благодаря рѣзко выступающему впередъ первому крестцовому позвонку, здѣсь наблюдается еще и рѣзко выраженный ложный мысъ. Форма входа въ тазъ сердцевидная. Крестецъ оказывается выпуклымъ въ поперечномъ діаметрѣ, продольная же вогнутость его представляется въ видѣ угла, открытаго кпереди; нижняя его часть имѣетъ видъ крючка, загнутаго въ полость таза. Безымянныя линіи представляются согнутыми подъ угломъ недалеко отъ подвздошно-крестцоваго сочлененія, такъ что поперечникъ входа проходитъ, если не около мыса, то за нимъ. Задняя поверхность лоннаго соединенія не вогнута, а плоская. Въ виду

¹⁾ Измѣренъ тазомѣромъ *Skutsch'a.*

того обстоятельства, что мысь стоитъ очень низко, входъ въ тазъ очень суженъ, выходъ же остается значительно меньше суженымъ.

Такимъ образомъ, у данной больной имѣется общенеравномѣрно-суженный плоскій рахитическій тазъ.

Мышечная система больной дрябла, атрофична. Въ общемъ, больная носитъ на себѣ отпечатокъ недоразвитія не только физической но и психической сферы. Ягодичная область какъ у готтентотока. При сильномъ кашлѣ, натуживаніи, послѣ ходьбы, изъ половой щели выходитъ какъ матка, такъ и передняя стѣнка влагалища. *Sutocete* существуетъ не въ сильной степени.

Разсматривая литературу даннаго вопроса, авторъ находитъ, что средняя частота узкихъ тазовъ даетъ около $6\frac{0}{10}$, при чемъ 3-я степень суженія, представляется значительной рѣдкостью. Изъ опубликованныхъ описаній узкихъ тазовъ *Лазаревича*, *Леопольда*, *Лебедева*, *Крассовскаго* наименьшая величина конъюгаты равнялась 4,6 см. (*Лазаревичъ*).

На основаніи этого авторъ относитъ описанную форму таза къ рѣдчайшимъ формамъ по степени суженія.

В. П. Жемчужниковъ.— „Случай продолжительнаго задержанія въ полости матки головки плода послѣ деканитации“ (86). Больная была уже демонстрирована Акушерскому Обществу въ одномъ изъ предшествовавшихъ засѣданій (см. протоколъ № 38). Больная, 35 лѣтъ, поступила въ Акушерскую Клинику университета св. Владимира 13-го ноября 1890 года, спустя 10 мѣсяцевъ послѣ послѣднихъ, шестыхъ родовъ. Первые двое родовъ были нормальны. Врачъ, присутствовавшій при третьихъ родахъ (8 лѣтъ т. назадъ), заявилъ больной, что новая беременность представитъ для нея опасность; вѣроятно, тогда уже существовала описываемая ниже опухоль въ полости таза. Четвертая беременность окончилась выкидышемъ. При 5-хъ родахъ (3 года тому назадъ) была уже точно распознана опухоль, занимавшая почти $\frac{1}{3}$ часть полости малаго таза и представившая затрудненіе при освобожденіи послѣдующей головки. Свѣдѣнія о послѣднихъ родахъ, а также и о предшествовавшихъ, присланы лечившимъ больную послѣ родовъ д-ромъ *Соколовскимъ*, живущимъ въ Житомирѣ. При послѣднихъ родахъ плодъ находился въ ягодичномъ положеніи, а роженица представляла крайній упадокъ силъ. Во время безуспѣшныхъ попытокъ врача освободить прободенную послѣдующую головку, она отдѣлилась отъ туловища; дальнѣйшія попытки къ извлеченію головки также не имѣли успѣха. Черезъ два дня больная поступила въ городскую больницу въ весьма тяжеломъ состояніи, при t^0 41 и выдѣленіи ихорозной жидкости изъ влагалища. Въ больницѣ удалось вынуть изъ матки нѣсколько черепныхъ костей. Лихорадка у больной, съ временными перемерками, продолжалась нѣсколько мѣсяцевъ. Въ клинику больная поступила въ состояніи значительнаго исхуданія, съ умѣренной

лихорадкой, съ массой ихорозныхъ выдѣленій изъ влагалища и при воспалительныхъ явленіяхъ со стороны брюшины и мочевого пузыря.

Изслѣдованіе матки показало, что въ ней помѣщаются кости черепа, изъ которыхъ наиболѣе отчетливо прощупывалась темянная кость, пробуравившая переднюю стѣнку канала шейки матки и проникшая въ передній сводъ. Влагалище вытянуто кверху и оттѣснено кпереди опухолью, выросшей изъ передней поверхности крестцовой кости. Опухоль, величиною въ головку ребенка, плотна, неподвижна (См. рис. 41). Принимая во вниманіе медленность роста опухоли, ее слѣдуетъ причислить къ новообразованиямъ доброкачественнымъ (fibroma, osteofibroma, chondroma). Между опухолью и передней тазовой стѣнкой съ трудомъ помѣщаются два поперечныхъ пальца, а посему надо признать, что истинная акушерская конъюгата не превышаетъ 3 см.; измѣренная послѣ операции посредствомъ тазомѣра *Skutsch'a*, она оказалась равной $2\frac{1}{2}$ см.

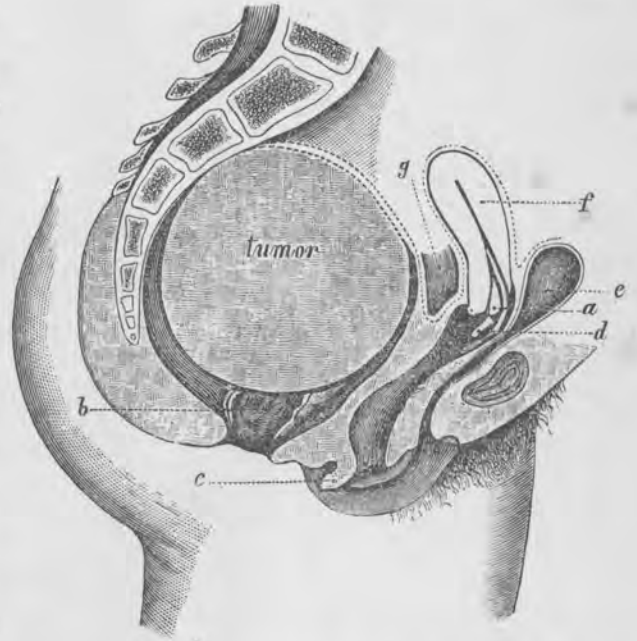


Рис. 41. Схематическій рисунокъ сагиттальнаго разрѣза черезъ всю поясничную область, у женщины, съ продолжительнымъ задержаніемъ въ полости матки головки плода послѣ декапитаціи. *a*—передняя губа шейки матки, пробуравленная костью; *b*—прямая кишка; *c*—выпавшая задняя стѣнка рукава; *d*—часть верхне-челюстной кости; *e*—мочевого пузыря; *f*—тѣло матки; *g*—заднее дугласово пространство.—Темянныя кости, вышедшія изъ матки во влагалище черезъ узуру передней губы шейки и изображенныя въ вертикальномъ разрѣзѣ, буквами не обозначены.

Послѣ подготовительнаго леченія, больная была оперирована 29-го ноября, причемъ подъ хлороформомъ удалены изъ матки слѣдующія кости: двѣ темянныхъ, большая часть лобныхъ и части костей верхней челюсти (См. рис. 43). 14-го декабря больная оставила клинику, значительно поправившись и освободившись отъ своей болѣзни. При выпискѣ изъ клиники ей данъ совѣтъ явиться обратно черезъ 3 мѣсяца для операции удаленія тазовой опухоли ¹⁾).

Авторъ обращаетъ вниманіе на этотъ случай, какъ на весьма рѣдкій и поучительный. При такомъ суженіи таза, какое имѣлось въ данномъ случаѣ, поведеніе врача, заставшаго больную уже по отдѣленіи туловища ребенка, могло быть двойное: или же онъ долженъ былъ произвести своего рода кесарское сѣченіе для извлеченія изъ матки одной только головки, или же выжидать выдѣленія ея путемъ нагноенія. По мнѣнію автора, врачъ былъ правъ, избравъ второй способъ, такъ какъ при суще-

¹⁾ Удаленіе опухоли произведено впослѣдствіи доцентомъ *К. М. Сапѣжко* въ Кирилловской больницѣ по сакральному способу. Нижній отдѣлъ крестцовой кости резецированъ. Больная выздоровѣла.—Реф.

ствовавшихъ въ то время условіяхъ (несоотвѣтствующая обстановка, лихорадочное состояніе роженицы) успѣхъ чревосѣченія казался весьма сомнительнымъ.

Удаленныя и раньше выдѣлившіяся кости демонстрированы (См. рис. 42 и 43).

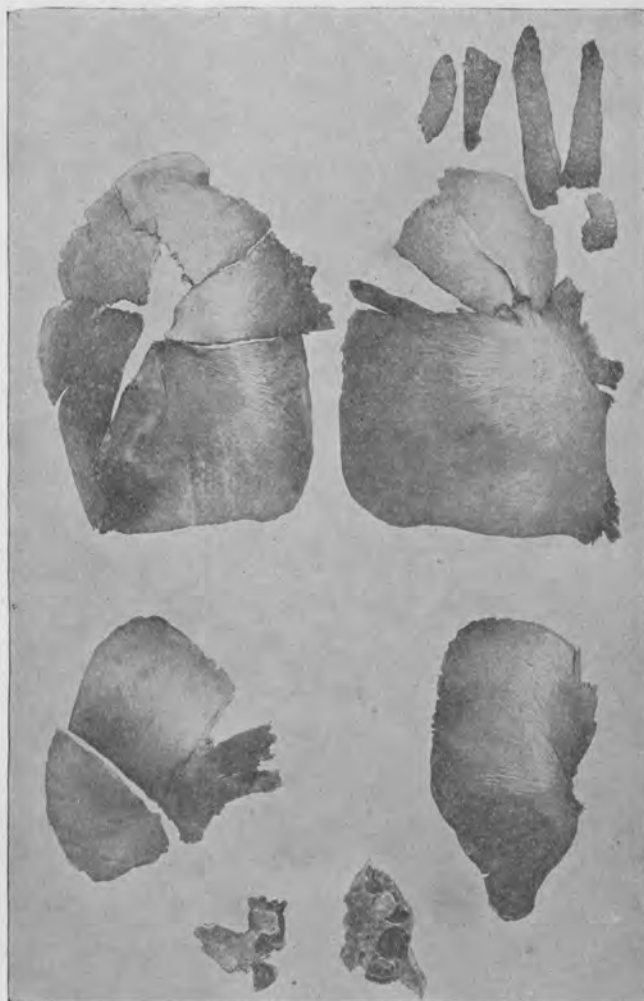
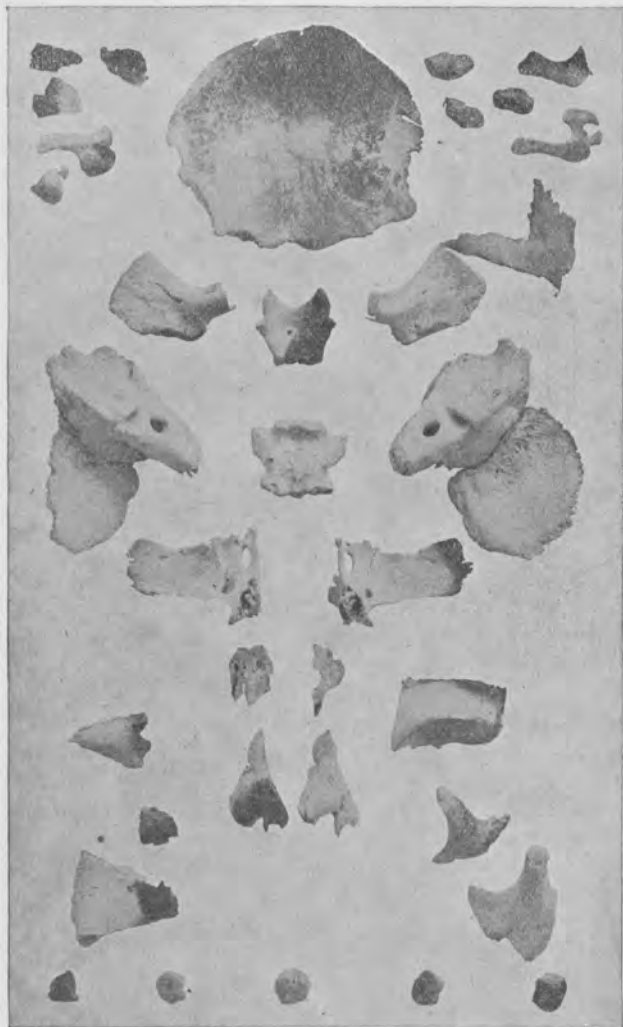


Рис. 42. Случай долговременнаго задержанія головки плода въ полости матки послѣ декапитаціи. Кости, собранныя до поступленія въ клинику. На рисункѣ видны: сверху—чешуя затылочной кости; по бокамъ ея расположены куски шейныхъ позвонковъ и небольшіе кусочки плоскихъ костей. Во второмъ ряду слѣва правая суставная часть затылочной кости и обломокъ плоской кости. Далѣе видны: правая височная кость, тѣло клиновидной кости, лѣвая височная кость, крылья клиновидной кости, раковина рѣшетчатой кости, обломокъ крыловиднаго отростка, обломокъ лобной кости, орбитальная часть лѣвой лобной кости, часть лобнаго отростка правой скуловой кости, малыя крылья клиновидной кости, лѣвая скуловая кость, обломокъ лобной кости, лѣвая восходящая вѣтвь нижней челюсти. Внизу таблицы изображено 5 мелкихъ костей, по всей вѣроятности, части шейныхъ позвонковъ.—Фотографическіе снимки съ препарата изъ музея Кіевск. Акушерск. Клиники.

Рис. 43. Тотъ-же случай, что и на рисункѣ 42. Кости, удаленныя во время операціи въ клинику. На рисункѣ видны: правая темянная кость, лѣвая темянная кость, части лобныхъ костей и части верхней челюсти.

Примѣчаніе. Части нѣкоторыхъ костей представляются сильно почернѣвшими, какъ-бы обугленными. Явленіе это можетъ быть объяснено дѣйствіемъ газовъ въ разложившемся ихорозномъ отдѣленіи абсцесса или дѣйствіемъ кишечныхъ газовъ.

Проф. Г. Е. Рейнь.—„Случай удаленія тазовой опухоли по сакральному способу“ (87).

Больная Л., 27 лѣтъ, уже раньше дважды была показана Акушерскому Обществу по случаю произведенной ей два раза операціи кесарскаго сѣченія (См. выше, стр. 181 и стр. 183, и рис. 44). Л., хорошаго здоровья, вышла замужъ на 16-мъ году. Беременная была 5 разъ. Первые роды, на 17-мъ году, окончились черезъ 8 дней силами природы, ребенокъ мертвъ. На 18-мъ году, при вторыхъ родахъ, продолжавшихся трое сутокъ, разрѣшилась живымъ плодомъ. Черезъ годъ опять родила живого ребенка. Роды продолжались пять сутокъ. Четвертые роды 22-го ноября 1894 г., по случаю запруженія таза опухолью, были окончены при помощи операціи кесарскаго сѣченія. Пятыя роды 1 января 1896



Рис. 44. Рис. представляет видъ передней брюшной стѣнки больной Л. со слѣдами разрѣзовъ отъ двухъ предшествовавшихъ кесарскихъ сѣченій. Фотографическій снимокъ.

года, по той-же причинѣ, окончены также помощью кесарскаго сѣченія. Такимъ образомъ, присутствіе опухоли впервые обнаружено 3 года тому назадъ., когда больная явилась въ клинику въ четвертыхъ родахъ. Въ то время нижняя граница опухоли начиналась на 5 см. отъ входа во влагалище и conj. vera=2 поп. пальцамъ; въ настоящее время опухоль начинается на $2\frac{1}{2}$ пальца отъ входа и conj. vera соотвѣтствуетъ ширинѣ 1— $1\frac{1}{2}$ поп. пальца. Величина опухоли въ крупную дѣтскую

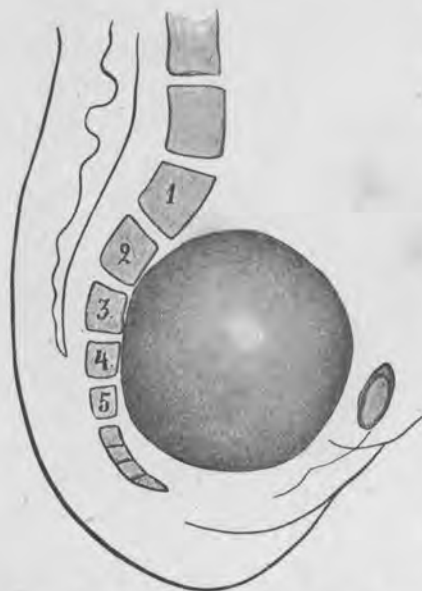


Рис. 45. Шематическое изображеніе таза съ опухолью въ сагитальномъ разрѣзѣ.

головку; она занимаетъ область 2, 3, 4 и (5?) крестцово-ваго позвонка, распространяясь болѣе справа. Кончикъ свободенъ (См. рис. 45 и 46). Прямая кишка нѣсколько отѣснена влѣво. Опухоль нѣсколько сплющена сверху вниз¹⁾. При ощупываніи черезъ брюшныя стѣнки она закрываетъ болѣе лѣвую половину входа въ тазъ.



Рис. 46. Видъ опухоли сверху во входѣ въ тазъ. Шематическое изображеніе.

Основаніе довольно широко, хотя уже наибольшей периферіи опухоли, и занимаетъ площадь 2, 3 и 4 крестцово-ваго позвонка и преимущественно область праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія; консистенція опухоли плотна, фиброзна, мѣстами эластична,

¹⁾ На шематическомъ рис. 45 сплющиваніе это, по ошибкѣ, не ясно показано.—Реф.

подвижности нѣтъ. Матка стоитъ высоко и приращена къ брюшной стѣнкѣ въ области рубца на мѣстѣ бывшей брюшной раны. Симптомы слѣдующіе: запоры, затрудненное мочеиспускание, невозможность совершать coitus и даже, въ послѣднее время, временное задержаніе менструальной крови во влагалищѣ, выше суженнаго мѣста. Въ виду несомнѣннаго роста опухоли, показаніе къ удаленію ея становилось жизненнымъ, тѣмъ болѣе, что возможно было предполагать и злокачественное ея перерожденіе. Для удаленія опухоли избранъ сакральный методъ¹⁾.

Восьмого января 1897 г. произведена операція, въ положеніи больной на лѣвомъ боку и животѣ, слѣдующимъ образомъ. I) Въ области крестца сдѣланъ разрѣзъ кожи, подкожной клѣтчатки и надкостницы до кости въ формѣ подковы или неполнаго треугольника съ закругленными углами, соотвѣтственно формѣ крестцовой кости, при чемъ основаніе треугольника соотвѣтствовало второму крестцовому позвонку, а верхушка— копчику. II) Соотвѣтственно каждому разрѣзу сдѣланъ дугообразный разрѣзъ кости долотомъ, начиная отъ мѣста соединенія 2-го съ 3-мъ крестцовымъ позвонкомъ. Отрѣзанный кусокъ крестца отвернуть книзу (См. рис. 47); при этомъ ложе опухоли обнаружилось на пространствѣ 3-хъ копѣечной монеты. Разрѣзъ сѣдалищно-крестцо-

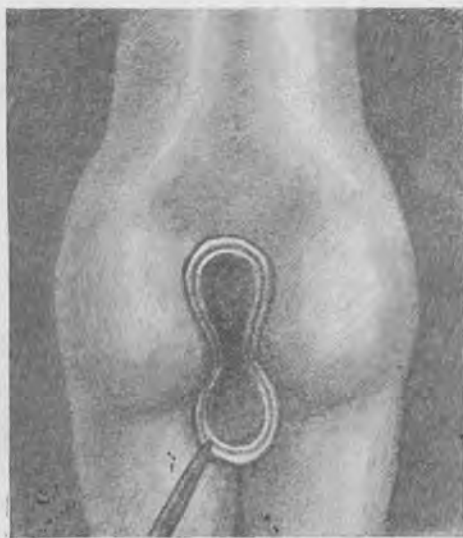


Рис. 47. Рис. изображаетъ сакральный лоскутъ, отвороченный книзу. Шематическій рисунокъ съ наброска, сдѣланнаго кураторомъ во время операціи.

выхъ связокъ книзу и кнаружи—въ стороны—далѣе возможность еще больше обнажить ложе опухоли. III) Вскрыта капсула опухоли, и опухоль вылучена рукою покускамъ. Обрывки опухоли остались на стѣнкѣ капсулы; опухоль, какъ бы подвергшаяся жировому или слизистому перерожденію, легко разрывалась и мало кровоточила.



Рис. 48. Рис. изображаетъ тотъ же лоскутъ послѣ его приживленія. Фотографическій снимокъ.

При попыткахъ удаленія обрывковъ, оставшихся на капсулѣ, появившееся кровотеченіе помѣшало удалить эти остатки. IV) Оставшаяся послѣ удаленія опухоли полость выполнена кусками марли, и въ нее положено нѣсколько полосокъ марли, концы которыхъ выведены черезъ нижніе углы раны. Отрѣзанный кусокъ крестца поставленъ на прежнее мѣсто, и надкостница сшита тремя швами. Зашиваніе кожи (См. рис. 48). Продолжительность операціи 36 мин., а опухоль удалена въ 18 мин.

¹⁾ Оперировали профф. Г. Е. Рейнъ и Л. А. Малиновскій.

Рисунки, показывающіе топографическія отношенія опухоли къ тазу, различные моменты операціи и рубецъ, оставшійся на кожѣ послѣ операціи, были представлены Акушерскому Обществу проэцированными на экранѣ, при помощи проэціоннаго аппарата.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ особыхъ осложненій. Температура 4 раза по вечерамъ достигала 38^0 , а на 13-й день поднялась до $38,8$. Затѣмъ, выздоровленіе гладкое. Тампонъ постепенно извлекался, начиная съ третьяго дня; на пятыя сутки онъ былъ удаленъ и замѣненъ стекляннымъ дренажемъ. На 13-й день, при изслѣдованіи черезъ прямую кишку, найденъ на мѣстѣ сращения крестца эксудатъ (или мозоль?) толщиною въ $2\frac{1}{2}$ пальца. Черезъ нѣсколько недѣль мозоль эта почти вполнѣ рассалась. Крестецъ приросъ. Подвижность копчика сохранена. На 14-й день дренажъ удаленъ. На 25-й день больная встала съ постели, на 34-й оставила клинику. Послѣ операціи она только въ первый день испытывала стрѣляющія боли, первое время съ трудомъ могла садиться.

Въ настоящее время (болѣе 2-хъ мѣсяцевъ послѣ операціи) не можетъ, вслѣдствіе болей, сразу вставать на ноги. Въ общемъ, ея здоровье вполнѣ удовлетворительно; въ походкѣ отклоненій не замѣчается. (На дняхъ, спустя болѣе $2\frac{1}{2}$ лѣтъ послѣ операціи, замѣчено начало рецидива.—Реф.).

На основаніи приведеннаго наблюденія, авторъ дѣлаетъ слѣдующія заключенія: 1) Сакральный методъ представляетъ значительное обогащеніе не только хирургіи, но и гинекологіи и акушерства. 2) При дальнѣйшей разработкѣ онъ обѣщаетъ дать значительныя пріобрѣтенія и для терапіи родовъ при узкихъ тазахъ. 3) Выполненіе операціи, при правильномъ ея производствѣ, не особенно трудно; кровотеченіе не велико.



XVII. Клинико-бактеріологическія изслѣдованія.

88. Студентъ **А. Н. Афанасьевъ**.—Къ вопросу о микроорганизмахъ послѣродовыхъ отдѣленій. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1894 г., томъ 7, вып. XIII. Прилож. стр. 79 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
89. **Ю. О. Аншелевъ**.—Способы получения лохий по отдѣльнымъ частямъ полового канала женщины, съ бактериологическою цѣлью. Ibid. 1892 г., т. 6, в. XI. Прилож. стр. 36 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
90. **Н. М. Звинятскій**.—О нагноеніи безъ микробовъ. Ibid. 1895 г. т. 8, вып. XVI. Прилож. стр. 125 (*Изъ лабораторіи проф. А. Д. Павловскаго и Кіевской Акушерской Клиники*).
91. Студентъ **Бурштейнъ**.—Результаты изслѣдованій надъ распространеніемъ гонококковыхъ заболѣваній среди гинекологическихъ больныхъ. Ibid. 1898 г. т. 10, вып. XIX, стр. 31 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
92. **Л. А. Орловскій**.—Демонстрація гонококковыхъ культуръ. Ibid. 1898 г. т. 10, в. XIX, стр. 32 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
93. **Г. Ф. Писемскій**.—Бактеріологическія изслѣдованія шелковыхъ лигатуръ и губокъ, употребляемыхъ въ Кіевской Акушерской Клиникѣ при чревосѣченіи. Ibid. 1890 г. т. 3, в. VI, стр. 18 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
94. **Его-же**.—Матерьялы къ вопросу объ асептикѣ при чревосѣченіяхъ. Ibid. т. 4, вып. VII, стр. 37 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
- Ср. также выше, главу VIII. Работы объ асептикѣ и антисептикѣ, въ примѣненіи къ акушерству и гинекологіи.
-

Студ. **А. Н. Афанасьевъ**.—„Къ вопросу о микроорганизмахъ послѣродовыхъ отдѣленій“. (88).

Работа эта, произведенная по предложенію проф. **Г. Е. Рейна**, въ 1884—1885 г., заключаетъ въ себѣ обстоятельное бактериологическое изслѣдованіе содержимаго полового канала родильницъ. Хотя, по заявленію самого автора, работа эта и осталась не вполне законченною, почему и не была напечатана своевременно, тѣмъ не менѣе въ ней имѣется очень много цѣнныхъ наблюденій, добытыхъ авторомъ не только

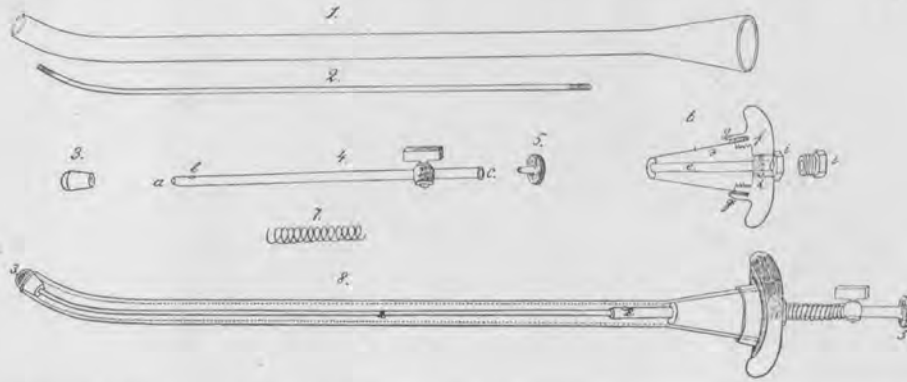
путемъ микроскопическаго изслѣдованія лохій, изслѣдованія ихъ на микроорганизмы на различныхъ питательныхъ средахъ, но и путемъ опытовъ надъ животными.

Материаломъ для изслѣдованія служили беременныя, роженицы, но, главнымъ образомъ, родильницы изъ Кіевской Акушерской Клиники, какъ съ нормальнымъ, такъ равно и съ патологическимъ послѣродовымъ періодомъ. Лохіи брались изъ разныхъ отдѣловъ родового канала: изъ входа во влагалище, изъ самаго влагалища и его сводовъ, изъ канала шейки матки и изъ полости матки. У нѣкоторыхъ родильницъ брались одновременно пробы отдѣленій изъ влагалища и изъ матки, или изъ входа во влагалище и влагалищныхъ сводовъ (чаще всего задняго) для параллельнаго изслѣдованія.

Прививки животнымъ дѣлались или непосредственно лохіями, или полученными уже изъ лохій, на различныхъ питательныхъ средахъ, культурами. Для опытовъ служили исключительно кролики и только въ 2 случаяхъ — морскія свинки. Прививки производились имъ подъ кожу, въ яремную вену, въ брюшину и въ полость матки, иногда тотчасъ послѣ родовъ.

Для собиранія лохій авторомъ придуманъ особый, довольно сложный, остроумный приборъ, который состоитъ изъ стеклянной, немного изогнутой, трубки (см. рис. 49), внутри которой помѣщается упругій металлическій пруть; на маточный конецъ прута навинчивается металлическая пробка, плотно пришлифованная къ отверстию трубки; противоположный конецъ прута ввинченъ въ тонкую металлическую трубочку, имѣющую небольшое отверстіе на мѣстѣ прикрѣпленія прута, сообщающее ея полость съ полостью стеклянной трубки; трубочка проходитъ сквозь металлическую, конической формы пробку, плотно пришлифованную къ болѣе широкому отверстию на ручномъ концѣ стеклянной трубки и снабженную шляпкой для лучшаго удержанія частей прибора; свободный наружный конецъ маталлической трубочки снабженъ краномъ и отверстіемъ, закрываемымъ пуговкой; между краномъ трубочки и шляпкой конической пробки на трубочку надѣта спиральная пружина; трубочка вмѣстѣ съ стержнемъ движется взадъ и впередъ въ плотно пришлифованномъ каналѣ конической пробки. Всѣ металлическія части, кромѣ спиральной пружины, сдѣланы изъ мѣди и позолочены и могутъ быть свободно и быстро разбираемы и вновь составляемы. Пришлифованныя части смазывались чистымъ вазелиномъ. Приборъ этотъ предъ употребленіемъ разбирался, вымывался крѣпкой сѣрной кислотой, водой и спиртомъ и высушивался при помощи сѣрнаго эфира. Затѣмъ изъ него высасывался воздухъ, при открытомъ кранѣ, чрезъ отверстіе трубочки, закрываемое затѣмъ пуговкой, такъ что внутри стеклянной трубки получалось разрѣженное въ большей или меньшей степени пространство, послѣ чего кранъ закрывался. Для высасыванія воздуха съ успѣхомъ можно примѣнить гуттаперчевый баллонъ обыкновеннаго пульверизатора, заставляя его дѣйствовать въ обратномъ направленіи. Приготовленный, такимъ образомъ, приборъ подвергался затѣмъ прокаливанію въ воздушной банѣ при 100—120° С. въ теченіе 1—2 часовъ. Герметичность прибора, благодаря тщательной шлифовкѣ всѣхъ

частей, была настолько полная, что разрѣженное пространство сохранялось въ немъ нѣсколько часовъ и, слѣдовательно, невозможно было сомнѣваться въ томъ, что



Аппаратъ *Афанасьева* для добыванія послѣродовыхъ отдѣленій изъ половой трубки родильницы, для бактериологическаго изслѣдованія.

1. Стекляная трубка съ изогнутымъ маточнымъ концомъ и расширеннымъ наружнымъ. 2. Стержень изъ мягкой мѣди съ винтовыми нарѣзками на концахъ, изогнутый соответственно трубкѣ.

3. Коническая мѣдная пуговка, навинчиваемая на изогнутый конецъ стержня 2 и служащая для закрыванія отверстія изогнутаго конца стеклянной трубки, къ которому (отверстію) она плотно пришлифована.

4. Мѣдная цилиндрическая трубочка съ краномъ и двумя отверстіями на концѣ *a*: въ одно ввинчивается стержень, а другое *b* служитъ для сообщенія полости прибора съ наружнымъ воздухомъ.

5. Металлическая пуговка, вставляемая въ отверстие конца *c* трубочки съ краномъ, для болѣе удобнаго обращенія съ приборомъ.

6. Мѣдная коническая пробка, вставляемая въ расширенный конецъ стеклянной трубки, къ которому она плотно пришлифована; на рисункѣ она представлена въ продольномъ разрѣзѣ и состоитъ изъ слѣдующихъ частей: собственно конической пробки *d* съ цилиндрическимъ каналомъ *e* для трубочки съ краномъ, которая плотно пришлифована къ каналу и можетъ двигаться въ немъ назадъ и впередъ; коническая пробка *d* ввинчена въ мѣдную же шляпку *f*, служащую отчасти для болѣе удобнаго удерживанія прибора, а, главнымъ образомъ, для болѣе надежнаго соединенія конической пробки съ стеклянной трубкой посредствомъ имѣющагося въ шляпкѣ круговаго кольца *g*, въ которое входитъ край стеклянной трубки и плотно удерживается между пробкой и кольцомъ шляпки; шляпка *f* имѣетъ въ центрѣ цилиндрическую камеру *h*, въ которую вкладывается асбестъ или кожаные кружки, пропитанные вазелиномъ, для большей герметичности прибора; эта прокладка плотно сжимается винтовой гайкой *i*, съ каналомъ посрединѣ, служащимъ продолженіемъ канала *c*, чрезъ который выходитъ наружу часть трубочки съ краномъ (4), прободая асбестовую или кожаную прокладку.

7. Стальная спиральная пружина, надѣваемая на трубочку 4 между ея краномъ и гайкой *i*.

8. Приборъ, въ собранномъ видѣ, изображенъ закрытымъ. При нажиманія на пуговку 5, трубочка съ краномъ и привинченный къ ней стержень 2 подвигаются впередъ, отчего пуговка 3 выходитъ наружу изъ стеклянной трубки, открывая ея полость. Съ прекращеніемъ давленія на пуговку 5, спиральная пружина выпрямляется, всѣ части прибора становятся на свое мѣсто и снова герметически закрываютъ стеклянную трубку. Снявъ пуговку 5 и открывъ кранъ, можно изъ прибора высосать воздухъ, который изъ стеклянной трубки будетъ удалаться по трубочкѣ 4 при помощи отверстія *b*, и, такимъ образомъ, получить разрѣженное пространство внутри прибора, которое долго сохраняется при закрытомъ кранѣ, если кранъ и всѣ другія части тщательно пришлифованы. Всѣ металлическія части сдѣланы изъ мѣди и хорошо вызолочены, кромѣ стальной спирали и серебряной пуговки 5.

Размѣры прибора въ натурѣ слѣдующіе:

1) длина стеклянной трубки 1—24 см., діаметръ ея—9 мм., діаметръ болѣе широкаго отверстія—2 см.

2) длина стержня 2—19 см., діаметръ его—1,5 мм.

3) длина трубки 4—10 см., діаметръ ея—3,5 мм.

наружный воздухъ не могъ просачиваться въ приборъ и заражать его внутренность. Непосредственно передъ введеніемъ инструмента въ половые органы стеклянная трубка обмывалась снаружи алкоголемъ и обжигалась надъ пламенемъ спиртовой лампы. Вводя стеклянную трубку во влагалище или въ матку на желаемую высоту, производилось нажатіе пальцемъ на пуговку, отчего пружина сжималась, трубочка, вмѣстѣ съ стержнемъ и пробкой, закрывающей маточное отверстіе стеклянной трубки, подвигалась впередъ, такъ что отверстіе это открывалось, и разрѣженное пространство быстро всасывало лохій въ полость стеклянной трубки; тогда палецъ прекращалъ давленіе на пуговку и, вслѣдствіе выпрямленія спиральной пружины, всѣ части прибора приходили въ первоначальное положеніе, т. е. снова внутренность прибора не могла сообщаться съ наружнымъ воздухомъ. При полученіи лохій изъ влагалища приборъ непосредственно вводился въ него на желаемую глубину. Для полученія же лохій изъ матки, во влагалище, предварительно промытое 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты, вставлялось зеркало, и уже чрезъ него, подъ контролемъ глазъ, инструментъ проводился въ матку; этимъ способомъ можно было избѣгнуть загрязненія инструмента по пути чрезъ влагалище и занесенія влагалищнаго отдѣленія въ полость матки, такъ что, несомнѣнно, можно было быть увѣреннымъ въ принадлежности полученнаго секрета исключительно маткѣ. Инструментъ вводился женщинамъ на обыкновенной кровати, при обычномъ спинномъ положеніи, съ согнутыми въ колѣнахъ ногами. Само собою разумѣется, что руки изслѣдователя всякій разъ тщательно дезинфицировались. Полученныя лохій оставлялись въ приборѣ на самое короткое время, необходимое лишь для доставленія инструмента отъ кровати родильницы въ лабораторію, гдѣ они тотчасъ подвергались изслѣдованію.

На основаніи этихъ изслѣдованій, авторъ пришелъ къ весьма интересному, неизвѣстному еще въ то время выводу, что при нормальномъ, асептически проводимомъ, послѣродовомъ періодѣ микробы въ полости матки отсутствуютъ и, что, если они и встрѣчаются тамъ при патологическомъ теченіи послѣродового періода, то это нужно объяснить или путемъ заноса въ матку, напр. изслѣдующимъ пальцемъ, инструментомъ и т. п., или вообще путемъ непосредственнаго перехода микробовъ изъ влагалища. Примѣненіе дезинфицирующихъ растворовъ, въ видѣ ирригацій влагалища, не только не убиваетъ микробовъ, но скорѣе, по мнѣнію автора, механически способствуетъ внѣдренію ихъ въ полость матки. Не смотря на частыя ирригаціи влагалища дезинфицирующими растворами, микробы могутъ долго послѣ родовъ сохраняться жизнеспособными въ половыхъ органахъ женщины. Равнымъ образомъ и сами манипуляціи даютъ лишній поводъ къ инфекціи родильницы.

Путемъ опытовъ надъ животными, авторъ пришелъ къ заключенію, что главная разница между лохіями здоровыхъ и больныхъ родильницъ, могущая служить для уясненія этиологіи послѣродовыхъ заболѣваній, заключается не столько въ количественномъ содержаніи микробовъ, сколько въ патогенныхъ качествахъ этихъ послѣднихъ. Въ однихъ случаяхъ животныя погибали отъ впрыскиванія незначительныхъ коли-

чествъ микробовъ, въ другихъ же оставались живыми, при впрыскиваніи большого количества другихъ микробовъ.

Встрѣчающіеся въ послѣродовомъ періодѣ въ половыхъ органахъ микробы попадаютъ туда задолго до родовъ, еще во время беременности, или даже во время родовъ и потому роль асептики должна начинаться гораздо раньше родового акта.

„Пуэрперальная горячка“ не есть болѣзнь *sui generis*, а представляетъ лишь понятіе собирательное. Родильницы, подобно раненымъ вообще, могутъ подвергнуться различной инфекціи и, смотря по качеству инфицирующаго микроба, дадутъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ картину болѣзни, различную по своимъ клиническимъ, патолого-анатомическимъ и бактериологическимъ признакамъ. Иногда въ половыхъ органахъ родильницъ встрѣчается два и болѣе видовъ заразныхъ микробовъ, способныхъ дать смѣшанную инфекцію, а, слѣдовательно и болѣе сложную картину болѣзни.

На основаніи своихъ наблюденій авторъ пришелъ къ заключенію, что одинъ только безгнилостный методъ въ акушерствѣ способенъ предохранить родильницъ отъ заболѣваній, ибо послѣдующее за зараженіемъ примѣненіе противогнилостнаго метода не всегда можетъ устранить вліяніе заразы уже попавшей въ организмъ¹⁾.

Ю. О. Анциелесъ.—„Способы полученія лохий по отдѣльнымъ частямъ полового канала женщины съ бактериологическою цѣлью“ (89). Въ пространномъ литературномъ очеркѣ, описавъ употреблявшіеся до сихъ поръ способы полученія отдѣлений матки и влагалища, авторъ пришелъ къ тому заключенію, что всѣ эти способы не могутъ считаться безупречными въ отношеніи возможности полученія полового секрета, по желанію, изъ любого отдѣла родового канала. Этому требованію чистоты наблюденія, въ смыслѣ изолированнаго полученія отдѣлений полости матки, по мнѣнію автора, удовлетворяетъ его приборъ, испытанный имъ-же въ нѣсколькихъ случаяхъ на матеріалѣ Кіевской Акушерской Клиники, подъ непосредственнымъ наблюденіемъ профессора *Г. Е. Рейна*. Идея устройства этого довольно сложнаго прибора заключается въ слѣдующемъ. Внутри двухъ металлическихъ, концентрически расположенныхъ трубокъ помѣщается проволока, предназначенная для воспріятія отдѣленія. Маточный конецъ проволоки утолщенъ въ видѣ пуговицы и на незначительномъ протяженіи обматывается тонкимъ слоемъ стерильной ваты. Обѣ трубки, покрывающія проволоку въ видѣ двойного чехла, у своего маточнаго конца плотно запираются: наружная—особаго рода діафрагмой, внутренняя—пуговчатымъ утолщеніемъ проволоки. Кромѣ того, внутренняя трубка соединяется съ резиновымъ баллономъ, служащимъ для присасыванія отдѣленій. Добываніе отдѣленій изъ полости матки совершается при положеніи родильницы на креслѣ *Schroeder'a*. Влагалищная часть обнажается желобоватымъ зеркаломъ, подтя-

¹⁾ Настоящій краткій рефератъ далеко не исчерпываетъ всего матерьяла разбираемой работы, заключающей въ себѣ много цѣнныхъ наблюденій, а потому интересующихся этимъ вопросомъ отсылаемъ къ оригиналу. Реф.

гивается ко входу во влагалище пулевыми щипцами и тщательно очищается стерилизованной ватой. Приборъ предварительно обеззараживается текучимъ паромъ и вводится въ каналъ шейки не менѣе какъ на 5—4 см., послѣ чего отверстіе наружной трубки открывается, и черезъ него выдвигается въ полость матки внутренняя трубка, съ заключающейся въ ней проволокой. Наконецъ, при давленіи на наружный конецъ проволоки, внутренняя трубка также открывается, и посредствомъ баллона присасывается отдѣленіе, смачивающее вату. Въ обратномъ порядкѣ производится выниманіе прибора. Какъ самый приборъ, такъ и рисунки съ него показаны Акушерскому Обществу въ Кіевѣ, гдѣ и была доложена эта статья.

Къ подлинной статьѣ приложены рисунки прибора автора.

Н. М. Звинятскій.—„О нагноеніи безъ микробовъ“ (90). Настоящій докладъ есть рефератъ работы, сдѣланной авторомъ въ лабораторіи проф. *А. Д. Павловскаго* и помѣщенной въ „Русской Медицинѣ“. Работа имѣетъ цѣлью доказать, что у нѣкоторыхъ животныхъ экспериментально можно вызвать нагноеніе безъ всякаго участія микробовъ и что полученный безмикробный, асептический гной рѣзко отличается отъ гноя септического, микробнаго. Для вызыванія асептического нагноенія автору служили: скипидаръ и металлическая Hg. Съ первымъ сдѣлано 4 опыта на собакахъ. Скипидаръ предварительно стерилизовался и затѣмъ, съ соблюденіемъ антисептики, вводился подъ кожу посредствомъ стерилизованной градуированной пипетки, на одинъ конецъ которой надѣвался троакаръ, а на другой резиновый баллонъ для нагнетанія. Изъ произведенныхъ 4 опытовъ два дали совершенно асептическое нагноеніе, что доказано посѣвами на питательныхъ средахъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Съ Hg произведено 3 опыта на собакахъ. Hg вводилась подъ кожу по способу *Straus'a*, измѣненному *Rosenbach'омъ*. Въ общихъ чертахъ, способъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ. Стекляная тонкостѣнная трубка наполнялась Hg и въ такомъ видѣ стерилизовалась; затѣмъ, запаянный тонкій ея конецъ вводился подъ кожу и подкожно ломался, а другой запаянный конецъ подогрѣвался пламенемъ газовой горѣлки, вслѣдствіе чего Hg, расширяясь, уходила подъ кожу. Операція дѣлалась по правиламъ антисептики. Изъ 3-хъ опытовъ въ 2-хъ получилось асептическое нагноеніе. Добытый посредствомъ скипидара и Hg асептический гной изслѣдованъ химически на присутствіе пептоновъ, гистологически—по *Эрлиху* и фізіологически, вводя гной подъ кожу здоровому кролику. Химическій анализъ показалъ, что въ асептическомъ гноѣ пептоновъ нѣтъ. Гистологическое изслѣдованіе, по *Эрлиху*, обнаружило въ асептическомъ гноѣ молодые, одноядерные лейкоциты. Фізіологическій опытъ на кроликѣ показалъ, что асептический гной, введенный въ организмъ другого животнаго, всасывается безъ всякой воспалительной реакціи, вызывая паденіе t^0 тѣла. Итакъ, авторъ выяснилъ слѣдующее отличіе асептического гноя отъ гноя септического. Первый не содержитъ пептоновъ, состоитъ изъ молодыхъ одноядерныхъ лейкоцитовъ и, попавши въ другой организмъ, всасывается безъ всякой воспалительной реакціи, вызывая паденіе t^0 тѣла; между тѣмъ, какъ второй

содержитъ пептоны, которые образуются изъ бѣлковъ, благодаря пептонизирующему дѣйствию микробовъ, состоитъ изъ старыхъ, многоядерныхъ лейкоцитовъ и, попавши въ другой организмъ, вызываетъ прогрессивное гнойное воспаленіе, повышая t^0 тѣла. Затѣмъ, авторъ описываетъ два случая изолированного гонорройнаго нагноенія въ кистахъ яичника изъ Кіевской Акушерской Клиники и доказываетъ, что гонорройный гной, по своимъ свойствамъ, занимаетъ средину между гноемъ асептическимъ и септическимъ. Здѣсь же авторъ касается вопроса о нагноеніи въ кистахъ яичника и высказываетъ мнѣніе, что такіе случаи нагноенія надо объяснить переходомъ инфекціи по кровеноснымъ, или лимфатическимъ путямъ.

Студентъ *Буриштейнъ*.—*„Результаты изслѣдованій надъ распространеніемъ гонококковыхъ заболѣваній среди гинекологическихъ больныхъ“* (91).

Исложивъ вкратцѣ развитіе ученія о перелойномъ заболѣваніи, авторъ остановился на результатахъ своихъ изслѣдованій съ января по апрѣль 1897 года. Изслѣдовано было 246 больныхъ женщинъ, безъ выбора, въ Кіевской Акушерской Клиникѣ, изъ которыхъ 221 амбулаторныхъ и 25 стационарныхъ, при чемъ у послѣднихъ брался секретъ изъ всѣхъ доступныхъ частей полового и мочевого канала и изслѣдовался въ различные промежутки времени, по нѣсколько разъ. Изслѣдованія дѣлались микроскопическія и бактериологическія. При микроскопическихъ изслѣдованіяхъ, для окраски гонококковъ, авторъ пользовался спиртоводнымъ растворомъ генціанъ-віолета, а для посѣвовъ брался слабо-щелочной растворъ агаръ-агара въ смѣси съ кистовой жидкостью (*Steinschneider*) въ отношеніи 2:1. Техника микроскопическаго и бактериологическаго изслѣдованія, а также приготовленія средъ изложена авторомъ вкратцѣ. Въ общемъ въ секретѣ, взятомъ у 246 больныхъ, найдены гонококки микроскопическимъ путемъ у 40, т. е. въ 17⁰/₁₀₀, а бактериологическимъ путемъ у 37, т. е. въ 16⁰/₁₀₀, что согласуется съ цифрами другихъ изслѣдователей. Такъ *Oppenheim* въ своей частной практикѣ нашелъ гонококки въ 27,7⁰/₁₀₀; *Sommer*—въ 28⁰/₁₀₀; *Witte*—въ 28,8⁰/₁₀₀; *Schwarz*—въ 12,4⁰/₁₀₀; *Langer*—въ 12⁰/₁₀₀; *Dohrn*—въ 10,5⁰/₁₀₀; *Bröse*—въ 18,2⁰/₁₀₀. По мѣсту нахождения гонококковъ получилось такое распредѣленіе: въ шейкѣ матки—въ 30 случаяхъ; въ уретрѣ въ 16 случаяхъ; во влагалищѣ въ 10 случаяхъ. Наибольшее число заболѣваній пришлось на возрастъ отъ 25 до 29 лѣтъ. По сословію чаще другихъ были найдены гонококки у крестьянокъ—17 человекъ (среди нихъ большая часть жены солдатъ), затѣмъ у мѣщанокъ—13 человекъ и, наконецъ, у дворянокъ—6 человекъ. У изслѣдованныхъ больныхъ перелой клинически былъ распознанъ въ 19 случаяхъ, т. е. въ 7⁰/₁₀₀.

Принимая во вниманіе обширное распространеніе гонорройныхъ заболѣваній и трудности распознаванія его обыкновеннымъ клиническимъ путемъ, авторъ предлагаетъ, въ заключеніе, всякій разъ при изслѣдованіи подозрительныхъ больныхъ, на ряду съ осмотромъ, готовить по крайней мѣрѣ микроскопическій препаратъ. Изслѣдованія

автора производились въ акушерской клиникѣ проф. *Г. Е. Рейна* и лабораторіи проф. *А. Д. Павловскаго*.

Л. А. Орловскій.—„Демонстрація гонококковыхъ культуръ“ (92).

Демонстрировались 2 микроскопическіе препарата: 1) *триперный гной*, въ которомъ были ясно видны гонококки въ клѣткахъ и 2) *чистая культура гонококковъ*. Изъ макроскопическихъ препаратовъ—2 пластинчатая культуры трипернаго гноя и нѣсколько пробирокъ съ чистыми культурами гонококковъ. Питательной средой служила смѣсь 2 част. *М. П. А.* 2⁰/₀+1 часть содержимаго кисты яичника; при чемъ послѣдняя бралась или профильтрованная черезъ свѣчу *Pasteur—Chamberland'a*, или не фильтрованная, полученная стерильною при операциі въ *Кіевской Акушерской Клиникѣ*, что контролировалось въ термостатѣ. Кромѣ того, въ одной пробиркѣ ростъ гонококковъ получился непосредственно только на одной кистовой жидкости, свернутой при t⁰ 71⁰ С.

Г. Ф. Писемскій.—„Бактеріологическія изслѣдованія шелковыхъ лигатуръ и губокъ, употребляемыхъ въ *Кіевской Акушерской Клиникѣ* при *чревосъченіяхъ*“ (93).

Лигатуры и губки взяты изъ операционной комнаты, при обычной въ клиникѣ обстановкѣ *чревосъченій*, непосредственно передъ операцией, при помощи инструментовъ, употребляемыхъ при операциі безъ особой стерилизациі ихъ. Шелкъ, какъ и всегда, приготавливался кипяченіемъ въ растворѣ сулемы 1:1000 въ теченіе 2—5 минутъ, а губки обрабатывались марганцево-кислымъ калиемъ, по видоизмѣненному способу *Wöfler'a*. Ни шелкъ, ни губки не дали разводовъ бактерій въ *мясо-пептонъ-желатинѣ*, при продолжительности опыта около 2-хъ недѣль.

Далѣе, въ статьѣ „*Матерьялы къ вопросу объ асептикѣ при чревосъченіяхъ*“ (98) сообщается, что тотъ-же авторъ произвелъ многочисленныя изслѣдованія воздуха операционной комнаты *Кіевской Акушерской Клиники* во время производства въ ней *чревосъченій*, а также произвелъ бактеріологическія изслѣдованія тканей, взятыхъ изъ операционной раны и брюшной полости во время операциі. Эти изслѣдованія доказываютъ, что, не смотря на присутствіе микроорганизмовъ въ воздухѣ операционной комнаты, имѣется возможность оградить операционное поле отъ проникновенія въ него этихъ организмовъ. Ткани, помѣщенные въ питательныя среды, остаются весьма часто стерильными. Особенно благоприятные результаты докладчикъ получилъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ очищеніе воздуха операционной комнаты было произведено по способу *д-ра К. М. Санъжко*.

Многочисленные бактеріологическіе препараты были демонстрированы *Акушерскому Обществу*.



XVIII. Отчеты.

95. Проф. Г. Е. Рейнъ и д-ръ Г. Г. Брюно.—Первое пятилѣтіе акушерской поликлиники и возникновеніе ея при Кіевскомъ Университетѣ. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1891 г. т. 4, в. VIII. Приложение стр. 13.
 96. Проф. Г. Е. Рейнъ.—Акушерская клиника. 1883—1893 г.г. Отчетъ. Кіевъ, 1893.
 97. Д. А. Абуладзе.—Медицинскій отчетъ Акушерскаго Отдѣленія Акушерско-Гинекологической Клиники Императорскаго Университета Св. Владимира. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1896 г. т. 9, в. XVIII. Прилож. стр. 3.
 98. Его-же.—Акушерскій отчетъ Кіевской Акушерской Клиники за 1894—1897 г.г. Ibid. т. 12, в. XXIII. 1898 г. Приложение стр. 1.
-

Проф. Г. Е. Рейнъ и Г. Г. Брюно.—*„Первое пятилѣтіе акушерской поликлиники и возникновеніе ея при Кіевскомъ университетѣ“*. (87). Проф. Г. Е. Рейнъ въ исторической части труда сообщаетъ: „Въ самомъ опредѣленіи значенія слова поликлиника до сихъ поръ еще существуютъ разногласія. Одни, понимая это дословно, въ переводѣ съ греческаго—клиника въ городѣ, считаютъ задачей поликлиники—подачу помощи клиническимъ персоналомъ на дому у больныхъ; другіе всякую подачу помощи клиническимъ персоналомъ, сверхъ стационарныхъ клиническихъ больныхъ, причисляютъ къ поликлиникѣ. Мы подъ словомъ *поликлиника* понимаемъ подачу помощи на дому у роженицы, или у больной женщины. Но, для полноты свѣдѣній, въ готовящемся для печати отчетѣ клиники, къ отчету о поликлинической дѣятельности присоединены въ концѣ и свѣдѣнія о приходящихъ въ клинику больныхъ.

Строго говоря, поликлиники при акушерскихъ клиникахъ существуютъ давно, ибо публика привыкла обращаться за спеціальною помощью въ клиники, но до сихъ поръ поликлиники мало гдѣ организованы. Въ качествѣ правильно организованныхъ учрежденій поликлиники впервые возникли за границей. Самъ авторъ впервые ознакомился съ такими учрежденіями въ 1880 году въ Halle, гдѣ ему удалось видѣть и первая печатныя правила, регламентирующія дѣятельность поликлиники. Приблѣзи-

тельно на тѣхъ-же основаніяхъ подобныя учрежденія устроены и въ другихъ городахъ Германіи, и, по количеству наблюдаемыхъ случаевъ, поликлиническій матерьяль въ настоящее время мѣстами превосходитъ матерьяль клиникъ. Въ Англіи дѣло акушерскихъ поликлиникъ развито также очень широко. Въ нѣкоторыхъ клиникахъ, какъ напр., въ University College, вовсе нѣтъ коекъ для стационарныхъ роженицъ, а изученіе клиническаго акушерства производится исключительно на поликлиническомъ матерьялѣ. Подобная-же система принята и въ другихъ лондонскихъ школахъ, какъ напр., въ госпиталѣ Вареоломея и въ родильномъ домѣ королевы Шарлоты. Какъ поставлено дѣло акушерскихъ поликлиникъ во Франціи, Испаніи и Италіи—авторъ свѣдѣній не имѣетъ.

Въ Россіи, насколько извѣстно автору, акушерская поликлиника, какъ правильно организованное учрежденіе, была проектирована впервые 17 лѣтъ тому назадъ въ Кіевѣ. Покойный проф. *А. П. Матвѣевъ* выработалъ правила объ акушерской поликлиникѣ. Особыхъ суммъ на расходы по акушерской поликлиникѣ исхлопотать ему не удалось. Правленіе университета разрѣшило лишь расходование извѣстной суммы на лекарства бѣднѣйшимъ роженицамъ и родильницамъ изъ средствъ, отпускаемыхъ на лекарства акушерской клиникѣ. Для завѣдыванія поликлиникой проф. *А. П. Матвѣевымъ* былъ приглашенъ, съ разрѣшенія факультета, бывшій ординаторъ акушерской клиники *Э. Ф. Функе*, который согласился исполнять эту обязанность безвозмездно. Какова была дѣятельность этого учрежденія и даже функционировало-ли оно въ данномъ видѣ, къ сожалѣнію, неизвѣстно, такъ какъ въ дѣлахъ университета никакихъ свѣдѣній о дѣятельности поликлиники не существуетъ.

Вновь организована акушерская поликлиника въ Кіевѣ была лишь въ 1885 году. Въ 1884 году въ мѣстныхъ газетахъ былъ опубликованъ случай трудныхъ родовъ, происходившихъ на окраинѣ города, при чемъ своевременной раціональной акушерской помощи роженица получить не могла, что повело къ весьма существенному вреду для ея здоровья. Этотъ случай, послужившій, между прочимъ, поводомъ для судебного процесса, ясно обнаружилъ неустройство въ дѣлѣ подачи акушерской помощи въ г. Кіевѣ и послужилъ поводомъ къ ускоренію учрежденія акушерской поликлиники. Первый поликлиническій случай имѣлъ мѣсто 5-го февраля 1885 года. Наблюдался онъ ординаторомъ клиники *М. А. Воскресенскимъ* совмѣстно съ авторомъ. Это былъ случай родовъ при узкомъ тазѣ, окончившійся краниоклазіей послѣдующей головки.

Были выработаны правила акушерской поликлиники; сначала подача помощи лежала на всѣхъ ассистентахъ клиники, по очереди, отправлявшихся для подачи помощи роженицамъ, совмѣстно съ 1 или 2 студентами 4-го курса. Затѣмъ, съ развитіемъ дѣла, для завѣдыванія поликлиникой былъ спеціально назначенъ одинъ изъ клиническихъ ассистентовъ¹⁾. Цифровыя данныя о дѣятельности акушерской поликлиники за истекшее пятилѣтіе сообщить Обществу *Г. Г. Брюно*“.

Г. Г. Брюно сообщилъ краткій отчетъ за первое пятилѣтіе Кіевской акушерской поликлиники. Всѣхъ поликлиническихъ случаевъ за это время было 320. Изъ нихъ акушерскихъ—304 (беременныхъ—66, роженицъ—203 и родильницъ—35) и гинеколо-

¹⁾ Въ настоящее время нѣсколько ординаторовъ дежурятъ по поликлиникѣ по очереди.—Реф.

гических—16. Въ огромномъ большинствѣ акушерскихъ случаевъ роды имѣли патологическій характеръ, приглашенія-же для веденія нормальныхъ родовъ представляются лишь въ видѣ исключенія. Въ случаяхъ гинекологическихъ большинство относилось къ воспалительнымъ заболѣваніямъ и кровотечениямъ отъ различныхъ причинъ. Къ числу случаевъ гинекологической поликлиники авторомъ отнесены также и больныя, посѣщавшія амбулаторію клиники. Такихъ больныхъ за 6½ лѣтъ имѣлось 3786; онѣ сдѣлали 7589 посѣщеній. Авторъ подробно разбираетъ наиболѣе выдающіеся случаи изъ акушерской поликлиники и, между прочимъ, обращаетъ вниманіе на замѣтки о той обстановкѣ, въ какой приходилось работать поликлиническому персоналу. Въ большинствѣ случаевъ, обстановка эта свидѣтельствовала о чрезвычайной бѣдности обращающихся за помощью. Если сравнить статистическія данныя поликлиники по годамъ, то оказывается, что число поликлиническихъ случаевъ ежегодно возрастаетъ. Такимъ образомъ, оказывается, что, по мѣрѣ знакомства населенія съ дѣятельностью поликлиники, довѣріе къ ней увеличивается, и требованія помощи становятся все чаще и чаще; это, въ свою очередь, служитъ для дальнѣйшаго развитія значенія поликлиники, какъ учрежденія учебно-вспомогательнаго, а въ то-же время и благотворительнаго.

Проф. *Г. Е. Рейнъ*, въ дополненіе къ сообщенію *Г. Г. Брюно*, замѣтилъ слѣдующее: предстоитъ разобрать слѣдующіе 3 вопроса: 1) въ какой степени поликлиника удовлетворяетъ учащихся, какъ учебно-вспомогательное учрежденіе; 2) насколько велика польза, приносимая ею населенію г. Кіева и 3) какія мѣры необходимо принять для того, чтобы расширить ея дѣятельность? Если принять во вниманіе вообще небилый матерьялъ акушерской клиники, то учебное значеніе для учащихся поликлиническихъ случаевъ остается внѣ сомнѣній. Поликлинический матерьялъ почти въ 1½ раза увеличиваетъ число наблюдаемыхъ студентами акушерскихъ случаевъ. При этомъ большинство поликлиническихъ наблюденій относится къ патологіи акушерства, такъ что этимъ учебное значеніе поликлиники возвышается еще болѣе. Въ клиникѣ студенты наблюдаютъ физиологическіе роды, а поликлиника возмѣщаетъ недостатокъ въ случаяхъ патологическихъ. Впрочемъ, и клиника у насъ является учрежденіемъ, концентрирующимъ патологическіе роды; такъ, напр., въ населеніи предлежаніе дѣтскаго мѣста встрѣчается въ 0,06% случаевъ, въ клиникѣ—въ 0,8%, а въ поликлиникѣ—въ 2,9%. Такимъ образомъ, поликлиника весьма значительно умножаетъ и разнообразитъ матерьялъ клиники и пріучаетъ учащихся къ работѣ въ житейской обстановкѣ. Она служитъ переходомъ отъ школы къ жизни. Сами учащіеся съ большою охотою посѣщаютъ поликлиническихъ больныхъ. 2) Какъ видно изъ представленнаго отчета, въ большинствѣ случаевъ, помощь въ поликлиническихъ случаяхъ требовалась экстренная. До 50% всѣхъ случаевъ были случаи оперативные; очевидно, здѣсь требовалась помощь врача спеціалиста. Помощь эта оказывалась, по преимуществу, среди бѣднѣйшаго населенія города, такъ что поликлиника являлась очень дѣятельнымъ и плодотворнымъ благотворительнымъ учрежденіемъ. 3) Къ сожалѣнію, поликлиника въ томъ видѣ, какъ она

существуетъ въ настоящее время, не можетъ функционировать въ теченіе всего года. Дѣятельность ея продолжается лишь въ теченіе учебнаго года. Поэтому желательно, чтобы организація ея въ будущемъ подверглась расширенію въ томъ смыслѣ, чтобы дѣятельность ея являлась непрерывною. По мѣрѣ того, какъ населеніе знакомится съ поликлиникой—дѣятельность ея съ каждымъ годомъ становится все шире. Дѣятельность эта требуетъ извѣстныхъ матерьяльныхъ затратъ, такъ что и теперь уже веденіе поликлиническаго дѣла на средства клиники представляется затруднительнымъ, и помощь города или правительства представляется неотложной, въ интересахъ развитія этого благого учрежденія. Вопросы о расширеніи дѣятельности поликлиники въ акушерскомъ смыслѣ и изысканіи средствъ для этого и составятъ нашу ближайшую задачу въ будущемъ.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—„Акушерская клиника съ 1883 по 1893 гг.“ (88). Кіевъ, 1893 г. Краткій цифровой отчетъ о ея дѣятельности за десятилѣтіе

Въ 39 таблицахъ представлена дѣятельность акушерской клиники Императорскаго университета св. Владиміра за десять лѣтъ—съ 1883 по 1893 г.

Изъ таблицы первой—движеніе больныхъ въ акушерской клиникѣ по годамъ—видно, что

	съ 1883 года по 1893 въ акушерскомъ отдѣленіи было . .	1423	больныхъ,
	съ 1844 ¹⁾ „ „ 1883 „ „ „ „ „ „ . .	2040	„
а	съ 1844 „ „ 1893 „ „ „ „ „ „ . .	3463	„
	съ 1885 „ „ 1893 въ акушерской поликлиникѣ „ . .	692	„
	съ 1883 „ „ 1893 „ гинекологич. отдѣленіи „ . .	1119	„
	съ 1844 „ „ 1883 „ „ „ „ „ „ . .	1112	„
а	съ 1844 „ „ 1893 „ „ „ „ „ „ . .	2231	„
	съ 1883 „ „ 1893 въ гинеколог. поликлиникѣ „ . .	6718	„
	съ 1844 „ „ 1883 „ „ „ „ „ „ . .	5000	„
а	съ 1844 „ „ 1893 „ „ „ „ „ „ . .	11718	„

Всего-же больныхъ съ 1844 по 1893 годъ было 18104.

Изъ таблицы второй—движеніе стационарныхъ больныхъ и роженицъ въ акушерской клиникѣ по годамъ и семестрамъ—слѣдуетъ, что всего больныхъ за періодъ времени съ 1883 по 1893 гг. было 2542, изъ коихъ въ акушерскомъ отдѣленіи было 1423, а въ гинекологическомъ 1119.

Въ третьей таблицѣ приведены цифровыя данныя о числѣ штатныхъ и сверхштатныхъ больныхъ, находившихся въ клиникѣ за тотъ-же періодъ времени; въ таблицѣ четвертой обозначены суммы, поступившія отъ сверхштатныхъ больныхъ, и въ таблицѣ пятой перечисленъ врачебный персоналъ за отчетный періодъ. Таблицы съ 6-й до 18-й включительно иллюстрируютъ дѣятельность акушерскаго отдѣленія. Изъ 1423 больныхъ находившихся въ акушерскомъ отдѣленіи было роженицъ и беремён-

¹⁾ Годъ основанія клиникъ при университетѣ Св. Владиміра.

ныхъ, разрѣшившихся въ клиникѣ 1274, выписалось безъ родоразрѣшенія 20, выкидышающихъ 101, родильницъ 4, поступившихъ съ явленіями патологической беременности 24.

Таблицы 7, 8, 9 и 10-я заключаютъ въ себѣ распредѣленіе находившихся въ клиникѣ больныхъ по вѣроисповѣданіямъ, сословіямъ, занятіямъ и мѣсту жительства.

Въ таблицѣ 11-й приведены данныя о 1274 родахъ, изъ которыхъ 791 были физиологическіе и 483 патологическіе; срочныхъ родовъ было 962, запоздалыхъ 16, преждевременныхъ 296; родовъ однимъ плодомъ 1245, двумя 29.

Въ таблицѣ 12-й даны свѣдѣнія о 1304 плодахъ, изъ коихъ мальчиковъ было 700, дѣвочекъ 604, доношенныхъ 993, недоношенныхъ 311, живорожденныхъ 1217, мертворожденныхъ 58, мацерированныхъ 29.

Въ таблицѣ 13-й указаны осложненія родового акта, при чемъ узкій тазъ отмѣченъ 180 разъ— $14,1\%$ —и другія осложненія 855 разъ.

Большихъ акушерскихъ операцій произведено 186, малыхъ операцій и пособій 993.

Въ патологическихъ случаяхъ беременности оказано 105 пособій оперативныхъ и неоперативныхъ.

Эти свѣдѣнія заключаются въ таблицахъ 14, 15 и 16-й.

Въ таблицѣ 17-й—теченіе послѣродового періода—приведены сопоставленія между старой и новой клиникой; за первое пятилѣтіе (старая клиника) на 563 родильницы, у 358 теченіе послѣродового періода было физиологическое ($63,6\%$) и въ 205 патологическое ($36,4\%$); за второе пятилѣтіе (новая клиника) на 832 родильницы у 621 теченіе послѣродового періода—физиологическое ($74,6\%$) и у 211 патологическое ($25,4\%$); а всего на 1395 родильницъ—физиологической послѣродовой періодъ у 979—($70,2\%$), патологической у 416—($29,8\%$).

Въ таблицѣ 18-й—смертность въ акушерскомъ отдѣленіи—на 1395 женщинъ, находившихся въ немъ, умерло 21 ($1,5\%$), при чемъ въ старой клиникѣ на 563—10 ($1,76\%$), изъ которыхъ отъ септическихъ заболѣваній 7 ($1,3\%$), а въ новой на 832 умерло 11 ($1,3\%$), а отъ септическихъ заболѣваній 0,4%.

Свѣдѣнія объ акушерской поликлиникѣ приведены въ таблицахъ 19-й и 20-й.

Всѣхъ случаевъ съ 1885 по 1893 г. было 692, акушерскихъ 651 (беременныхъ 145, роженицъ 419, родильницъ 87), гинекологическихъ 33, прочихъ 8.

Большихъ акушерскихъ операцій произведено 280, малыхъ операцій и пособій 219—итого 499.

Смертельные исходы для матерей—16.

Послѣдующіе 9 таблицъ заключаютъ въ себѣ данныя о гинекологическихъ стационарныхъ 1119 больныхъ; въ этихъ таблицахъ приведено распредѣленіе больныхъ по формамъ заболѣваній, по сословіямъ, роду занятій, мѣсту жительства, дана сводная таблица гинекологическихъ операцій, и приведено число всѣхъ гинекологическихъ операцій

равное 1060; умерло послѣ операций 47 (4,4⁰/₀). Чревосѣченій было произведено 392, умерло 37 (9,4⁰/₀). Овариотомій—233, умерло 11 (4,7⁰/₀), вылущенной кистъ широкихъ связокъ 29, ум. 1 (3,4⁰/₀). Исходы въ гинекологическомъ отдѣленіи, на 1119 больныхъ, выразились слѣдующимъ образомъ: 684 выздоровленіе, 206 облегченіе, 155 безъ облегченія, 51 смерть, не обозначено 23.

Смертность, выраженная въ процентахъ, по отношенію къ общему числу больныхъ равна 4,5⁰/₀.

Дѣятельность *амбулаторіи* за 10 лѣтъ выражается пріемомъ 6718 больныхъ, сдѣлавшихъ 16615 посѣщеній.

Въ таблицахъ 30, 31, 32 и 33 заключается распредѣленіе амбулаторныхъ больныхъ по роду занятія, по мѣсту жительства и группамъ заболѣванія.

Послѣдующія таблицы заключаютъ въ себѣ свѣдѣнія объ *учащихся, ученыхъ трудахъ и лабораторіи клиники*.

Число студентовъ третьяго курса, слушавшихъ лекціи въ клиникѣ было 1355, четвертаго—1485 и пятаго—1178.

Общее число составленныхъ студентами исторій болѣзней—4232.

Число печатныхъ трудовъ, вышедшихъ изъ акушерской клиники, равно 82.

Лабораторія располагаетъ 818 макроскопическими и 841 микроскопическими патолого-анатомическими препаратами и коллекціей 110 фотографическихъ снимковъ съ больныхъ и съ препаратовъ.

Д. А. Абуладзе.—„*Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія Акушерско-гинекологической клиники Императорскаго университета Св. Владиміра за 1893—1894 академическій годъ*“ (97).

Представленный отчетъ является продолженіемъ опубликованнаго уже раньше цифрового отчета за десятилѣтіе 1883—1893 г.г. Въ началѣ отчетнаго года клиника увеличилась на 10 бесплатныхъ кроватей, сверхъ бывшихъ раньше 30. Прибавленныя 10 коекъ содержатся на счетъ капитала, пожертвованнаго наслѣдниками барона *Р. В. Штейнгеля*. Изъ 40 кроватей—25 предназначены для гинекологическаго, а 15—для акушерскаго отдѣленія клиники. Вслѣдствіе этого число поступленій роженицъ увеличилось и за отчетное время достигло 250. Изъ числа поступившихъ было—роженицъ 237 и беременных—13. Въ клиникѣ разрѣшились 241 и выписались, не разрѣшившись, 9. Изъ 241 разрѣшившихся 237 выписались и 4 умерли (1 во время родовъ отъ эклампсіи). Перворождающихъ было 116 (46,4⁰/₀), повторнорождающихъ—130 (52⁰/₀), не отмѣчено—4. Срочныхъ родовъ было 165 (68,46⁰/₀), преждевременныхъ—53 (22⁰/₀), выкидышей—23 (9,54⁰/₀). Новорожденныхъ—222: мальчиковъ—110 (49,54⁰/₀), дѣвочекъ—111 (50⁰/₀), не отмѣчено—1. Дѣтей родилось живыми 203 (91,44⁰/₀), мертвыми 19 (8,55⁰/₀). Въ числѣ послѣднихъ отмѣчено мацерированныхъ—10, недоношенныхъ—11.

Роды: всѣ роды авторъ дѣлитъ на 2 группы: фізіологическую и патологическую. Къ первой группѣ отнесены только срочные роды, протекшіе безъ всякаго осложненія и безъ активнаго вмѣшательства. Такихъ было 57 (23,6⁰/₀); всѣ же остальные—184 (76,4⁰/₀) авторъ причислилъ къ патологическимъ. Изъ послѣднихъ имъ выдѣлены въ особую подгруппу „роды, протекавшіе, въ общемъ, правильно, но, благодаря нѣкоторымъ, несущественнымъ осложненіямъ, принявшіе характеръ патологическихъ“. Сюда отнесены 74 случая (30,70⁰/₀), гдѣ наблюдались разрывы промежности 1 и 2 степени, малыхъ губъ и т. п. Изъ 219 отмѣченныхъ положеній плода—212 (96,8⁰/₀) продольныхъ: 200 (94,34⁰/₀) головныхъ и 12 тазовыхъ (5,66⁰/₀). Поперечныхъ положеній 7 (3,2⁰/₀). Изъ головныхъ—99⁰/₀ затылочныхъ и по 0,5⁰/₀ лицевыхъ и лобныхъ. Первыхъ затылочныхъ 74⁰/₀, вторыхъ—25⁰/₀.

Неправильности таза. Измѣренія производились наружными и внутренними приѣмами. Въ рубрику узкихъ тазовъ отнесены случаи, гдѣ наружная конъюгата была меньше 18 см. или равнялась 18 см., но при этомъ наблюдался неправильный механизмъ родовъ. Всѣхъ измѣреній сдѣлано 206. Узкихъ тазовъ отмѣчено 28 (13,6⁰/₀). Въ этомъ числѣ: плоскихъ рахитическихъ—7 (3,8⁰/₀); плоскихъ нерахитическихъ—13 (6,3⁰/₀); косо поставленныхъ рахитическихъ—1 (0,48⁰/₀); косо поставленныхъ плоскихъ нерахитическихъ—1 (0,48⁰/₀); общеравномѣрно суженный рахитическій—1 (0,48⁰/₀); общеравномѣрно суженныхъ нерахитическихъ—3 (1,44⁰/₀); остистый—1 (0,48⁰/₀); кифотическій—1 (0,48⁰/₀). Суженій первой степени встрѣтилось 26, второй и третьей—по 1. За исключеніемъ 4-хъ случаевъ, при всѣхъ узкихъ тазахъ оказаны были какія-нибудь пособія, при чемъ произведено 12 большихъ и 33 малыхъ операций.

Какъ *осложненія* во время родовъ наблюдались: 1) кровотечения: вслѣдствіе атоніи матки, предлежанія дѣтскаго мѣста (1 разъ) и другихъ причинъ; 2) нарушенія цѣлости родовыхъ путей, а именно: разрывы промежности 1-й степени—21 разъ, второй степени—32 раза, 3-й степени—0, разрывы стѣнокъ влагалища, малыхъ губъ, разрывы во входъ во влагалище и др.; 3) эклампсія (2 раза).

Оперативныя пособія примѣнялись 328 разъ на 159 больныхъ, при чемъ большихъ операций сдѣлано 70, малыхъ и оперативныхъ пособій—258. Къ числу послѣднихъ отнесены: удаленіе послѣда по *Credé*—79 разъ, промываніе матки—67 разъ; зашиваніе промежности—53 раза; разрывъ плоднаго пузыря—26 разъ. *Операции:* ручное извлеченіе плода—12 разъ; поворотъ на ножку—7; наложеніе щипцовъ—8; освобожденіе послѣдующей головки—3; прободеніе головки (мертваго плода) съ краниоклазіей—2; искусственные преждевременные роды—4; ручное удаленіе дѣтскаго мѣста 6; ручное удаленіе оболочекъ при выкидышѣ—17; выскабливаніе при выкидышѣ—11 разъ.

Послѣродовой періодъ. Какъ роды, такъ и послѣродовой періодъ велись въ клиникѣ по безгнилостному и противогнилостному способу (Методику см. выше, стр. 77). По безгнилостному способу велись только вполнѣ фізіологическіе роды. Показаніями къ примѣненію противогнилостнаго способа служили: повышеніе t⁰, внутреннее изслѣдованіе внѣ клиники, грязныя отдѣленія, выкидыши и нѣкоторыя другія неправильности. Къ нормальнымъ родильницамъ относились только тѣ, у которыхъ, при вполнѣ правильномъ

течені послѣродового процесса и хорошемъ общемъ состояніи, t^0 не достигала 38^0 Ц. Такихъ родильницъ было—194 (80,83 $\%$). Съ ненормальнымъ теченіемъ—46 (19,16 $\%$). Безгнилостный способъ во время и послѣ родовъ примѣнялся въ—64 (26,7 $\%$) случаяхъ. Противогнилостный въ—146 (61,2 $\%$) случаяхъ. Безгнилостный во время родовъ и противогнилостный послѣ родовъ—въ 29 (12,1 $\%$) случаяхъ. Изъ 46 болѣвшихъ поступило въ клинику несомнѣнно зараженныхъ—11 (23,9 $\%$), сомнительныхъ—6 (1,3 $\%$); такимъ образомъ, заболѣло въ клиникѣ 29 (12,08 $\%$). Умерло—3 (1,24 $\%$) родильницы: отъ послѣродовыхъ заболѣваній (инфицирована внѣ клиники)—1 (0,4 $\%$), отъ послѣродовыхъ (эклампсія 1 и крупозное воспаленіе легкихъ 1) 2 (0,82 $\%$). Въ числѣ болѣвшихъ было: 1) лихорадившихъ безъ локализациі—4 (1,64 $\%$); 2) болѣвшихъ послѣродовыми формами—35 (14,5 $\%$); 3) непослѣродовыми формами—7 (2,9 $\%$). Съ однократнымъ повышеніемъ t^0 —15 (6,25 $\%$); съ двукратнымъ—6 (2,5 $\%$) и многократнымъ—25 (10,41 $\%$). Въ числѣ лихорадившихъ изъ заболѣвшихъ въ клиникѣ было только—18 (7,5 $\%$). Это число должно считаться цифрой заболѣваемости въ клиникѣ.

Д. А. Абуладзе.— „Акушерскій отчетъ Кіевской Акушерской Клиники за 1894—1897 г.г. (98).

За отчетное время число поступленій (при 15 кроватяхъ въ акушерскомъ отдѣленіи клиники) было 770; въ томъ числѣ беременныхъ было—43, роженицъ и выкидывавшихъ—724, родильницъ—3. Изъ нихъ разрѣшились въ клиникѣ 757, выписались, не разрѣшившись,—10. Срочныхъ родовъ—527 (69,7 $\%$), запоздалыхъ—5 (0,7 $\%$), преждевременныхъ 150 (19,7 $\%$) и выкидышей—75 (9,9 $\%$). Беременныхъ однимъ плодомъ—704 (98,5 $\%$), двоенъ—11 (1,5 $\%$). Общее число новорожденныхъ—725; изъ нихъ мальчиковъ—384, дѣвочекъ—337, ложный гермафродитъ—1, полъ не обозначенъ—3. Живыхъ дѣтей родилось 657, мертвыхъ (30) и выкидышей (38)—68. Первородящихъ было 312 (40,5 $\%$), повторно-родящихъ—456 (59,2 $\%$), не отмѣчено—2. Беременныхъ—43; изъ нихъ 38 разрѣшились въ клиникѣ и 5 выписались, по своему желанію, не разрѣшившись.

Роды. Всѣ роды, какъ и въ первомъ своемъ отчетѣ, авторъ дѣлитъ на 3 группы: 1) физиологическую 190 (25,1 $\%$), 2) несомнѣнно патологическую 364 (48,1 $\%$) и 3) роды, благодаря нѣкоторымъ несущественнымъ отклоненіямъ, принявшіе характеръ патологическихъ—203 (26,8 $\%$). Изъ 712 распознанныхъ положеній—продольныхъ было 702 (98,6 $\%$), поперечныхъ 10 (1,4 $\%$); неопредѣленныхъ 13 (1,8 $\%$). Изъ продольныхъ—головныхъ предлежаній было 655 (93,3 $\%$), тазовымъ концемъ—46 (6,3 $\%$), одно предлежаніе не отмѣчено. Въ числѣ головныхъ—было: затылочныхъ 653 (99,7 $\%$), лицевыхъ—2 (0,3 $\%$).

Преждевременное прерываніе беременности: а) преждевременныхъ и незрѣлыхъ родовъ было весьма значительное число, а именно 150, что составляетъ 21,9 $\%$ всѣхъ случаевъ родовъ. Беременность прерывалась на VIII мѣс. 26 разъ; на IX—42; на X—82. Причины прерыванія беременности были, главнымъ образомъ, сифились и различныя затяжныя страданія матки. При преждевременныхъ родахъ $\%$ неправильныхъ положеній болѣе, чѣмъ втрое больше (3,3) полученнаго $\%$ въ отчетное время для

неправильныхъ положеній при срочныхъ родахъ. Въ 67 случаяхъ наблюдались осложненія различнаго рода въ числѣ 245, при чемъ сдѣлано было большихъ акушерскихъ операций 52, малыхъ—43 и пособій—147. Изъ 157 незрѣлыхъ плодовъ живыхъ родилось 128, мертвыхъ 29, въ числѣ послѣднихъ—18 мацерированныхъ и 1—гнилой. б) *Выкидышей* было 75—9,9⁰/₀ всѣхъ родовъ. Въ числѣ выкидышающихъ—большинство многородящихъ. Наиболѣе частая причина прерыванія беременности—хроническія болѣзни матки. Лечение выкидышей было сохраняющее, гдѣ возможно, или, въ противномъ случаѣ, состояло въ удаленіи яйца руками, рѣже острой ложечкой; 66 больнымъ сдѣлано было большихъ акушерскихъ операций 62, малыхъ—12, пособій 63.

Многopлодная беременность: двоенъ 11 (1,5⁰/₀). Отношеніе повторно къ первобеременнымъ 2,7:1. Срочныхъ родовъ 3 (27,2⁰/₀), преждевременныхъ—8 (72,7⁰/₀) Въ 9 случаяхъ двоенъ—примѣнено 6 большихъ акушерскихъ операций и 20 малыхъ операций и пособій.

Неправильности въ строеніи таза: Узкихъ тазовъ съ конъюгатой менѣе 18 см. было 37 (5,1⁰/₀). Тазовъ же, при которыхъ замѣчались отклоненія въ механизмѣ родовъ, или неправильности въ другихъ размѣрахъ, безъ рѣзкаго измѣненія наружной конъюгаты, было 43 (5,7⁰/₀). На 725 измѣренныхъ тазовъ суженій первой степени было 76, второй 6 и третьей—4, что составляетъ для болѣе значительныхъ (2 и 3-й) степеней суженія 10 (1,4⁰/₀), а всѣхъ узкихъ тазовъ 86¹⁾ (11,7⁰/₀). Это близко совпадаетъ со статистикой, представленной проф. Г. Е. Рейномъ Второму Международному Конгрессу гинекологовъ въ Женевѣ, полученной на основаніи данныхъ 12 русскихъ клиникъ и большихъ родовспомогательныхъ учрежденій въ Россіи (См. выше, стр. 190).

Неправильности со стороны плода. 1) Предлежаній дѣтскаго мѣста—4. Три раза при родахъ преждевременныхъ. 2) Низкое его прикрѣпленіе—6. Въ двухъ случаяхъ наблюдалось преждевременное его отдѣленіе. 3) Приращеніе дѣтскаго мѣста—4 раза. 4) Преждевременное его отдѣленіе—3; въ двухъ случаяхъ при нефритѣ.

Нарушенія цѣлости родовыхъ путей отмѣчались и описывались въ исторіяхъ болѣзни весьма тщательно. Разрывовъ промежности отмѣчено 130, въ томъ числѣ разрывовъ 1-й степ.—83, 2-й—43 и 3-й—4. Разрывовъ стѣнокъ влагалища—9. Разрывовъ передней спайки половой щели—2. Разрывовъ срамныхъ губъ—6. Разрывовъ шейки матки—7. Всѣ разрывы зашивались шелкомъ.

Эклампсія встрѣтилась 14 разъ: у роженицъ—11 и родильницъ—3. Лечение состояло въ назначеніи морфія, большихъ количествъ молока, слабительныхъ, теплыхъ ваннъ, хлорала, брома и, сравнительно рѣдко, хлороформа. Умерло—3 (21⁰/₀), изъ коихъ одна доставлена была въ клинику въ агоніи, слѣдовательно при клиническомъ леченіи получилось 7,1⁰/₀ смертности.

Оперативныя пособія. 447 больнымъ было сдѣлано операций—большихъ 202, малыхъ—190 и оказано пособій 597. Изъ перечня операций, представленныхъ въ особой таблицѣ, видно значительное число искусственныхъ преждевременныхъ родовъ,

¹⁾ Сюда включены 6 узкихъ тазовъ съ конъюгатой болѣе 18 (тазы съ новообразованіями, остистый и кифотическій тазъ).

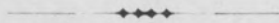
нѣсколько кесарскихъ сѣченій, въ томъ числѣ 1 при предлежаніи дѣтскаго мѣста и др. Изъ малыхъ операцій—зашиваніе всѣхъ, даже незначительныхъ нарушеній цѣлости родовыхъ путей, а изъ прочихъ пособій: промыванія матки при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ и у инфицированныхъ роженицъ.

Послѣродовой періодъ. Однѣ родильницы велись по безгнилостному способу—410 (54,0%), другіе по противогнилостному—279 (36,8%). Въ остальныхъ случаяхъ (70) роды велись по безгнилостному, послѣродовой періодъ по противогнилостному способу. Примѣненіе безгнилостнаго способа, въ виду хорошихъ результатовъ, расширялось за отчетные годы все болѣе и болѣе, на счетъ противогнилостнаго. Изъ дезинфицирующихъ средствъ, для промыванія влагалища, примѣнялись растворы сулемы, карболовой кислоты и марганцово-кислаго кали. Для промыванія матки употреблялась почти исключительно карболовая кислота. Промываніе производилось всегда при помощи двойнаго стекляннаго наконечника проф. Г. Е. Рейна (См. ниже, въ главѣ XXII, о послѣродовомъ періодѣ). При вялой инволюціи матки примѣнялось подкожное введеніе корнута *Kobert'a*. Въ 5 случаяхъ у больныхъ родильницъ, гдѣ въ отдѣленіяхъ родовыхъ путей найдены были стрептококки, примѣнена была противострептококковая сыворотка *Marmorek'a*. О значеніи сыворотки, на основаніи этихъ наблюденій, авторъ высказаться не рѣшается. Изъ 759 родильницъ было вполне здоровыхъ, т. е. гдѣ t^0 не подымалась выше 38, при общемъ хорошемъ теченіи, 643 (84,7%). Изъ 116 (15,3%) болѣвшихъ родильницъ болѣло послѣродовыми формами 78 (10,3%), смѣшанными—5 (0,7%) и непослѣродовыми 33 (4,3%). Изъ числа болѣвшихъ въ клинику поступило уже инфицированными 32, подозрительныхъ—11. Заболѣло собственно въ клиникѣ послѣродовыми 35, непослѣродовыми и смѣшанными формами 38. За отчетное время умерло 8 (0,9%), въ томъ числѣ отъ послѣродовыхъ заболѣваній 2 (0,2%), непослѣродовыхъ 6 (0,7%). Всѣ умершія поступили въ клинику уже больными. Если изъ общаго числа 83 болѣвшихъ послѣродовыми и смѣшанными формами исключить 43, поступившихъ въ клинику уже больными, или съ сомнительнымъ здоровьемъ, то получится 40 (5,2%), что и будетъ выражать число заболѣвшихъ послѣродовыми формами въ клиникѣ.



2.

Казуистика и Мелкія Сообщенія.



А. Акушерство. Главы XIX—XXII.

В. Женскія болѣзни. Главы XXIII—XXVIII.



XIX. Зачатіе.

99. **Н. В. Шуварскій.**—Матерьялы къ ученію о безплодіи. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1896 г., т. 9, в. XVII. Прилож. стр. 15 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
100. **С. В. Розовъ.** Статистическія данныя о половыхъ отправленіяхъ евреекъ, изъ матерьяла Кіевской Акушерской Клиники и амбулаторіи проф. Г. Е. Рейна. Ibid. 1889 г. т. 3, в. V, стр. 15. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).

Н. В. Шуварскій.—„Матерьялы къ ученію о безплодіи“ (99). Въ виду недостаточности данныхъ о фізіологической сторонѣ процесса оплодотворенія, имѣющаго прямое отношеніе къ ученію о безплодіи, авторъ, по предложенію проф. Г. Е. Рейна, занялся вопросомъ, въ какіе отдѣлы полового канала попадаетъ сѣменная жидкость *sub coitu* и какими силами происходитъ дальнѣйшее передвиженіе сѣменныхъ нитей. Наблюденія производились надъ женщинами, обращававшимися, ради безплодія, въ амбулаторію проф. Г. Е. Рейна и въ акушерскую клинику. Матерьялъ обнимаетъ 80 случаевъ. Въ это число входятъ какъ здоровыя женщины, такъ и болѣвшія легкими воспалительными процессами и измѣненіями въ положеніи матки. Изслѣдованія производились отъ $\frac{1}{4}$ до 2 часовъ *post coitum*, въ различные сроки по отношенію къ менструаціи. Задача изслѣдованія сводилась къ изолированному добыванію содержимаго сводовъ, шейки и полости матки. Своды обнажались зеркалами *Sims'a*, и, послѣ опредѣленія на мѣстѣ ихъ реакціи, содержимое ихъ переносилось на предметное стекло. Затѣмъ, своды промывались сулемой, вытирались ватой, и слизь шейки получалась при помощи шприца *Braun'a*. Послѣ этого каналъ шейки протирался банникомъ съ ватой, смоченной 5—10⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты въ глицеринѣ. Для добыванія содержимаго полости матки, авторомъ устроенъ особаго рода зондъ, въ которомъ скрыта выдвигающаяся ложечка съ тупыми краями. (Инструментъ демонстрированъ). Добытое содержимое различныхъ отдѣловъ полового канала изслѣдовалось подъ микроскопомъ, опредѣлялись форменные элементы сѣменной жидкости, а также степень развитія и энергія сѣменныхъ нитей.

При этомъ оказалось, что всѣ составныя части сѣмени встрѣчаются только въ сводахъ; въ каналѣ же шейки и въ полости матки, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, находятся только сѣменные нити, которыя попадаютъ сюда, видимо, въ силу своей способности къ активному движенію. Движеніе сѣменныхъ нитей въ слизи матки происходитъ гораздо энергичнѣе, чѣмъ въ содержимомъ сводовъ. Поэтому авторъ слизистую пробку шейки сравниваетъ съ фильтромъ, обезпечивающимъ, въ одно и то же время, свободный проходъ сѣменнымъ нитямъ и ограждающимъ полость матки отъ другихъ составныхъ частей сѣменной жидкости. Изъ 80 случаевъ безплодія въ 13—причина его была со стороны мужчины, а въ 22—здоровье мужа осталось подъ подозрѣніемъ. На основаніи полученныхъ данныхъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Сѣмя sub coitu извергается только въ своды; 2) сѣменные нити могутъ находиться въ полости матки уже спустя $\frac{1}{2}$ часа post coitum; 3) отдѣленіе слизистой матки есть, повидимому, среда, благопріятствующая передвиженію сѣменныхъ нитей вглубь полового канала; 4) безплодіе брачнаго сожителства, въ значительномъ числѣ случаевъ, зависитъ отъ мужчины.

С. В. Розовъ.—„Статистическія данныя о половыхъ отправленияхъ сврежкь, изъ матерьяла Кіевской Акушерской Клиники и амбулаторіи проф. Г. Е. Рейна“ (100).

Время появленія менструацій.

Годъ жизни.	Клиническія больныя.	Больныя изъ амбулаторіи проф. Рейна.	Общее число.
9	—	1	1
11	5	21	26
12	46	109	155
13	109	317	426
14	148	302	450
15	178	254	432
16	156	196	352
17	81	85	166
18	76	43	119
19	15	5	20
20	6	7	13
21	1	—	1
Итого	821	1340	2161

Опредѣляя средній возрастъ наступленія половой зрѣлости, получимъ: для клиническихъ больныхъ—15,1, для больныхъ изъ амбулаторіи проф. *Г. Е. Рейна*—14,4; въ общемъ, средній выводъ наступленія половой зрѣлости=14,7.

Продолжительность менструацій.

Количество дней.	Клиническія больныя.	Больныя изъ амбулаторіи проф. Рейна.	Общее число.
1	6	7	13
1—2	20	19	39
2—3	139	142	281
3—4	153	223	376
4—5	143	263	406
5—6	149	259	408
6—7	135	257	392
7—8	59	127	186
8—9	11	21	32
9—10	6	13	19
10—11	—	1	1
11—12	—	8	8
Итого	821	1340	2161

Такимъ образомъ, средняя продолжительность регуль у клиническихъ больныхъ=5,2 дня, у больныхъ изъ амбулаторіи проф. *Г. Е. Рейна*=5,6 дней; общая цифра средней продолжительности=5,4 дня. Если исключить 60 случаевъ, гдѣ регулы продолжались 8—9 дней и больше, и гдѣ съ бѣльшею вѣроятностію нужно предположить уже не мѣсячныя, а патологическія кровотеченія, то получимъ на 2101 женщинъ среднюю продолжительность мѣсячныхъ равною 5,3 дня.



XX. Беременность.



101. Проф. Г. Е. Рейнъ.—Эхинококкъ сальника, осложненный беременностью. Журн. Акуш. и Женск. Болѣз. 1887 г. № 2 (стр. 115).
102. А. А. Редлихъ.—Случай коренной операціи грыжи бѣлой линіи во время беременности. Проток. Кіев. Акуш. Общ. 1894 г. т. 7, в. XIV. Прилож. стр. 157 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
103. М. А. Воскресенскій.—Случай оваріотоміи при беременности. Прот. Общ. Кіев. Врачей 1886 г. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
104. Н. К. Нееловъ.—Случай ущемленія перегнутой кзади беременной матки. Прот. Кіев. Акуш. Общ. 1890 г., т. 3, в. XI. Прилож. стр. 45. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
105. Д. А. Абуладзе.—Къ вопросу о вліяніи заболѣванной холерою на теченіе беременности. Ibid. 1894 г. т. 7, в. XIII. Прилож. стр. 111 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
106. Студентъ І. Б. Суховецкій.—Наблюденія надъ холерными заболѣваніями у беременныхъ. Ibid. 1898 г. т. 10, в. XIX. Прилож. стр. 56 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
107. Г. Г. Брюно.—Случай пузырьчатого заноса. Ibid. 1890 г. т. 3, в. VI, стр. 18 (*Изъ Кіевской Акушерской Поліклиники*).
Ср. также выше, главу XI, стр. 116 о внѣматочной беременности.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—„Эхинококкъ сальника, осложненный беременностью“ (101).
Описанный авторомъ случай представляетъ большой интересъ помимо вообще большой рѣдкости эхинококка сальника еще и потому, что встрѣтившійся эхинококкъ принадлежалъ къ числу солитарныхъ эхинококковъ сальника, которые составляютъ тѣмъ большую рѣдкость.

Краткая исторія этого случая слѣдующая: больная—крестьянка Кіевского уѣзда, кухарка, 25-ти лѣтъ отъ роду, немного анемична, вяла, но, въ общемъ, состояніе здорова ея удовлетворительно. Менструируетъ съ 17-ти лѣтъ, черезъ 3—4 недѣли, по 4—5 дней, безъ болей. Рожала два раза въ клиникѣ; первый разъ родила мертвого, недоношеннаго ребенка; вторые же роды и послѣродовой періодъ протекли правильно, но незадолго до выписки больной изъ клиники, послѣ подробнаго изслѣдованія, у нея была

замѣчена въ верхней части живота, справа, нѣсколько ниже печени, круглая, твердая, весьма подвижная опухоль, величиною въ кулакъ. Эта опухоль не вызывала никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ, хотя, по словамъ больной, существовала у ней уже 3 года. Отъ какого либо энергическаго вмѣшательства, съ лечебною цѣлью, больная отказалась. Спустя 3 года, 20-го сентября 1886 года, больная вновь поступила въ клинику, съ жалобами на боли въ области опухоли, особенно послѣ напряженія брюшнаго пресса; нерѣдко боли вынуждали больную ложиться въ постель. За 2 мѣсяца до поступленія больной въ клинику, у ней прекратились регулы. При изслѣдованіи, кромѣ 2-хъ-мѣсячной беременности, была опредѣлена также, найденная 3 года тому назадъ, опухоль, достигшая теперь величины дѣтской головки. Въ первые 6 дней по поступленіи больной въ клинику, наблюдалась лихорадка неправильнаго типа, при чемъ t^0 не превышала $38,9^0$. Общее состояніе больной было угнетенное; но затѣмъ температура снова упала, общее состояніе улучшилось.

При повторныхъ изслѣдованіяхъ больной, опухоль оказалась эластичной, мѣстами неясно флюктуирующею, бугристою и совершенно не чувствительной. При измѣреніи циркулемъ въ одномъ діаметрѣ она равнялась 9 см., а въ другомъ—7—8 см. Чаше опухоль находилась въ области пупка, немного справа, но изъ этого положенія она легко и свободно передвигалась по всей брюшной полости, такъ что изъ праваго подреберья могла быть переведена въ лѣвое, оттуда низведена до входа въ малый тазъ и т. д. Связи съ маткой опухоль не имѣла. Диагнозъ былъ не вполне точно установленъ. Предположена была или киста яичника на очень длинной ножкѣ, или новообразованіе, исходящее изъ сальника или брыжейки.

Въ виду временныхъ обостреній, обусловливаемыхъ присутствіемъ опухоли, а также большой подвижности опухоли, что могло дать въ будущемъ цѣлый рядъ опасныхъ осложненій, рѣшено было удалить опухоль.

Операция была сдѣлана 10-го октября 1886 года. Разрѣзъ былъ произведенъ по бѣлой линіи, на 6 см. выше и настолько-же ниже пупка, обходя его слѣва. По вскрытіи брюшины, представилась опухоль, походившая на кисту яичника, бѣлая, бугристая, покрытая приращеннымъ сальникомъ, мѣстами флюктуирующая. Опухоль, вмѣстѣ съ довольно значительнымъ участкомъ сальника, удалось легко извлечь наружу, *не уменьшая ея размѣровъ проколомъ*. Она находилась въ связи только съ сальникомъ и, именно, такимъ образомъ, что сальникъ покрывалъ болѣе половины ея поверхности и въ одномъ мѣстѣ образовалъ какъ-бы ножку, шириною въ ладонь. Небогатая сосудами ножка была легко перевязана въ 2 пучка на разстояніи около 3 поперечныхъ пальцевъ отъ опухоли, послѣ чего послѣдняя была удалена ножницами, а „ножка“ опущена въ брюшную полость. Никакихъ другихъ ненормальностей въ сальникѣ не оказалось. Дальнѣйшее продолженіе операціи прошло гладко, послѣоперационный періодъ никакихъ осложненій не представилъ. На 14-й день больная встала съ постели, на 20-й выписалась изъ клиники. Беременность продолжала прогрессировать.

По окончаніи операціи, когда опухоль была вскрыта ножемъ, изъ разрѣза пока-

залась характерная прозрачная жидкость и бѣловатые пузыри эхинококка, величиною отъ булавочной головки до куриного яйца. Мѣшокъ неправильной, овоидной формы, имѣеть въ длинномъ діаметрѣ 8 см., а въ короткомъ 6 см. Стѣнки его весьма плотныя и нѣсколько ломкія, толщиною отъ 1 до 3 см. Внутренняя поверхность гладка, наружная почти сплошь покрыта сальникомъ, весьма плотно сросшимся со стѣнкою мѣшка старыми ложными перепонками. Отдѣленіе сальника отъ стѣнки мѣшка не удается. Полость мѣшка одна, не раздѣлена перегородками; въ ней находится около ста, если не болѣе, отдѣльныхъ пузырей. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что въ дочернихъ пузыряхъ была масса головокъ съ крючками, весьма характерныхъ, а также отдѣльно плавающіе пузыри. (Препаратъ сохраняется въ музеѣ Кіевской Акушерской Клиники.—Реф.).

Тщательно разобравъ относящуюся сюда литературу, авторъ отмѣчаетъ слѣдующія особенности описаннаго случая:

а) Въ клинической литературѣ описанный случай представляется единственнымъ (unicum).

б) Случай этотъ слѣдуетъ отмѣтить, какъ солитарный эхинококкъ брюшной полости, который, по отзыву знатока эхинококковой болѣзни, *Нейссера*, представляетъ большую рѣдкость.

в) Благодаря тому, что эхинококкъ былъ солитарный и отношенія его къ сальнику были крайне благопріятны для операціи, удалось произвести полное удаленіе его, причѣмъ ни одинъ изъ дочернихъ пузырей и ни одна капля содержимаго не попала въ брюшную полость; между тѣмъ какъ въ большинствѣ случаевъ эхинококка брюшной полости, полное удаленіе его не удается.

г) По отношенію къ распознаванію, случай этотъ не представилъ особенностей въ ряду другихъ однородныхъ опубликованныхъ случаевъ. Характернаго треска гидатидъ не было констатировано. Другіе физическіе признаки опухоли: бугристость, твердость, а равно боли, вслѣдствіе воспалительныхъ измѣненій въ ближайшемъ сосѣдствѣ мѣшка, описываемыя нѣкоторыми, какъ характерныя для эхинококка, едва-ли могутъ служить вполне надежными точками опоры при распознаваніи.

На основаніи всего вышеизложеннаго, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) *Еще разъ настаивать на необходимости оперировать опухоли брюшной полости, по возможности, въ раннемъ періодѣ ихъ развитія.* Описанный случай представляетъ новое доказательство этого положенія.

2) Небольшія и легло подвижныя новообразованія брюшной полости, особенно подозрительнаго характера, слѣдуетъ удалять цѣликомъ, не уменьшая ихъ въ объемѣ проколомъ, во избѣжаніе загрязненія и зараженія брюшины. Выгоднѣе, въ случаѣ надобности, увеличить брюшной разрѣзъ.

3) При операціи эхинококка сальника слѣдуетъ пытаться удалять мѣшокъ цѣликомъ или путемъ вылушенія, или, еще лучше, резекціи или ампутаціи сальника.

4) Сальникъ должно причислить къ небольшому ряду тѣхъ органовъ (кожа, подкожная клѣтчатка, мышца etc.), гдѣ возможно радикальное, полное удаленіе эхинококка.

5) Беременность не представляетъ противопоказанія къ производству чревосѣченій, въ томъ числѣ и для удаленія эхинококка брюшной полости.

А. А. Редлихъ.—*„Случай коренной операціи грыжи бѣлой линіи во время беременности“* (102). Операція была произведена у 39-лѣтней больной. Больная замужемъ съ 18-ти лѣтъ, рожала 5 разъ. Грыжа замѣчена была послѣ первыхъ родовъ; тогда она была величиною въ грецкій орѣхъ. Въ послѣдующія 5 лѣтъ, не смотря на то, что больная рожала 4 раза, грыжа сохраняла прежнюю величину. При 6-й беременности, къ пятому мѣсяцу ея, грыжа достигла величины головки новорожденного ребенка (см. рис. 49 и 50); роды срочные, безъ осложнений. Послѣ этихъ родовъ грыжа, хотя



Рис. 49. Видъ спереди.



Рис. 50. Видъ сбоку.

Рис. 49 и 50. Грыжа бѣлой линіи. Пупокъ отсутствуетъ; въ области его находится опухоль неправильной формы, дѣлящаяся бороздой на два отдѣла: верхній—меньшій, величиною въ гусиное яйцо, нижній—большій, величиною въ голову новорожденного ребенка; общая же масса опухоли равнялась, приблизительно, головкѣ годового ребенка.

и довольно рѣзко уменьшилась, но вполнѣ не вправилась. Послѣднія регулы у больной были 1 октября 1891 г.; наступила 7-я беременность, при которой больная и рѣшила обратиться за помощью въ Кіевскую Акушерскую Клинику. Здѣсь была сдѣлана больной операція 1 февраля 1892 года. При операціи оказалось, что грыжа содержитъ петли кишекъ и часть сальника. Узкія грыжевые ворота были расширены разрѣзами, содержимое вправлено въ брюшную полость, грыжевой мѣшокъ вмѣстѣ съ покрывающею его кожей былъ резецированъ, и грыжевое отверстіе зашито семью шелковыми швами такимъ образомъ, что края его соприкасались, на глубину около 1 см, вывовореченными брюшинными поверхностями; брюшная рана зашита пятью глубокими швами,

проникающими черезъ кожу и брюшину, и девятью поверхностными, проникающими только черезъ кожу. Послѣоперационный періодъ протекъ безлихорадочно; на 15-й день послѣ операциі больная выписана изъ клиники здоровой.

Разобравъ вкратцѣ существующіе методы операциі коренного леченія грыжъ и показанія къ этому рода операциямъ, авторъ указываетъ на интересъ сообщеннаго случая, какъ въ смыслѣ показаній и техническихъ особенностей операциі, такъ и по относительной рѣдкости такого рода осложненій беременности.

М. А. Воскресенскій.—*„Случай оваріотоміи при беременности“* (103). Рассмотрѣвъ показанія и противопоказанія къ операциі въ случаѣ, оперированномъ проф. *Г. Е. Рейномъ*, авторъ перешелъ къ описанію самой операциі и послѣоперационнаго теченія. Первые три дня послѣ операциі прошли благополучно, но на 4-е сутки произошелъ выкидышъ. Дальнѣйшее теченіе болѣзни было вполне благопріятнымъ, и на 28-й день больная выписалась изъ клиники.

Н. К. Нееловъ.—*„Случай ущемленія перегнутой кзади беременной матки“* (104). Больная поступила 26-го сентября 1890 года въ акушерскую клинику университета св. Владиміра. Крестьянка, 35 лѣтъ отъ роду, на 5-мъ мѣсяцѣ 6-й беременности явилась въ клинику, по причинѣ задержанія мочи. Въ клиникѣ было обнаружено очень дурное общее состояніе больной и ущемленіе беременной матки, перегнутой кзади. Часть матки находилась въ брюшной полости, между тѣмъ какъ другая, ущемленная часть, занимала всю область крестцовой впадины и выпячивала промежность въ видѣ шара. Вслѣдствіе такого рода ущемленія, матка имѣла форму песочныхъ часовъ. Моча, содержащая много крови, была выпущена катетеромъ въ количествѣ 2300 куб. см. На другой день удалось вправить матку пальцами черезъ прямую кишку, въ колѣнно-локтевомъ положеніи больной. Въ тотъ-же день послѣдовалъ выкидышъ, послѣ котораго состояніе больной еще болѣе ухудшилось, и 28 сентября больная умерла. На вскрытіи найдено: тазъ плоскій (conj. v. 9 см.), рахитической, воронкообразно-расширенный въ направленіи къ выходу. Въ мочевомъ пузырьѣ найдено около 1 фунта крови; слизистая пузыря во многихъ мѣстахъ изъязвлена и покрыта дифтеритическими пленками. Мочеточники и лоханки растянуты; ихъ слизистыя утолщены и усѣяны точечными кровоподтеками. Въ ткани почекъ—мелкіе гнойники; клѣтчатка вокругъ hylus гнойно пропитана. Явленія воспаленія брюшины. Отекъ легкихъ.

Остановливаясь на особенностяхъ даннаго случая, авторъ обращаетъ вниманіе: 1) на острое происхожденіе перегиба, вслѣдствіе поднятія значительной тяжести на 5-мъ мѣсяцѣ беременности; 2) на причину смерти, которую приписываетъ, главнымъ образомъ, кровотеченію изъ язвъ слизистой оболочки мочевого пузыря. Сверхъ того, онъ высказываетъ предположеніе, что въ данномъ случаѣ могла имѣть мѣсто инфекція, гнилостная или даже дифтеритическая, вслѣдствіе повторныхъ катетеризаций пу-

зря нечистыми инструментами, разными лицами, произведенныхъ еще до поступленія больной въ клинику. 3) По мнѣнію автора, въ случаѣ неудачи обычныхъ способовъ вправленія матки, вполне показано чревосѣченіе.

Тазъ демонстрированъ Акушерскому Обществу. (Сохраняется въ собраніи тазовъ Кіевской Акушерской Клиники.—Реф.)

Л. А. Абуладзе.— „Къ вопросу о вліяніи заболѣваній холерою на теченіе беременности“ (105). Авторъ лѣтомъ 1892 г. завѣдывалъ холернымъ бараккомъ въ г. Екатеринославѣ. За это время его наблюденію представилось пять случаевъ заболѣванія холерою беременныхъ женщинъ.

Какъ на основаніи этихъ наблюденій, такъ и на основаніи подробнаго анализа литературныхъ данныхъ по этому вопросу, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

- 1) Беременность при холерѣ, въ большинствѣ случаевъ, прерывается.
- 2) Повидимому, исключеніе изъ этого правила можетъ составить беременность въ болѣе раннихъ стадіяхъ и притомъ при холерѣ не въ сильной степени.
- 3) Причину смерти плода нужно видѣть, главнымъ образомъ, въ нарушеніи питанія и дыханія послѣдняго, вслѣдствіе сильнаго пониженія кровянаго давленія, сгущенія крови и обѣднѣнія ея кислородомъ.
- 4) Изгнаніе яйца, если беременность прервалась, въ большинствѣ случаевъ, наступаетъ не во время холернаго приступа, а послѣ прекращенія его, въ періодъ выздоровленія отъ холеры.

Студ. І. Б. Суховецкій.— „Наблюденія надъ холерными заболѣваніями у беременныхъ“ (106). Завѣдывая, въ теченіе двухъ осеннихъ мѣсяцевъ 1898 года, холерными пунктами въ Кременецкомъ уѣздѣ, Волынской губерніи, докладчикъ наблюдалъ свыше трехсотъ случаевъ заболѣванія холерою. Въ этомъ числѣ ему пришлось встрѣтить три случая холеры у беременныхъ. Кромѣ своихъ 3-хъ случаевъ, авторъ представилъ краткія описанія случаевъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ у его товарищей—студ. *Деканскаго* и *Дзеконскаго*. Изъ приведенныхъ 14 случаевъ только въ одномъ—на VI мѣсяцѣ—беременность не прервалась,—съ сохраненіемъ жизни матери и плода; въ одномъ случаѣ—на VIII мѣсяцѣ—умерла мать, не разрѣшившись; въ четырехъ—на 2, 3, 4, 5 мѣсяцахъ—беременность прервалась, съ послѣдовательною смертью матерей, и въ восьми—на 2, 4, 5, 6, въ 3-хъ на 8 и 1-мъ на 9 мѣсяцахъ—беременность прервалась, съ сохраненіемъ жизни матерей. Въ трехъ случаяхъ родились живые плоды, умершіе, впрочемъ, въ первые-же дни послѣ рожденія. Такимъ образомъ, наблюденія автора и его товарищей подтверждаютъ прежнія наблюденія, что при холерѣ происходитъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, прерываніе беременности.

Г. Г. Брюно.—*„Случай пузырьчатого заноса“* (107). Авторъ вкратцѣ изложилъ исторію ненормальной беременности, продолжавшейся 13 мѣсяцевъ и окончившейся вполнѣ благополучно выхожденіемъ пузырьчатого заноса, величиною въ дѣтскую головку. Заносъ, сильно сплющенный и принявшій форму какъ-бы слѣпка съ полости матки, демонстрированъ авторомъ въ обществѣ (Препаратъ сохраняется въ музеѣ Кіевской Акушерской Клиники.—Реф.).

Изложенный случай замѣчателенъ въ томъ отношеніи, что пузырьчатый заносъ, достигнувъ весьма значительныхъ размѣровъ, безъ видимой причины, остановился въ дальнѣйшемъ своемъ развитіи и подвергся сплющиванію, вслѣдствіе сдавливанія стѣнками матки.



XXI. Р о д ы.

108. **А. И. Красковскій.**—Искусственные преждевременные роды при нефритѣ, осложненномъ отслойкой сѣтчатки на обоихъ глазахъ. Прот. Кіев. Акуш. Общ. 1888 г., т. 2, в. III. Прилож. стр. 79 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
109. **В. Н. Гогоцкій.**—Случай посмертнаго насильственнаго родоразрѣшенія живыми двойнями. Ibid. 1898 г., т. 10, в. XIX. Прилож. стр. 19. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
110. **А. Г. Боряковскій.**—Шесть случаевъ примѣненія прямыхъ акушерскихъ щипцовъ при заднемъ видѣ темянныхъ предложеній. Ibid. т. 2, в. IV. Прилож. стр. 75 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
111. **Н. Б. Нееловъ.**—Демонстрація foetus papugaceus. Ibid. 1889 г., т. 3, в. V, стр. 31 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
112. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Демонстрація родильницы послѣ операции лоносѣченія. Ibid. 1894 г., т. 7, в. XIII. стр. 13.
113. **Г. Г. Левицкій и В. Н. Гогоцкій.**—Овариотомія черезъ прямую кишку во время родовъ. Ibid. 1898 г., т. 10, в. IX. Прилож. стр. 55 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
Ср. также выше, стр. 75 *Г. Ф. Писемскій.*—Нѣсколько словъ объ асептикѣ при возбужденіи преждевременныхъ родовъ, а также главу XVI, стр. 173—о самопроизвольномъ разрывѣ матки во время родовъ, главу XV, стр. 181—о кесарскомъ сѣченіи, главу XVI, стр. 190—о неправильностяхъ таза и др.

А. И. Красковскій.—„Искусственные преждевременные роды при нефритѣ, осложненномъ отслойкою сѣтчатки на обоихъ глазахъ“ (108). Пятнадцатаго февраля 1888 г. въ Акушерскую Клинику университета св. Владиміра поступила перво-беременная крестьянка Марія Р., 19-ти лѣтъ. Два года тому назадъ она болѣла какою-то болѣзнью, сопровождавшеюся сильной слабостью и недомоганіемъ. Годъ тому назадъ у ней были судороги рукъ и ногъ, послѣ чего появилась сильная головная боль, продолжавшаяся цѣлыя сутки. Послѣднія регулы были въ концѣ мая 1887 г., первое движеніе плода замѣтила въ половинѣ ноября 1887 г. Въ срединѣ декабря того-же года появился отекъ ногъ, постепенно увеличивавшійся. Въ концѣ января 1888 г. Р.

слышала послѣдній разъ движенія плода, которыя затѣмъ прекратились безъ всякой видимой причины. Десятаго февраля 1888 г. Р. упала навзничъ съ вязанкой дровъ, ударившей ее въ животъ; тринадцатаго февраля почувствовала сильную головную боль, четырнадцатаго февраля утромъ замѣтила въ первый разъ сильный отекъ лица, особенно въѣкъ, а къ вечеру того-же дня внезапно у нея развилась полная слѣпота на оба глаза.

При изслѣдованіи больной въ клиникѣ, найдено: т^л тѣла—36,4; пульсъ—80, нѣсколько напряженный; г.—24. Значительный отекъ ногъ до колѣнъ и отчасти бедеръ, а также лица, особенно въѣкъ. Органы груди нормальны. Дно матки на срединѣ между пупкомъ и мечемъ; по наружному изслѣдованію, положеніе плода—1-е темянное, передній видъ. Сердцебиенія плода не слышно; маточный шумъ—слѣва, въ подчревной области; схватокъ нѣтъ.

При изслѣдованіи черезъ влагалище, найдено: половые органы сформированы правильно, влагалищная часть шейки, длиною около 2,5 см., смотритъ кзади, наружный зѣвъ пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Черезъ сводъ прощупывается баллотированная головка плода. Моча, выпущенная катетеромъ, содержитъ огромное количество бѣлку. При микроскопическомъ изслѣдованіи мочевого осадка, найдено много гіалиновыхъ и зернистыхъ широкихъ цилиндровъ, немного лимфоидныхъ клѣтокъ, эпителиальныхъ клѣтокъ пузыря, лоханокъ и почечнаго эпителия. Многія изъ этихъ клѣтокъ имѣли мелкозернистый видъ.

При изслѣдованіи глазъ найдено полное отсутствіе качественного зрѣнія и отслойка сѣтчатки, особенно значительная на лѣвомъ глазу, гдѣ она занимаетъ большую часть нижней половины сѣтчатки (проф. *А. В. Ходинъ*).

Въ виду опаснаго состоянія больной, рѣшено было приступить къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Въ часъ дня 16-го февраля, со всѣми противогнилостными предосторожностями, въ полость матки былъ введенъ эластическій бужъ, а въ 4 ч. 35 м. ночи 17 февр. Р. благополучно родила мертворожденнаго ребенка мужскаго пола, по размѣрамъ соответствующаго 8 мѣсяцамъ беременности. Послѣдъ макроскопически никакихъ измѣненій не представлялъ.

Послѣродовой періодъ прошелъ безлихорадочно; къ 7-му дню исчезли отеки, отслойка сѣтчатки значительно уменьшилась, бѣлку въ мочѣ остались лишь слѣды, цилиндры въ мочевомъ осадкѣ исчезли.

Въ настоящее время, на 9-й день послѣ родовъ, больная чувствуетъ себя хорошо, зрѣніе вполнѣ возстановилось.

На основаніи разбора какъ реферированнаго случая, такъ и нѣкоторыхъ литературныхъ данныхъ по вопросу о нефритѣ беременныхъ, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Данный случай представляет типичную форму того специфического заболѣванія почекъ, которому нѣмецкой школою придано названіе „почки беременных“ (Schwangerschaftsniere).

2) Основное заболѣваніе повело къ довольно рѣдкому осложненію—отслойкѣ сѣтчатки на обоихъ глазахъ—безъ какихъ-либо воспалительныхъ явленій со стороны глазного дна.

3) Искусственные преждевременные роды повели къ быстрому улучшенію болѣзни, такъ что есть надежда на полное выздоровленіе больной.

4) Бужъ, введенный въ полость матки, со всѣми противогнилостными предосторожностями, можетъ служить вѣрнымъ, а иногда и быстрымъ средствомъ для вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

В. Н. Гогоцкій.—*„Случай посмертнаго насильственнаго родоразрѣшенія живыми двойнями“* (109).

Первороженица, 30 лѣтъ, поступила въ Акушерскую клинику университета св. Владиміра 4 декааря 1895 года, вслѣдствіе припадковъ эклампсіи во время родовъ.

При поступленіи въ клинику были діагносцированы: двойни, начинающіеся преждевременные роды 9½ мѣсяцевъ, эклампсія во время родовъ и воспаленіе почекъ.

Припадки судорогъ въ клиникѣ не наблюдались, и роженица первое время находилась въ удовлетворительномъ состояніи; родовая дѣятельность была слабая. Спустя два часа по поступленіи въ клинику, у больной внезапно появились явленія отека легкихъ, ціанозъ и сильная одышка; общее состояніе больной сдѣлалось настолько опаснымъ, что пришлось прибѣгнуть немедленно къ операціи насильственнаго родоразрѣшенія.

При зѣвѣ, открытомъ на 1½ поперечныхъ пальца, были сдѣланы надрѣзы краевъ зѣва ножницами, подъ руководствомъ пальцевъ, и на головку, стоящую въ полости таза, наложены щипцы.

Во время производства тракцій щипцами послѣдовала смерть матери, не смотря на всѣ принятые мѣры. Ребенокъ же былъ извлеченъ въ легкой асфиксіи, 3 минуты спустя послѣ момента смерти матери.

Второй плодъ находился въ цѣльномъ пузырьѣ, въ поперечномъ положеніи. Былъ произведенъ искусственный разрывъ плоднаго пузыря и внутренней классической поворотъ, съ послѣдующимъ извлеченіемъ; плодъ былъ извлеченъ черезъ 8 минутъ послѣ момента смерти матери въ легкой асфиксіи и оживленъ также, какъ и первый.

На основаніи экспериментальной работы *Breslau* и другихъ данныхъ литературы, авторъ приходитъ къ выводу, что плодъ можетъ пережить смерть матери *maximum* на 20 минутъ, и въ теченіе этого времени врачъ обязанъ, какъ можно скорѣе, произвести или операцію насильственнаго родоразрѣшенія, или кесарское сѣченіе на мертвой, съ цѣлью спасти ребенка.

А. Г. Боряковский.— „Шестъ случаевъ примѣненія прямыхъ акушерскихъ щипцовъ при заднемъ видѣ темянныхъ предлежаній“ (110). При заднемъ видѣ темянныхъ предлежаній три раза были наложены прямые щипцы проф. *И. П. Лазаревича* и 3 раза—перекрещивающіеся прямые щипцы самого автора. Во всѣхъ этихъ случаяхъ головка находилась въ полости малаго таза, и пространственныя отношенія между нею и стѣнками таза, въ общемъ, были благопріятны. Одновременно съ тракціями былъ совершаемъ поворотъ головки затылкомъ къ лонному сочлененію, при чемъ во время операціи щипцы не были ни снимаемы, ни перемѣщаемы.

На основаніи этихъ шести наблюденій, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Головка, помѣщающаяся въ полости малаго таза въ заднемъ видѣ темянного предлежанія, имѣетъ большую наклонность совершать поворотъ затылкомъ кпереди, даже при не вполне благопріятныхъ условіяхъ. Такому повороту головки должно способствовать при извлеченіи ея щипцами, исключая рѣдкіе случаи извѣстныхъ неправильностей въ устройствѣ таза и головки.

2) Поворотъ головки въ заднемъ видѣ можетъ быть легко выполненъ только при употребленіи прямыхъ щипцовъ.

3) Поворотъ головки, при употребленіи прямыхъ щипцовъ, не представляетъ опасности ни въ отношеніи поврежденія мягкихъ частей матери и головки плода, ни въ отношеніи скручиванія шейки плода.

4) При переходѣ задняго вида темянного предлежанія въ поперечный, примѣненіе прямыхъ щипцовъ такъ-же удобно, какъ и при соотвѣтствующемъ заднемъ видѣ и, во всякомъ случаѣ, удобнѣе общеупотребительнаго способа *Lange*.

На основаніи перечисленныхъ данныхъ, авторъ считаетъ содѣйствіе со стороны прямыхъ щипцовъ повороту головки, при заднемъ видѣ темянныхъ предлежаній, въ большинствѣ случаевъ, пріемомъ вполне законнымъ и признаетъ прямые щипцы необходимою принадлежностію акушерскаго набора.

Н. К. Неловъ.— „Демонстрація foetus rufuraceus“ (111). Препаратъ полученъ при родахъ отъ первороженицы, 23 лѣтъ, вполне здоровой, съ нормальнымъ тазомъ. Роды наступили преждевременно, безъ всякой видимой причины, на 8 мѣсяцѣ. Во время родовъ, до разрыва плоднаго пузыря, распознаваніе не могло быть сдѣлано вполне точно, и предположена была какая-либо уродливость плода. Лишь по отхожденіи водъ, былъ распознанъ foetus rufuraceus, при второмъ нормально развитомъ живомъ плодѣ, находившемся въ заднемъ видѣ 2-го черепного предлежанія. Вслѣдствіе слабости потугъ роды были окончены помощію щипцовъ. Сплющенный плодъ былъ легко извлеченъ за ножку, при вполне раскрытомъ зѣвѣ. Демонстрируемый сплющенный плодъ по размѣрамъ отвѣчаетъ 5-ти мѣсяцамъ внутри-утробной жизни. Дѣтское мѣсто сплющенного плода находится отдѣльно отъ дѣтскаго мѣста живого плода и

соединенно съ нимъ лишь посредствомъ оболочекъ; оно желто-краснаго цвѣта, подъ микроскопомъ обнаруживаетъ значительное развитіе соединительной ткани.

Авторъ указываетъ на трудность діагноза въ данномъ случаѣ. Причиною преждевременныхъ родовъ онъ считаетъ присутствіе въ маткѣ мацерированнаго сплюсненнаго плода, помѣщавшагося въ области шейки матки. Оба плода одного пола и, повидимому, развились изъ одного яйца. Вѣроятною причиною смерти одного изъ плодовъ могутъ быть признаны измѣненія въ его дѣтскомъ мѣстѣ.

Проф. Г. Е. Рейнь.—*„Демонстрація родильницы послѣ операціи лоносъченія (112).* 13-го февраля 1893 г. въ клинику была доставлена роженица, крестьянка Полтавской губ., 27 лѣтъ отъ роду. Первые роды у нея продолжались 5 дней и окончились рожденіемъ мертваго плода, вторые—были два года тому назадъ; родился небольшихъ размѣровъ живой плодъ. Настоящіе—третьи роды—начались 10 февраля. Роженица перешла, въ теченіе 3-хъ дней, черезъ руки повитухъ и повивальной бабки и, наконецъ, въ клинику была направлена приглашеннымъ къ ней докторомъ *Клейнманомъ*. Препятствіе къ окончанію родовъ силами природы заключалось въ запруженіи полости таза тремя опухолями, повидимому, фибрознаго строенія. Опухоли величиною отъ куринаго до гусянаго яйца, ограниченно подвижныя располагались такимъ образомъ, что составляли собою какъ бы полу-кольцо и занимали, главнымъ образомъ, лѣвую половину таза. Вслѣдствіе этого полость таза была сужена во всѣхъ ея размѣрахъ, а въ области истинной конъюгаты помѣщались 3 поперечныхъ пальца ($6\frac{1}{2}$ -7 cm.). Наружные размѣры таза 30,0; 27,5; 25,0, и 18,0. Предлежащая головка вступила уже въ полость таза, стрѣловидный шовъ находился въ прямомъ размѣрѣ, малый родничекъ былъ сильно опущенъ и обращенъ впередъ. Сердцебіеніе плода отчетливо выслушивается. Состояніе роженицы: t^0 37, 4, пульсъ—92, слегка аритмичный. Общая слабость. Кольцо сокращенія матки рѣзко обозначено въ области пупка. Отдѣленія изъ влагалища гноевидныя.

При такихъ условіяхъ, поздно вечеромъ, была произведена операція лоносъченія. Роженица переведена въ комнату, предназначенную для чревосъченій. На операціонномъ столѣ ей дано положеніе, примѣняемое при камнесъченіи. Операція произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ и при употребленіи противогнилостныхъ средствъ. Передъ самымъ началомъ операціи были наложены акушерскіе щипцы, но, послѣ трехъ безплодныхъ тракцій, щипцы оставлены на головкѣ плода, и приступлено къ разсѣченію лоннаго сочлененія. Разрѣзъ покрововъ начать слѣва у головки клитора и продолжень кверху—на 1-2 cm. выше верхняго края лоннаго сочлененія. По мѣрѣ углубленія разрѣза, приходилось тщательно останавливать кровотеченіе изъ венъ, оказавшихся довольно сильно расширенными. Палецъ свободно проведенъ между сухожиліями прямыхъ мышцъ живота до задней поверхности сочлененія, и подъ его контролемъ сочлененіе безъ труда было разсѣчено посредствомъ пуговчатаго, слегка изогнутаго, бистури. Лонныя кости разошлись на 1 поперечный палецъ. Рана закрыта іодоформной марлей,

и приступлено къ извлеченію щипцами плода. Двухъ легкихъ тракцій оказалось для этого, сверхъ ожиданія, вполне достаточно. При первой тракціи былъ слышенъ небольшой трескъ, повидимому, отъ разрыва нижнихъ связокъ лоннаго сочлененія. Тотчасъ по рожденіи плода, появилось обильное кровотеченіе, ради котораго быстро осмотрѣна рана, а также влагалище (посредствомъ зеркала *Sims'a*), при чемъ оказалось, что кровотеченіе происходило изъ матки, вслѣдствіе крайней дряблости ея, и отчасти изъ нижняго края раны, въ области пещеристыхъ тѣлъ похотника. Послѣдъ удаленъ, примѣнено механическое раздраженіе матки, вприснута подъ кожу корнутинъ *Коберта*, приготовлено горячее спринцованіе. На кровоточащіе сосуды раны быстро наложено нѣсколько зажимныхъ пинцетовъ. Пульсъ въ это время у оперированной былъ 120. По остановкѣ кровотеченія, приступлено къ зашиванію раны. Концы лонныхъ костей разошлись настолько, что между ними помѣщалось 4 поперечныхъ пальца оператора, т. е. на растояніе около $7-7\frac{1}{2}$ см. Сближеніе разошедшихся костей оказалось труднымъ при томъ положеніи, въ которомъ все время находилась оперируемая (т. е. какъ при камнесѣченіи) и, напротивъ того, легко удалось, когда, по совѣту одного изъ помощниковъ, ноги оперируемой были протянуты. На надкостницу наложены 3 шелковыхъ шва, покровы сшиты 7 швами. На тазъ наложена гипсовая повязка. Что касается плода, то онъ извлеченъ живымъ; вѣсъ его 3000 грам., длина—50,5 см., окружность головки—35,0 см.

Послѣродовой періодъ протекалъ при незначительномъ повышеніи t^0 —до 38,5, начиная со 2-го дня; съ 10-го дня t^0 стала нормальной. Уходъ за родильницей былъ весьма труденъ, такъ что для промыванія влагалища нужно было шестерымъ помощникамъ—студентамъ подымать ее, удерживая въ горизонтальномъ положеніи. Мочиться сама родильница не могла до 8-го дня. Гипсовая повязка оказалась неудобной, такъ какъ очень скоро пропиталась отдѣленіями и сдѣлалась зловонною, вслѣдствіе чего на 6-й день уже она была снята и замѣнена простой перевязкой (іодоформ. марля, вата и липкій пластырь). Швы сняты на 10-й день; первое натяженіе—почти по всей длинѣ раны. Въ нижнемъ углу раны, у похотника, затекъ; на 10-й день обнаружился затекъ также и въ верхнемъ углу раны; изъ обоихъ затековъ выдѣляется около 1 чайной ложки гноя. Въ настоящее время затеки уменьшились. Общее состояніе больной весьма удовлетворительно. Движенія связанными конечностями до извѣстной степени возможны. Ребенокъ здоровъ; вѣсъ—3435 грм.

Впослѣдствіи больная совершенно поправилась и по настоящее время (1899 г.) здорова; въ походкѣ замѣчается лишь нѣкоторая неувѣренность. Вслѣдствіе дальнѣйшаго роста опухолей, больная подверглась дважды кесарскому сѣченію, а именно въ 1894 году (см. выше, стр. 181) и въ 1896 году (см. выше, стр. 188),—Реф.

Воздерживаясь отъ общихъ выводовъ касательно значенія симфизеотоміи, за незначительностью своего личнаго матеріала, авторъ резюмировалъ лишь свое впечатлѣніе отъ данной операціи. Ему кажется, что симфизеотомія имѣетъ свою будущность и въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ конкурировать съ кесарскимъ сѣченіемъ при относительныхъ показаніяхъ. При выборѣ операціи необходимо обращать вниманіе на общее

состояніе роженицы; въ случаѣ запущенныхъ родовъ, гдѣ можно предполагать загрязненіе половой трубки микробами, какъ это было въ случаѣ автора, умѣстнѣе симфизеотомія. Въ случаяхъ же свѣжихъ, быть можетъ, умѣстнѣе кесарское сѣченіе. Показаніе къ симфизеотоміи дается, главнымъ образомъ, суженіемъ таза въ поперечныхъ размѣрахъ, какъ это имѣетъ мѣсто въ кифотическомъ тазу и иногда въ тазу, запруженномъ опухольями, а затѣмъ уже слѣдуютъ общесуженные и, можетъ быть, также плоскіе тазы. О значеніи симфизеотоміи можно, во всякомъ случаѣ, сказать, съ положительностью, что ею изгоняется прободеніе головки у живого плода. Затѣмъ авторъ сдѣлалъ нѣсколько замѣчаній касательно техники операціи. Для избѣжанія кровотеченія въ послѣднемъ моментѣ операціи, необходимо, подъ контролемъ зрѣнія, разрѣзывать лонное сочлененіе на всемъ его протяженіи, тщательно перевязывая всѣ встрѣчающіеся сосуды. Кавернозное тѣло также слѣдуетъ разрѣзывать и перевязывать подъ контролемъ зрѣнія. Щипцы лучше всего накладывать заблаговременно, до начала симфизеотоміи, если это окажется возможнымъ. Невозможность можетъ, между прочимъ, встрѣтиться при кифотическомъ тазѣ. Положеніе оперируемой должно быть, какъ въ случаѣ автора, крестцово-спинное, съ пригнутыми и разведенными бедрами, а, при сближеніи концовъ лонныхъ костей, нижнія конечности оперируемой должны быть вытянуты. Самое больное мѣсто данной операціи—это послѣдовательный, трудный уходъ. Гипсовая повязка не годится; можетъ быть, будетъ лучше повязка изъ жидкаго стекла или шина *Bonnet'a*. Во всякомъ случаѣ, не смотря на нѣкоторыя неудобства, симфизеотомія въ состояніи завоевать видное мѣсто въ ряду акушерскихъ операцій. Никоимъ образомъ нельзя теперь согласиться съ мнѣніемъ *Baudelocque'a*, который слишкомъ строго осудилъ симфизеотомію, говоря, „что послѣ этой операціи или мать жива, а плодъ мертвъ, или—наоборотъ, а если оба живы, то операція была излишня“. Однако и увлекаться этой операціей было бы неумѣстно; надо помнить, что симфизеотомія обязана теперешнимъ ея возрожденіемъ успѣхамъ противогнилостнаго и безгнилостнаго способовъ, а послѣдніе въ значительной степени, улучшили также и результаты кесарскаго сѣченія. Особенно слѣдуетъ принять во вниманіе, что нарушеніе цѣлости тазового кольца, имѣющаго столь большое значеніе для поддержки всей тяжести тѣла, можетъ и въ отдаленномъ будущемъ неблагоприятно отразиться на функціи конечностей при ходьбѣ. Главнымъ образомъ и нарушеніе цѣлости тазовой клѣтчатки при операціи можетъ способствовать образованію смѣщеній и выпаденій органовъ таза. Надо накоплять и изучать матеріалы, предоставивъ будущему окончательную оцѣнку ихъ.

Г. Г. Левицкій и В. Н. Гогоцкій.—„*Овариотомія черезъ ирямую кишку во время родовъ*“ (113). Еврейка 3., 24 лѣтъ, правильно менструируетъ съ 13 лѣтъ, беременна въ третій разъ. Первыя двѣ беременности окончилась выкидышемъ на 2-мъ мѣсяцѣ. Въ январѣ 1895 года, на клинической амбулаторіи, распознана дермоидная киста праваго яичника величиною въ кулакъ, расположенная въ заднемъ дугласовомъ про-

странствѣ. Послѣднія регулы 12 мая 1895 г. На IV мѣсяцѣ беременности поступила въ клинику для оваріотоміи во время беременности, но была выписана безъ операциі, вслѣдствіе настойчиваго желанія больной непремѣнно доносить плодъ до срока и въ расчетѣ на то, что небольшая опухоль, по мѣрѣ роста матки, можетъ выйти изъ полости малаго таза. Второго февраля 1895 г. больная поступила въ клинику въ родахъ. Тазъ: D. sp.—24,5; D. cr.—28,0; D. tr.—34,0; conj. ext.—20,0. Положеніе плода продольное; Опухоль совершенно неподвижна и помѣщается въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ. внутри опухоли, справа отъ мыса, прощупывается небольшое костное образованіе, подтвердившее діагнозъ дермоида. Родовая дѣятельность слаба. Продолжительность перваго періода родовъ 170 часовъ. Къ концу этого періода головка опустилась большимъ сегментомъ въ полость таза. Воды отошли на 3-й день, при зѣвѣ открытомъ на $2\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца. Къ этому времени развился colpitis sub partu; t⁰—38,0; пульсъ—120. Седьмого февраля 1895 г., т. е. на пятый день родовъ, въ 7 час. вечера, при вполне раскрытомъ зѣвѣ, на головку, стоящую большимъ сегментомъ въ полости таза, наложены щипцы. Опухоль, при влеченіи щипцами, сплюснулась и опредѣлялась въ видѣ валика, окаймляющаго головку сзади. Многократными тракціями головка низведена къ выходу таза и стала показываться въ половой щели. Въ это время было замѣчено выпячиваніе опухоли черезъ раскрытое заднепроходное отверстіе; вслѣдъ за этимъ стѣнка кишки надъ выпятившимся сегментомъ опухоли разорвалась. Влеченіе щипцами было немедленно прекращено. Черезъ разрывъ кишки стѣнка кисты проколота троакарномъ; содержимое дермоида выдавливалось съ трудомъ; а потому отверстіе прокола расширено, и тогда только опухоль была опорожнена. Послѣ опорожненія опухоли, плодъ извлеченъ безъ затрудненій, но уже мертвымъ. Въ послѣдовомъ періодѣ—сильное атоническое кровотеченіе, которое едва удалось остановить и послѣ удаленія дѣтскаго мѣста. Затѣмъ, послѣ перевязки ножки кисты, опухоль была удалена, и разрывъ кишки зашитъ 14 узловатыми швами. Киста состояла изъ двухъ отдѣловъ и содержала салоподобную жидкость и костное образованіе. Послѣ операциі больная умерла спустя 33 часа, при явленіяхъ малокровія и воспаленія брюшины. Температура вскорѣ поднялась до 38,5⁰ Ц., а затѣмъ упала до 35,8⁰ Ц. Вѣсъ плода 4350 грм., длина 52,0; окружность головки 38,0. На вскрытіи родильницы обнаружено: острый фибринозный перитонитъ въ тазу и рѣзкое малокровіе. По мнѣнію авторовъ доклада, смерть произошла отъ анеміи, при ограниченномъ септическомъ перитонитѣ, возникшемъ вслѣдствіе инфекціи изъ кишки.

Приведя соотвѣтственную казуистику изъ литературы (3 случая), авторы пришли къ заключенію, что оваріотомію черезъ прямую кишку не слѣдуетъ считать оперативнымъ методомъ, имѣющимъ какое-либо право гражданства, а смотрѣть на нее нужно, какъ на исключительную операцию—e necessitate.



XXII. Послѣродовой періодъ.

114. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Стеклянные двойные наконечники для промыванія матки и влагалища. Прот. Кіев. Акуш. Общ. 1888 г. т. 1, в. II. стр. 46.
115. **М. Н. Вулчъ.**—Къ вопросу объ осложненіяхъ, наблюдаемыхъ при промываніи послѣродовой матки. Ibid. 1889 г., т. 3, в. V. Прилож. стр. 77 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
116. **А. И. Красковскій.**—Къ вопросу о фарадизаціи послѣродовой матки. Ibid. 1888 г. т. 1, в. II. Прилож. стр. 89 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
117. **Ю. А. Гижицкій.**—Случай уремїи послѣ родовъ безъ явленій эклямписи. Ibid. 1898 г. т. 10, в. XIX. Прилож. стр. 49 (*Изъ Кіевской Акушерской Поліклинки*).
118. **Л. Л. Дашкевичъ.**—Къ вопросу объ отслаивающемъ послѣродовомъ воспаленіи матки (metritis dissecans puerperalis). Журн. Акуш. и Женск. Болѣзней 1899 г. т. XIII, стр. 420 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
- Ср. также выше, стр. 208—Студентъ *А. Н. Афанасьевъ*. Къ вопросу о микроорганизмахъ послѣродовыхъ отдѣленій и стр. 212—*Ю. О. Аншелевъ*. Способы полученія лохий по отдѣльнымъ частямъ полового канала женщины, съ бактериологическою цѣлью, а также главу XVIII, стр. 216—Отчеты и др.

Проф. *Г. Е. Рейнъ.*—„Стеклянные двойные наконечники для промыванія матки и влагалища“ (114). Наконечниковъ устроено 3 рода: 1) для промыванія послѣродовой матки, 2) для промыванія матки послѣ гинекологическихъ операціи, напр., выскабливанія, и 3) для промыванія влагалища.

Всѣ три рода наконечниковъ имѣютъ главной своей цѣлью обезпечить вѣрный и легкой обратный оттокъ впрыскиваемой жидкости. Обстоятельство это очень важно при промываніи матки послѣ родовъ и операцій, такъ какъ обезпечиваетъ отъ опасныхъ припадковъ, зависящихъ отъ поступленія впрыскиваемой жидкости въ вены матки или въ фаллопиевы трубы. При промываніи влагалища, новые наконечники приносятъ несомнѣнную пользу тамъ, гдѣ стараются, по возможности, избѣжать растяженія раненыхъ стѣнокъ влагалища, напр., если требуется прибѣгать къ спринцованіямъ въ первые дни послѣ родовъ или послѣ операцій (кольпорафій и т. п.). Кромѣ того, при

спринцованіи влагалища, двойные наконечники имѣютъ нѣкоторое значеніе у тѣхъ субъектовъ, преимущественно у нерожавшихъ, у которыхъ, при употребленіи обыкновеннаго влагалищнаго наконечника для спринцованія, стокъ жидкости задерживается на нѣкоторое время во влагалищѣ и производитъ иногда боли и др. непріятныя явленія, заставляющія ихъ иногда уклоняться отъ спринцованій. Подробности устройства предполагаемыхъ наконечниковъ видны на приложенныхъ рисункахъ (См. рис. 51).

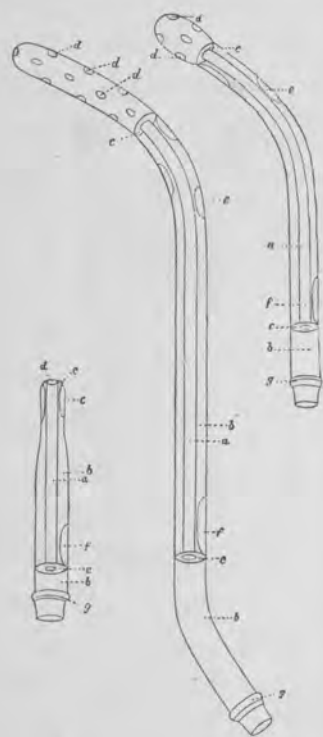


Рис. 51. Двойные наконечники.

1. Для промыванія матки (средній рисунокъ).
2. Для промыванія влагалища, изогнутый (правый рисунокъ) и
3. Для спринцованія влагалища, прямой (лѣвый рисунокъ).

Буквы имѣютъ на всѣхъ трехъ рисункахъ одно и тоже значеніе.

a—внутренняя—приводящая трубка; *b*—наружная отводящая трубка; *c*—мѣсто спайки внутренней трубки съ наружною; *d*—отверстія, чрезъ которыя жидкость втекаетъ въ матку (resp. во влагалище при №№ 2 и 3); *e*—отверстія для оттока жидкости изъ матки (resp. влагалища) въ наружную трубку; *f*—отверстія для выведенія жидкости наружу; *g*—выступъ для надѣванія гуттаперчевой трубки ирригатора.

Размѣры наконечниковъ, наиболѣе употребляемыхъ въ Кіевской Акушерской Клиникѣ.

Родъ наконечниковъ.	Длина (по кривизнѣ).	Окружность наружной трубки.
Для послѣродовой матки.	29 и 31 ctm.	20 m.m., 30 m.m. и 38 m.m.
Для промыв. матки послѣ гинекологическ. операций	10—15 ctm.	30 m.m.
Для влагалища—изогнут.	21 ctm.	35 m.m.
„ „ —прямые	15,5 и 16,5 ctm.	48 и 56 m.m.

Авторъ особенно остановился на наконечникахъ, употребляемыхъ для промыванія послѣродовой матки, при чемъ, сравнивъ ихъ съ наиболѣе употребительными въ настоящее время наконечниками *Фритша*, *Топорскаго* и *Бюдена*, указалъ, что они стольже вѣрно обезпечиваютъ обратный оттокъ жидкости, какъ наконечники *Фритша*, давая въ то-же время рядъ струекъ, въ видѣ садовой лейки, омывающихъ матку не менѣе энергично, какъ и наконечникъ *Топорскаго*. Наконечники испытаны уже въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ въ Акушерской Клиникѣ Кіевского университета и оказались вполне удовлетворяющими своей цѣли. Они могутъ быть съ успѣхомъ примѣняемы и для промыванія другихъ полостей, какъ напр., периметрическихъ абсцессовъ, около маточныхъ кровоизліяній и т. п. Для чистки ихъ необходимо, тотчасъ-же по употребленіи, промывать струею жидкости изъ ирригатора, пропуская ее какъ черезъ внутреннюю, такъ и черезъ наружную трубку. Для болѣе основательной чистки и полной дезинфекціи ихъ погружаютъ въ сѣрную кислоту.

Наконечники эти до сихъ поръ, съ большою пользою, примѣняются въ Кіевской Акушерской клиникѣ, а также извѣстны и внѣ Кіева.—Реф.

М. Н. Вунчъ.— „Къ вопросу объ осложненіяхъ, наблюдаемыхъ при промываніи послѣродовой матки“ (115). Матеріаломъ для сообщенія послужили автору всѣ случаи внутриматочныхъ промываній въ послѣродовомъ періодѣ, имѣвшіе мѣсто въ Кіевской Акушерской Клиникѣ проф. *Г. Е. Рейна* за 5-ти-лѣтній промежутокъ времени съ 1884 по 1888 г. включительно. Изъ представленной авторомъ таблицы видно, что за этотъ періодъ времени въ клиникѣ промываніе послѣродовой матки было произведено на 567 родовъ 331 разъ, изъ нихъ 267 разъ—въ первые дни послѣродового періода и 64 раза—тотчасъ по окончаніи родовъ. Промываніе полости матки производилось значительнымъ количествомъ жидкости—не менѣе 2-хъ литровъ,—и преимущественно 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты. Промываніе полости матки сулемою (растворъ 1 : 1000—5000) было сдѣлано только 11 разъ. Въ 33-хъ случаяхъ послѣ промыванія наблюдались ознобы (22 раза—слабые и 10 разъ—потрясающіе), а въ одномъ случаѣ наблюдался опасный припадокъ, сопровождавшійся сильнѣйшимъ коллапсомъ и остановкою дыханія. Кромѣ того, авторъ представилъ подробное описаніе другого случая, имѣвшаго мѣсто въ Кіевской Акушерской Клиникѣ въ февралѣ текущаго года. Во время промыванія полости матки съ родильницей произошелъ припадокъ возбужденія, съ буйнымъ характеромъ и съ потерей сознанія. По окончаніи буйнаго приступа, черезъ 1¹/₂ часа, появился потрясающій ознобъ, съ повышеніемъ t^0 до 39,9 С. при пульсѣ 72 въ 1'. Дальнѣйшее теченіе послѣродового періода вполнѣ нормальное. Промыванія полости матки непосредственно послѣ родовъ почти никогда не сопровождались неприятными осложненіями. Такъ, при 64 такихъ промываніяхъ, имѣвшихъ мѣсто въ клиникѣ, только въ одномъ случаѣ наблюдался небольшой ознобъ.

На основаніи случаевъ, наблюдавшихся въ Кіевской Акушерской Клиникѣ, а также принимая во вниманіе картину подобныхъ припадковъ, описанныхъ въ литературѣ, авторъ допускаетъ участіе четырехъ этиологическихъ моментовъ въ происхожденіи разбираемыхъ неприятныхъ осложненій. Разбирая подробно каждый изъ этихъ четырехъ этиологическихъ моментовъ, авторъ на основаніи данныхъ фармакологіи и экспериментальной патологіи, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Поступленіе дезинфицирующаго раствора непосредственно въ вены матки и дѣйствіе его, какъ инородной жидкости, несомнѣнно принимаетъ большое участіе въ происхожденіи разбираемыхъ явленій.

2) Токсическое дѣйствіе раствореннаго въ этой жидкости вещества, а именно, по большей части, карболовой кислоты, играетъ при этомъ не менѣе существенную, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже главную роль.

3) Эмболія, зависящая отъ отрыванія частицъ тромбовъ, рѣдко имѣетъ мѣсто при внутриматочныхъ промываніяхъ.

4) Вліяніе воздушныхъ эмболій на происхожденіе разбираемыхъ явленій весьма незначительно, такъ какъ вхожденіе большихъ количествъ воздуха въ вены матки, при соблюденіи извѣстныхъ предосторожностей, мало вѣроятно, а незначительная примѣсь къ крови воздушныхъ пузырьковъ переносится организмомъ безъ особаго вреда.

Пятый моментъ, приводимый нѣкоторыми авторами, именно—рефлекторное про-

исхождение припадка подъ вліяніемъ раздраженія нервныхъ окончаній на внутренней поверхности матки—едва-ли заслуживаетъ вниманія, такъ какъ внутренняя поверхность матки мало чувствительна.

Изъ этихъ положеній, по мнѣнію автора, вытекають слѣдующія правила предосторожности, которыя слѣдуетъ имѣть въ виду при производствѣ внутриматочныхъ промываній.

1) Для свободнаго оттока жидкости необходимо производить промываніе наконецникомъ съ двойнымъ теченіемъ, по возможности бѣльшаго діаметра. Для этой цѣли авторъ рекомендуетъ внутриматочный наконецникъ проф. *Г. Е. Рейна* (см. выше, стр. 247), въ цѣлесообразности котораго авторъ имѣлъ возможность убѣдиться много разъ на опытѣ.

2) Манипуляціи пальцемъ во время изслѣдованія полости послѣродовой матки, а также наконецникомъ во время промыванія, надобно производить весьма осторожно, чтобы не удалить тромбовъ изъ просвѣта сосудовъ матки.

3) Слѣдуетъ избѣгать чрезмѣрнаго растяженія маточной полости впрыскиваемой жидкостью, для чего сила струи не должна быть велика и обратный оттокъ жидкости хорошо обезпеченъ.

4) Въ виду возможности вышеуказанныхъ осложненій, не смотря на всѣ принятыя предосторожности, промыванія матки слѣдуетъ производить только при точно опредѣленныхъ показаніяхъ. Также весьма цѣлесообразно, по мнѣнію автора, совѣтъ вызвать сокращеніе матки передъ промываніемъ ея, напр., приемомъ спорыньи, хотя этого приема автору еще не приходилось испытать. Примѣненіе сулемы при внутриматочныхъ промываніяхъ авторъ совѣтуетъ избѣгать, въ виду возможности опаснаго для жизни отравленія. Въ заключеніе, онъ высказываетъ мнѣніе, что возможность появленія неприятныхъ осложненій при внутриматочныхъ промываніяхъ не должна нисколько удерживать отъ примѣненія этого важнаго метода леченія послѣродовыхъ заболѣваній, съ одной стороны, въ виду несомнѣнныхъ благотворныхъ результатовъ, приносимыхъ имъ, а съ другой—потому, что осложненія эти, при всей ихъ грозной картинѣ, при цѣлесообразномъ выборѣ жидкости и другихъ предосторожностяхъ, не ведутъ къ опасности для жизни.

А. Н. Красковскій.—„Къ вопросу о фарадизаціи послѣродовой матки“ (116). Фарадизація примѣнялась референтомъ на 22 родильницахъ въ теченіи 1885—86 учебнаго года въ акушерской клиникѣ университета св. Владиміра. Токъ получался отъ вторичной спирали саннаго аппарата *Du-Bois-Reymond'a*, при чемъ, послѣ приложенія электродовъ, токъ отъ самаго слабаго усиливался постепенно настолько, насколько могла вынести родильница, и на этомъ *maximum'ѣ* сеансъ продолжался въ теченіи трехъ минутъ. Мѣстомъ приложенія электродовъ служили наружные покровы живота, по обѣимъ сторонамъ матки въ области, соотвѣтствующей, приблизительно, границѣ между шейкой и тѣломъ матки. Измѣренія матки производились при помощи тесьмы, раздѣленной на сантиметры, при чемъ размѣры брались по прямой линіи—вдоль бѣлой линіи—отъ лоннаго соединенія до верхняго края матки, и въ поперечномъ размѣрѣ—въ наиболѣе широкой части матки, близь ея дна.

Выводы, къ которымъ пришелъ референтъ, слѣдующіе. Послѣ фарадизаціи матка становилась болѣе доступной для ошупыванія и болѣе твердой консистенціи; она всегда уменьшалась въ размѣрахъ отъ 0,5 до 2 см. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ сеанса матка становилась вновь мягче и увеличивалась въ размѣрѣ, но, въ случаяхъ физиологическихъ, никогда не достигала тѣхъ размѣровъ, какіе имѣла до сеанса. Вообще, во всѣхъ случаяхъ матка подѣ вліяніемъ фарадическаго тока быстрѣе сокращается въ длину, чѣмъ въ ширину. Инволюція шла успѣшно даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роды были патологическіе. Результаты своихъ измѣреній референтъ представилъ въ видѣ таблицъ. Взявъ среднія цифры длины и ширины матки въ первые шесть дней послѣ-родового періода въ 14 физиологическихъ случаяхъ при фарадизаціи матки, и сравнивъ ихъ съ цифрами, полученными какъ другими авторами (*Лазаревичъ, Сутугинъ, Желтухинъ*), такъ и со средними изъ 14 наблюденій, произведенныхъ въ акушерской клиникѣ университета св. Владиміра, безъ примѣненія фарадизаціи, референтъ пришелъ къ заключенію, что разница въ этихъ цифрахъ не можетъ быть сведена лишь на случайныя причины и неизбѣжныя неточности наблюденій, а зависитъ отъ благопріятнаго вліянія фарадическаго тока на инволюцію пуэрперальной матки. На этомъ основаніи фарадическій токъ можетъ быть рекомендованъ, какъ вѣрное и безопасное средство для ускоренія процесса инволюціи послѣродовой матки, въ случаяхъ патологическаго замедленія этой послѣдней.

Ю. А. Гижницкій.—*„Случай уремии послѣ родовъ безъ явленій эклампсін“* (118). Пятаго декабря 1895 года авторъ былъ приглашенъ въ поликлинику къ больной родильницѣ, дня два тому назадъ разрѣшившейся преждевременно живымъ плодомъ.

Изъ разспросовъ оказалось, что за мѣсяць до родовъ наблюдались отеки конечностей, лица и сильныя головныя боли; беременность была первая. Послѣ родовъ головныя боли не уменьшились, и больная въ тотъ-же день впала въ сонливое состояніе и потеряла зрѣніе. На другой день состояніе ея здоровья еще болѣе ухудшилось, что и заставило прибѣгнуть къ врачебной помощи. Докладчикъ нашелъ больную въ полубезсознательномъ состояніи, лицо и конечности отечны, t^0 —37,8. Со стороны матки выражены явленія воспаленія слизистой ея оболочки. Въ мочѣ: бѣлокъ—8 $\frac{0}{100}$; въ осадкѣ мочи цилиндры—зернистые, гіалиновые, почечный эпителий, кровяные шарики и мочекислыя соли. По изслѣдованію специалистовъ—офтальмологовъ—со стороны зрѣнія: amaurosis уремическаго, центральнаго происхожденія. Специалистами невропатологами найдено со стороны нервной системы: легкое ступорозное состояніе, упадокъ вниманія, ослабленіе памяти и амнестическая афазія.

Леченіе: слабительныя, спорынья, промываніе влагалища 2 $\frac{0}{100}$ растворомъ карболовой кислоты, молочная діета и ледъ на животъ. Сознаніе и зрѣніе появились на 6-й день, встала съ постели на 17-й. Черезъ 5 недѣль—ухудшеніе, вслѣдствіе чего больная была отправлена въ Александровскую больницу на излеченіе. Спустя мѣсяць, она

выписалась изъ больницы, съ небольшимъ количествомъ ($1/4^{0}/_{00}$) бѣлка и цилиндровъ (гiалиновыхъ) въ мочѣ.

Полагая, что въ данномъ случаѣ имѣлась тяжелая форма воспаления почекъ (nephritis), а не „почка беременныхъ“, авторъ обращаетъ вниманіе на отсутствіе судорогъ,—обстоятельство, имѣющее отношеніе къ теоріи эклампсіи. Очевидно, что для появленія экламптическихъ судорогъ, недостаточно одного отравленія организма продуктами обмѣна веществъ, а необходимо присутствіе еще какого-то фактора, который собственно и способствуетъ появленію судорожныхъ экламптическихъ припадковъ.

Л. Л. Дашкевичъ.—„Къ вопросу объ отслаивающемся послѣродовомъ воспаленіи матки (*metritis dissecans puerperalis*)“ (118). Исторія больной слѣдующая: 18-го сентября 1898 г. въ Акушерскую клинику прибыла въ родахъ дворянка П. З., 22 лѣтъ, беременная 2-й разъ. Первые роды благополучны. Въ теченіе второй беременности обильныя бѣли. Вообще здорова. Сифились отрицается. Плодъ—въ заднемъ видѣ второго затылочнаго положенія. Черезъ 2 часа по прибытіи въ клинику и черезъ 6 часовъ отъ появленія схватокъ, роды окончились вполнѣ благополучно. Вѣсъ плода 3130 grm. Послѣдъ особыхъ измѣненій не представляетъ. Первые шесть дней послѣ родовъ, при общемъ удовлетворительномъ состояніи, t^0 (см. рис. 52) по вечерамъ под-

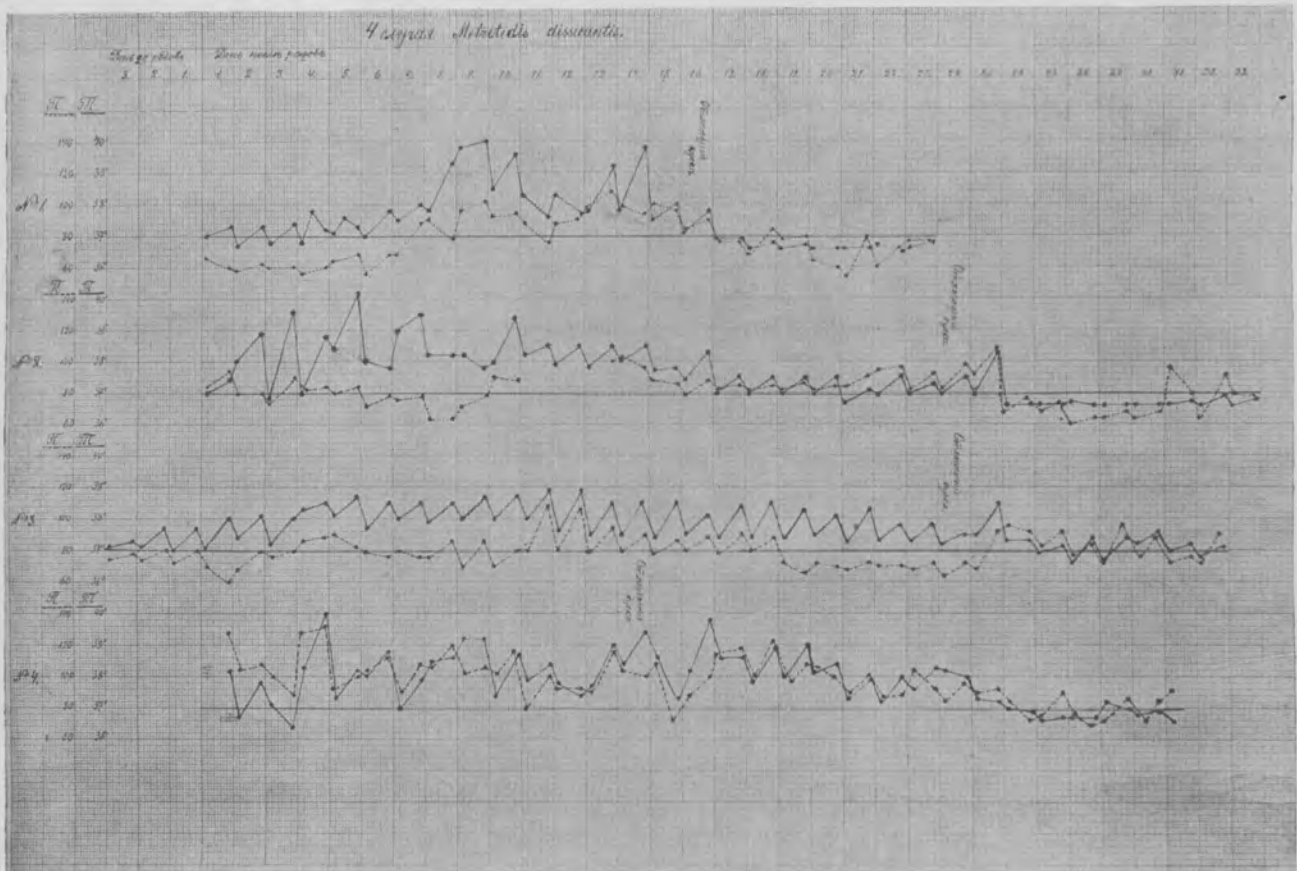


Рис. 52. Температурныя кривыя четырехъ клиническихъ случаевъ *metritidis dissecantis puerperalis*.

нималась до 37,4—38,3. Затѣмъ температура поднялась выше—до 40,2 и такъ продолжалась до 17-го дня. Инволюція матки замедлилась; матка стала болѣзненной. Отдѣленія грязны, зловонны. Въ теченіе 3-хъ дней въ нихъ замѣчались пузырьки газа. На 16-й день, во время схватки, вышелъ кусокъ ткани величиною въ ладонь. Съ 17-го дня температура нормальна; больная выздоровѣла; выписалась на 23-й день. Лечение данной больной состояло въ примѣненіи льда на животъ, препаратовъ спорыньи, въ промываніяхъ влагалища и матки антисептическими растворами, покоѣ и впрыскиваніи антистрептококковой сыворотки. Вино, кофеинъ.

Изслѣдованіе выдѣливаемаго изъ матки куска ткани показало, что это есть часть (секвестръ) стѣнки матки—остатки ея слизистой оболочки, съ значительнымъ количествомъ мышечнаго слоя. Ткани находятся въ состояніи некроза. Сосуды затромбированы, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ—чистыми колоніями стрептококковъ. (Микроскопическіе препараты (см. рис. 53) демонстрированы Акушерскому Обществу на экранѣ при

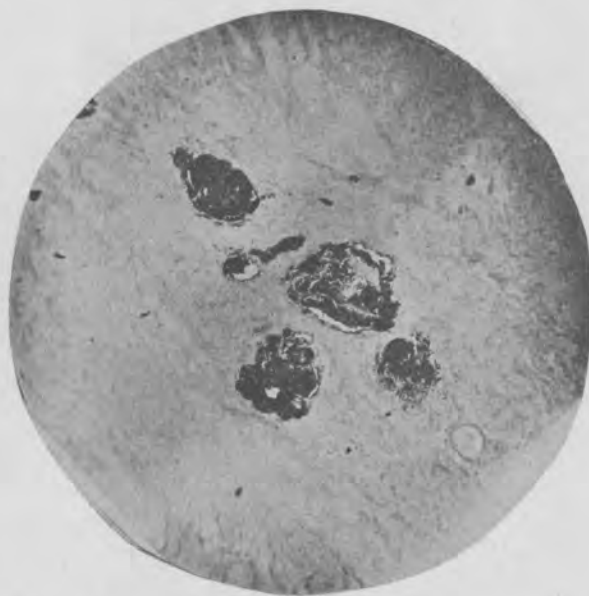


Рис. 53. Бактеріальные тромбы сосудовъ выдѣливаемаго изъ полости матки куска стѣнки ея при *metritis dissecans*.

помощи проэкторнаго аппарата). Стрептококковая инфильтрація тромбовъ указываетъ на инфекціонный характеръ процесса. Отсутствіе данныхъ въ пользу инфицированія извнѣ заставляеть допустить аутоинфекцію (предшествовавшая бѣли?).

Затѣмъ авторъ вкратцѣ сообщилъ еще 3 подобныхъ исторіи болѣзни изъ Кіевской Акушерской Клиники:

1) С., 20 лѣтъ, *prima para*, анемична, слабого тѣлосложенія и питанія. Продолжительность родовъ 21 часъ 40 минутъ. Особенности родовъ: порокъ сердца (?), плоскій тазъ, обиліе водъ, преждевременные роды, искусственный разрывъ плоднаго пузыря, рѣзко выслушиваемый шумъ пуповины, разрывъ промежности 1-й степени; зашиваніе ея. Въ послѣродовомъ періодѣ—повышеніе t° до 40,2. Пульсъ колебался отъ 80 до 96 ударовъ въ минуту, съ той особенностью, что въ теченіе трехъ сутокъ не прощупывался совершенно на *art. radialis, cubitalis, poplitea, dorsalis pedis*. Отдѣленія грязны, зловонны.

На 24-й день вышелъ изъ матки кусокъ ткани, 115 grm. вѣсу. Микроскопическая картина такова, какъ и въ вышеописанномъ случаѣ. Тромбы нѣкоторыхъ сосудовъ—чисто стрептококковые. (Осен. семестръ. 1896 г.; по главной книгѣ № 862). См. рис. 52, кривая № 2.

2) А. А., 20 лѣтъ, 1 para. Продолжительность родовъ 26 часовъ 45 минутъ. Начинающійся эндометритъ во время родовъ. Искусственный разрывъ плодныхъ оболочекъ. Кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ. Выжиманіе послѣда по *Credé*. Разрывъ промежности 1-й степени и зашиваніе ея. Промываніе матки. Лихорадила до 26-го дня. Отдѣленія мутны, грязны, зловонны. На 24-й день вышелъ кусокъ ткани. Въ послѣдующіе дни—*melancholia acuta (intoxicatio?)*. Выписалась на 27-й день—здоровой. (Весен. семестръ. 1890 г.; по главной книгѣ № 862). См. рис. 52, кривая № 3.

3) А. М., 22 лѣтъ, III para. Partus praematurus IX m., раннее отхожденіе водъ. Поперечное положеніе плода съ выпаденіемъ ручки. Эндометритъ. Обезглавливаніе, *evisceratio*, извлеченіе туловища, выжиманіе послѣда по *Credé*. Промываніе матки. Лихорадила до 26-го дня. Съ 5-го дня плевро-пневмонія. На 14-й день вышелъ кусокъ ткани матки. Выписалась на 31-й день здоровой. (Весен. семестръ. 1896 г.; по главной книгѣ № 665). См. рис. 52, кривая № 4.

Общей чертой всѣхъ случаевъ автора и другихъ 29, собранныхъ авторомъ изъ литературы и сопоставленныхъ въ таблицѣ является то, что послѣдородовой періодъ всегда представлялъ значительныя отклоненія отъ нормы; всегда наблюдалась болѣе или менѣе рѣзко выраженная инфекция. Во всѣхъ случаяхъ было выхожденіе кусковъ ткани матки или обнаруженіе ихъ на вскрытіи. День отхожденія кусковъ колеблется между 9 и 47. Число смертныхъ случаевъ 6 (18⁰/₀). Бактеріологическія изслѣдованія произведены были только въ первыхъ двухъ случаяхъ автора. Микроскопическое изслѣдованіе при всѣхъ случаяхъ давало картину омертвѣнія въ большей или меньшей степени. Въ отношеніи этиологіи этого страданія авторъ склоняется къ инфекции извнѣ или аутоинфекціи, по преимуществу стрептококковой.

Такимъ образомъ, процессъ этотъ есть частичный некрозъ стѣнки матки, вызванный тромбозомъ сосудовъ.



XXIII. Болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ.

119. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Демонстрація анатомическаго препарата ложнаго гермафродитизма. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1894 г. т. 8, в. XV, стр. 73.
120. **С. В. Жеваховъ.**—Демонстрація больной съ ложнымъ гермафродитизмомъ. Ibid. 1899 г. т. 12, в. XXIII, стр. 3 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
121. **Его-же.**—Демонстрація препарата ложнаго гермафродитизма. Ibid. стр. 20 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
122. **И. А. Чуевскій.**—Демонстрація больной съ elephantiasis vulvae. Ibid. 1887 г. т. 1, в. I, стр. 15 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
123. **Н. К. Нееловъ.**—Elephantiasis vulvae. Ibid. 1888 г. т. 1, в. II. Прилож. стр. 11 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
124. **С. В. Жеваховъ.**—Elephantiasis genitalium. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
125. **А. Г. Боряковскій.**—Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ. Ibid. 1887 г. т. 1, в. I. Прилож. стр. 55 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
126. **Его-же.**—Къ казуистикѣ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ. Ibid. 1888 г. т. 1, вып. II. Прилож. стр. 127 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).

Проф. Г. Е. Рейнъ.—„Демонстрація анатомическаго препарата ложнаго гермафродитизма“ (119). Докладчикъ знаетъ покойнаго уже 7 лѣтъ, когда тотъ явился въ клинику въ мужскомъ одѣяніи. Тогда-же былъ поставленъ діагнозъ ложнаго гермафродитизма. Доказать присутствіе сѣменныхъ нитей путемъ клиническаго наблюденія не удалось. Одинъ изъ членовъ Акушерскаго Общества—Э. Ф. Функе помнитъ покойнаго, какъ носившаго женское имя и платье.

Покойный—(Варвара Скачкова онъ-же Андрей Стражевъ)—22 лѣтъ, безъ признаковъ растительности на кожѣ. Умеръ въ Александровской больницѣ отъ самоотравленія фосфоромъ. Бедра у него жирны, какъ у женщины. Грудныя железы хорошо развиты (См. рис. 54). Наружные половые органы развиты по женскому типу. Клиторъ большой (4 сантиметра въ спокойномъ состояніи), имѣетъ только два пещеристыхъ тѣла; наминаетъ, по формѣ и по величинѣ, мужской членъ дитяти. Особенно развита край-



Рис. 54. Ложный гермафродитъ В. С. Фотографія съ трупа.

На фотографіи рѣзко выражены хорошо развитыя молочныя железы, безусое и безбородое лицо. Плечи и бедра—женскаго типа, предплечья, кисти рукъ и голени—мужскаго.



няя плоть, имѣющая свойства кожи (См. рис. 55). По бокамъ и книзу отъ клитора имѣются малыя губы, дѣлящіяся, каждая, кверху на двѣ ножки. Внутреннія ножки образуютъ уздечку, наружныя — крайнюю плоть. Подъ уздечкою находится отверстіе мочеиспускательнаго канала, который уже, чѣмъ у женщинъ и имѣетъ сильно искривленное направленіе, огибая лонную дугу снизу, какъ у мужчины. Большія губы морщинисты. Половыя железы, помѣщающіяся въ большихъ губахъ, по формѣ и консистенціи—яички, какъ у дитяти; онѣ легко вправляются въ брюшную полость. У нихъ имѣются придатки, напоминающіе по формѣ придатки яичка (epididymis). Промежность

Рис. 55. Наружные половые органы того-же гермафродита, что и на рис. 54. На фотографіи виденъ рѣзко гипертрофированный клиторъ, а по бокамъ его—малыя губы, дѣлящіяся кверху каждая на двѣ ножки, изъ которыхъ внутреннія—образуютъ уздечку клитора. Лѣвая половая железа опущена въ мошонку.

мужская, шовъ (raphe) ясно выраженъ. Внутренніе половые органы устроены по типу мужскому. Матки и трубъ нѣтъ. Топографія полости таза, какъ у мужчины. Предстательная железа въ видѣ небольшого утолщенія (0,5 см.) Сѣменные пузырьки велики. Сѣменныхъ нитей при изслѣдованіи не удалось найти.

По мнѣнію докладчика, данный случай ложнаго гермафродитизма, въ столь рѣзко выраженной формѣ, очень рѣдокъ: докладчикъ видитъ его въ первый разъ примѣрно на 30,000 имъ изслѣдованныхъ больныхъ женщинъ.

Кромѣ органовъ, докладчикъ демонстрировалъ фотографію покойнаго, снятую съ трупа (рис. 54). Органы сохраняются въ Патолого-Анатомическомъ Институтѣ, а слѣпокъ съ нихъ—при Судебно-Медицинскомъ Кабинетѣ университета св. Владиміра. Вскрытіе трупа производилъ проф. *Г. Н. Минхъ*.

С. В. Жеваховъ,—„Демонстрація больного съ ложнымъ гермафродитизмомъ“ (120). При изслѣдованіи подъ хлороформомъ субъекта, по фамиліи Зайчикъ, сдѣланномъ въ клиникѣ докладчикомъ, совмѣстно съ проф. *Г. Е. Рейномъ*, прощупывалась какъ-бы зачаточная (однорогая?) матка, въ видѣ тѣла длиною въ 6 см., лежащаго нѣсколько вправо отъ средней линіи, толщиною въ мизинецъ. Половые железы не ощупывались при самомъ тщательномъ изслѣдованіи. Что касается до наружныхъ половыхъ органовъ, то докладчикъ согласенъ съ описаніемъ д-ра *Быховского*, представленнымъ въ засѣданіи Кіевскаго Акушерскаго Общества 28-го ноября 1898 года. Приводимъ это описаніе изъ протокола № 94.

По метрическому свидѣтельству, описываемый субъектъ—женскаго пола—Рейзля. Еврейка, 19 лѣтъ, голосъ грубый, мужской, тѣлосложеніе среднее (см. рис. 56); ростъ 145 см.; лицо мужское, калмыцкаго типа; на головѣ длинные волосы, собранные въ женскую прическу; брови густыя, темнаго цвѣта, сросшіяся надъ переносицей, небольшіе усы и пробивающаяся бородка; гортань (кадыкъ) замѣтно выступаетъ; грудныя железы не развиты. Тазъ, по строенію, соотвѣтствуетъ мужскому типу. Размѣры: D. sp. 22,0; D. cr. 24,0; D. tr. 26,0. Изъ наружныхъ половыхъ органовъ (см. рис. 57) имѣются хорошо развитыя большія губы, образующія заднюю спайку. Малыя губы отсутствуютъ. На мѣстѣ клитора довольно хорошо развитой мужской половой членъ, который имѣетъ головку (glans) и уздечку. Длина полового члена по тыльной поверхности— $6\frac{1}{2}$ см., а со стороны промежности—5 см. На верхушкѣ головки члена нѣтъ отверстія мочеиспускательнаго канала, а на нижней ея поверхности имѣется неглубокой желобокъ. Подъ основаніемъ члена имѣется отверстіе трехугольной формы, которое ведетъ въ узкій каналъ, покрытый блѣдно-розовой слизистой оболочкой, въ глубинѣ котораго имѣется



Рис. 56. Фотографія ложнаго гермафродита З.

бугорокъ перламутроваго цвѣта. Тонкій эластическій катетеръ, направленный къ этому бугорку, проникаетъ въ мочевой пузырь. Длина мочеиспускательнаго канала—7 см.; въ него можно провести конецъ мизинца. Черезъ задній проходъ ощупываются два, сходящіяся книзу, продолговатыя, веретенообразныя тѣла, напоминающія двурогую матку, изъ которыхъ правое, толщиной въ мизинецъ, имѣетъ въ длину 5—6 см., а лѣвое—нѣсколько короче и толще. Половыя сношенія описываемый субъектъ имѣлъ, по его словамъ, какъ съ мужчинами, безуспѣшно, такъ и съ женщинами, но уже при большемъ удовлетвореніи.

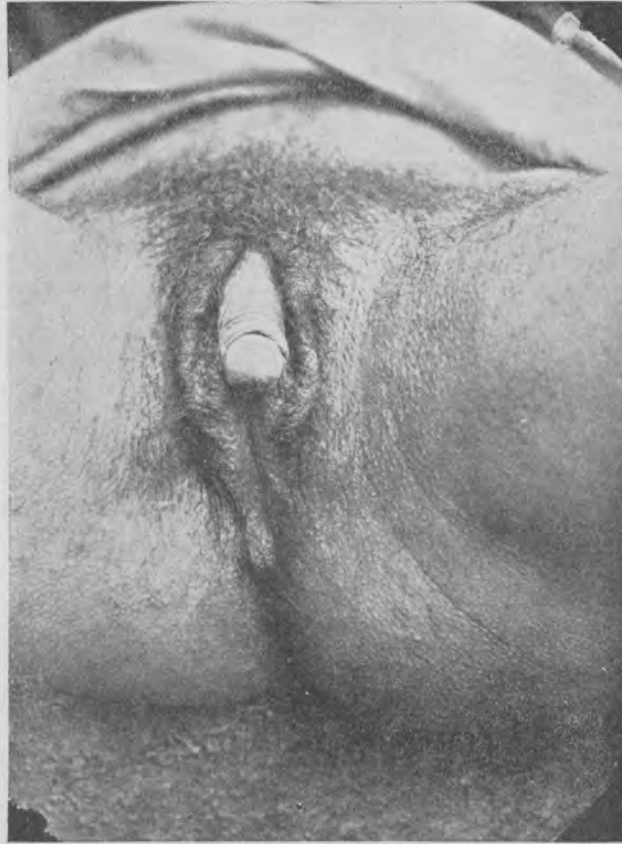


Рис. 57. Наружные половые органы ложнаго гермафродита 3.

Докладчикъ высказался въ пользу мужского ложнаго гермафродитизма въ настоящемъ случаѣ, за что говоритъ общій мужской типъ даннаго субъекта и, главнымъ образомъ, присутствіе столь значительно развитого *glandis penis*, какой не бываетъ даже при рѣзкихъ степеняхъ гипертрофіи похотника.

„Демонстрація препарата ложнаго гермафродитизма“ (121), того-же автора. Препаратъ полученъ отъ не вполне доношеннаго ребенка, родившагося въ Кіевской Акушерской Клиникѣ, и состоитъ изъ таза съ мочеполовыми органами и прямой кишкой. Наружные половые органы имѣютъ отчасти характеръ женскаго, отчасти мужского типа. (См. рис. 58). Рѣзко гипертрофированный похотникъ напоминаетъ мужской членъ; его покрываетъ морщинистая крайняя плоть, оставляющая открытою головку клитора. Похотникъ представляется вдвинутымъ между большими губами, огибающими его подковообразно сверху внизъ. Большія губы тѣсно примыкаютъ другъ къ другу и очень напоминаютъ

мошонку. На верхушкѣ похотника находится бороздка, отъ которой идутъ двѣ тонкія складки вдоль внутренней поверхности губъ; у основанія похотника эти складки сходятся, образуя уздечку: между этими складками находится валикъ, имѣющій форму вытянутаго ромба, который сливается верхними своими сторонами съ вышеописанными складками, а внизу не доходитъ немного до отверстія, ведущаго въ мочевой цузырь и влагалище. Внутренніе половые органы особенностей не представляютъ и соотвѣтствуютъ вполнѣ женскому типу. (См. рисунокъ 59).



Рис. 58. Фотографическій снимокъ съ наружныхъ половых органовъ новорожденнаго гермафродита. *s.u.g.* — Sinus—uro—genitalis. (Увеличенъ въ $2\frac{1}{2}$ раза).

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что въ яичникахъ находятся фолликулы съ яйцевыми клѣтками.

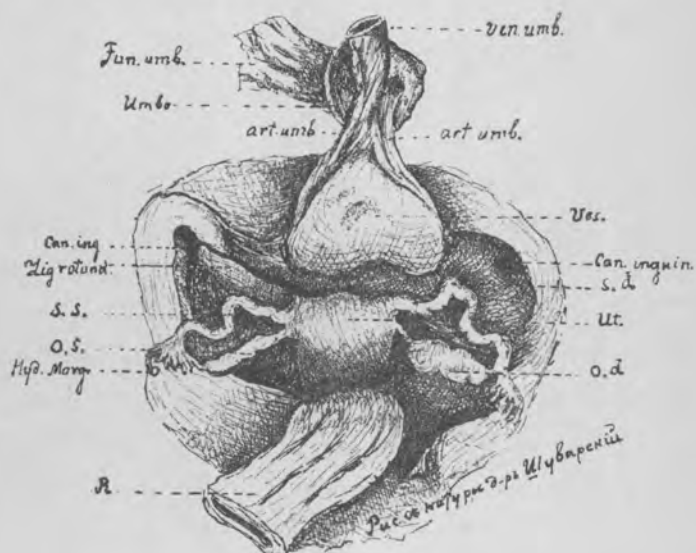


Рис. 59. Внутренніе половые органы того-же гермафродита, что и на рис. 58. (Рис. въ натуральную величину).

Случай докладчика есть ложный гермафродитизмъ женскаго типа, т. е. при внутреннихъ женскихъ органахъ наружные рѣзко напоминаютъ мужскіе. Препаратъ хранится въ Музеѣ Кіевской Акушерской Клиники.

И. А. Чуевскій.— „Демонстрація больной съ *elephantiasis vulvae*“ (122). Больная—жительница Кіевской губерніи, 33 л., заболѣла настоящею болѣзнію 8 лѣтъ тому назадъ, при несовсѣмъ обыкновенныхъ условіяхъ: во время акта дефекаціи въ правую половую губу ее ужалила оса; появился зудъ, потомъ опуханіе наружныхъ половых органовъ, и черезъ 3 мѣсяца послѣ укушенія опухоль была величиною съ кулакъ. Въ настоящее время опухоль величиной съ голову взрослога человѣка, неправильно-булавовидной формы, спускается почти до колѣнъ—на 22 см. книзу отъ лоннаго соединенія. Наибольшая окружность ея 55 см. Опухоль мясиста, упруга, слегка пигментирована и бугриста. Основаніе опухоли, главнымъ образомъ, составляютъ: область клитора,

верхняя часть лѣвой малой губы и почти вся правая малая губа. Кромѣ этой большой опухоли измѣнены, отъ пораженія новообразованіемъ, еще слѣдующія части: входъ во влагалище, промежность, окружность задняго прохода и нижняя часть прямой кишки, гдѣ прощупываются плотные узелки. Паховыя железы инфильтрированы. Больная истощена, на ногахъ отекъ, въ мочѣ бѣлокъ и гіалиновые цилиндры, еъ верхушкахъ легкихъ явленія катаррального воспаленія. Кромѣ всего этого, у больной въ послѣднее время стали появляться приступы буйнаго возбужденія (іодоформное отравленіе?).

При преждевременныхъ родахъ входъ во влагалище и промежность представили такія препятствія, что пришлось сдѣлать прободеніе головки, и даже удалить рукой изъ влагалища дѣтское мѣсто. Во время пребыванія больной въ клиникѣ замѣчено уменьшеніе опухоли.

Опухоль предположено удалить по окончаніи послѣродового періода.

Н. К. Нееловъ.— „*Elephantiasis vulvae, clitoridis et nympharum.*—*Graviditas VII mensium. Abortus. Perforatio cranii. Mors e pneumonia chronica*“ (123). Въ статьѣ изложены болѣе подробныя свѣдѣнія относительно больной, описанной д-ромъ *И. А. Чувевскимъ* въ предыдущей статьѣ, при чемъ описана также дальнѣйшая судьба этого случая. Считаемо не безъинтереснымъ описаніе опухоли привести *in extenso*.

На наружныхъ половыхъ органахъ, тотчасъ подъ *mons veneris*, помѣщается опухоль, выходящая изъ головки клитора и верхнихъ частей малыхъ дѣтородныхъ губъ, преимущественно правой. (См. рис 60). Опухоль эта величиною съ голову взрослому человѣку, неправильно-булавовидной формы, сидитъ на ножкѣ, относительно толстой, примѣрно съ предплечіе средняго размѣра, и опускается почти до колѣнъ, на 22—23 *cm.* отъ лобковыхъ костей; наибольшая окружность опухоли=55 *cm.* На основаніи опухоли, поверхность которой состоитъ изъ растянутой кожи, замѣчаются расширенныя отверстія выводныхъ протоковъ сальныхъ железъ; отверстія эти отстоятъ другъ отъ друга на относительно большемъ разстояніи; остальная часть поверхности опухоли слегка пигментирована и усѣяна тѣсно-соприкасающимися другъ съ другомъ буграми, величиною отъ горошины до крупнаго лѣснаго орѣха, такъ-что нижняя, бѣольшая часть опухоли имѣетъ гроздевидную форму. На задней поверхности опухоли, при основаніи ея, проходитъ желобокъ, гладкая поверхность котораго представляетъ собою продолженіе слизистой оболочки влагалища; не занятыя основаніемъ опухоли части малыхъ губъ увеличены до размѣра большихъ губъ; поверхность ихъ усѣяна бугорками, величиною съ горошину; большія губы, повидимому, не принимаютъ участія въ образованіи опухоли, хотя все-таки слегка увеличены. Опухоль мясиста, упруга; вслѣдствіе разложенія секрета кожныхъ железъ распространяетъ сильное зловоніе. Кромѣ этой большой опухоли измѣнены новообразованіемъ еще слѣдующія части: входъ во влагалище, промежность, окружность задняго прохода, и прилежащія части кожи ягодицъ. На всѣхъ упомянутыхъ частяхъ новообразованіе представляется въ видѣ различной величины бугорковъ, изъ которыхъ нѣкоторые незначительной величины и едва возвышаются надъ поверхностью кожи; покровы всѣхъ пораженныхъ новообразованіемъ частей,

особенно промежности, на ощупь тверды, какъ-бы глубоко инфильтрированы. Палецъ, введенный въ прямую кишку, ощупываетъ на ея слизистой оболочкѣ рядъ неровностей твердой консистенціи и изъясненія. Изслѣдованіе это весьма болѣзненно. При изслѣдованіи черезъ влагалище найдено: влагалище вытянуто; отверстіе наружнаго мочеиспускательнаго канала оттянуто вверхъ и окружено весьма болѣзненными изъясвленіями; введеніе катетера въ уретру, также какъ и зеркала во влагалище, не удается; влагалищная часть матки стоитъ высоко, довольно вялой консистенціи.

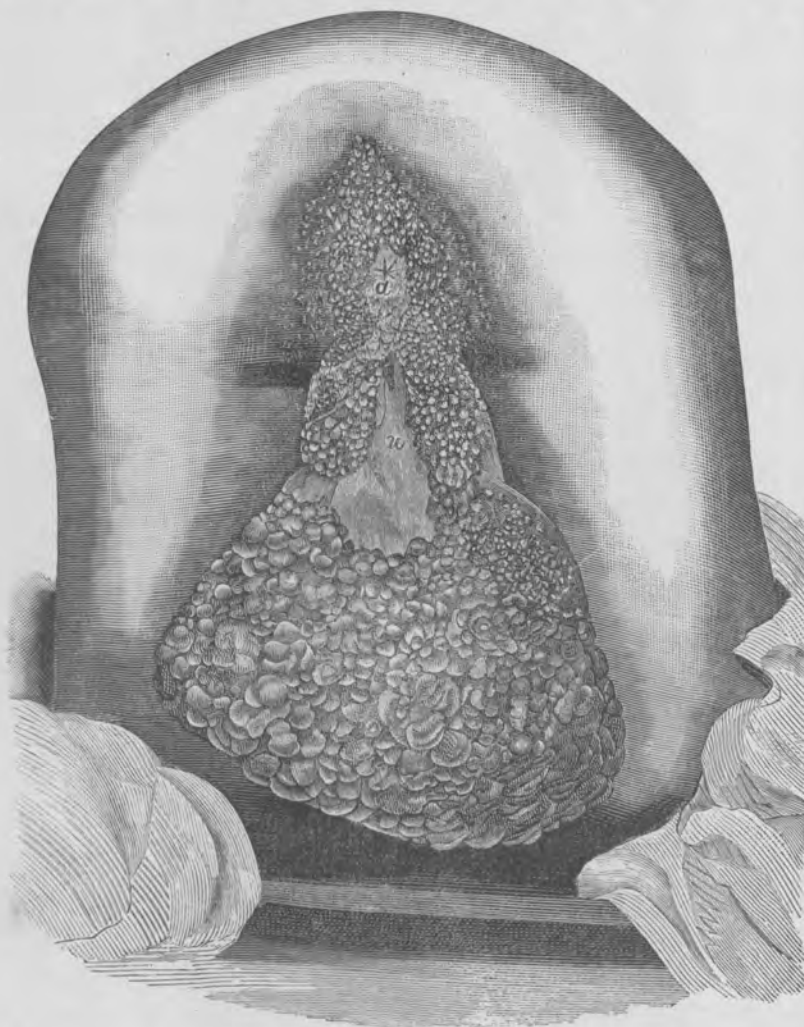


Рис. 60. Слоновая проказа наружныхъ половых органовъ (elephantiasis vulvae). Видъ опухоли сзади; при положеніи больной на колѣняхъ и на локтяхъ. *a*—задне-проходное отверстіе; *u*—входъ во влагалище. Отверстіе мочеиспускательнаго канала смѣщено кверху—во влагалище—и не видно на рисункѣ.

На основаніи выше изложенныхъ данныхъ, поставленъ діагнозъ: elephantiasis papillomatosa. На кожѣ ягодицъ, бедеръ и окружности задняго прохода имѣлось также начало того же процесса въ формѣ такъ называемой бугорчатой слоновой проказы (elephantiasis tuberosa).

Въ ночь съ 21-го на 22-е января, около 12 часовъ, у больной появились родовыя схватки и прошли воды.

Опухоль и, главнымъ образомъ, пораженныя новообразованиемъ губы и промежность представили такія препятствія при родахъ, что пришлось прибѣгнуть къ прободенію головки плода, на седьмомъ мѣсяцѣ беременности, послѣ чего головка была извлечена костными щипцами Мésnard'a. Въ послѣродовомъ періодѣ температура тѣла до 9-го дня, включительно, держалась на высокихъ цифрахъ, хотя явленія въ половой сферѣ не обнаруживали причинъ столь значительныхъ колебаній температуры.

На 10-й день послѣ родовъ стали выступать на первый планъ явленія со стороны легкихъ и кишечника; въ легкихъ констатированы каверны, со стороны кишечника—поносы. При усиливающейся слабости, сильныхъ поносахъ и проливныхъ потахъ, 14 Марта, въ 6 часовъ утра, больная скончалась, не проживъ и двухъ мѣсяцевъ послѣ родовъ. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило діагнозъ.

Въ дополненіе къ изложенному случаю, авторъ приводитъ въ статьѣ описаніе другого, подобнаго же случая слоновой проказы, который онъ наблюдалъ въ хирургической факультетской профессора *А. Х. Ринка*. Опухоль была удалена, съ благополучнымъ исходомъ.

С. В. Жеваховъ.—„Случай *Elephantiasis genitalium*“ (124). Больная 35-ти лѣтъ, multipara; 1¹/₂ года тому назадъ больная замѣтила на наружныхъ половыхъ частяхъ зудящій узелокъ, величиною съ просяное зерно, который весною 1898 года—къ концу ея беременности, а равно и въ послѣродовомъ періодѣ—сталъ значительно увеличиваться. Больная поступила въ клинику съ діагнозомъ carcinoma praeputii clitoridis. Опухоль величиною въ мандаринъ, неправильной формы, занимала крайнюю плотъ похотника, всю правую малую губу и часть лѣвой. Поверхность опухоли бугриста, съ кратерообразнымъ изъязвленіемъ, покрыта корками и выдѣляетъ кровянисто-гнойную жидкость, съ дурнымъ запахомъ. Опухоль сидитъ на болѣе узкомъ основаніи и, вмѣстѣ съ инфильтрированной окружающей его кожей, подвижна. Вблизи основанія опухоли, въ окружности наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала находятся нѣсколько меньшихъ узелковъ такой-же структуры, какъ и главная опухоль. Паховыя железы увеличены. Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго кусочка опухоли, произведенное проф. *В. К. Высоковичемъ*, заставило послѣдняго высказаться за elephantiasis. По удаленіи опухоли вскорѣ наступилъ рецидивъ, и при вторичномъ микроскопическомъ изслѣдованіи получились данныя, говорящія за злокачественный характеръ опухоли (carcinoma incipiens).

А. Г. Боряковскій.—„Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ“ (125). Крестьянка 18 лѣтъ отъ роду, на 7-мъ мѣсяцѣ беременности, упала верхомъ на деревянныя перила балкона и получила поврежденія наружныхъ половыхъ частей. Когда больную, вечеромъ 23 Октября 1886 г., доставили въ акушерскую клинику, то оказалось, что наружныя половыя части закрыты большимъ ком-

комъ ваты, пропитаннымъ растворомъ полуторохлористаго желѣза, и обильнымъ количествомъ крови, которою были запачканы также ноги и все платье больной. Сердцебиеніе плода ясно слышно. По очищеніи раны, констатировано было: глубокія разможженія мягкихъ частей въ области преддверія и наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, съ поперечнымъ разсѣченіемъ малыхъ губъ и съ обширной отслойкой тканей, покрывающихъ переднюю поверхность лоннаго сочлененія. Отверстіе мочеиспускательнаго канала нельзя было найти, а потому въ этотъ вечеръ ограничились промывкой раны и остановкою кровотока посредствомъ тампонады, съ прижатіемъ кровоточащихъ мѣстъ къ лонной кости посредствомъ T—образнаго бинта. На другой день, утромъ, прежде чѣмъ приступить къ наложенію швовъ, проф. *Г. Е. Рейнь* пытался вновь отыскать отверстіе мочеиспускательнаго канала, но безуспѣшно, и въ виду того, что больная не мочилась уже около сутокъ, а изслѣдованіе не могло продолжаться дальше, вслѣдствіе значительнаго кровотока, рѣшено было сдѣлать отверстіе искусственно. Для этой цѣли сдѣланъ былъ чрезъ влагалищную стѣнку продольный разрѣзъ мочеиспускательнаго канала, въ него введенъ зондъ, конецъ котораго проведенъ наружу чрезъ поврежденныя ткани, и тогда, по зонду, введенъ катетеръ въ пузырь и выпущена моча. Послѣ этого вся рана и искусственно образованный свищъ основательно зашиты, при чемъ за точку исхода для швовъ въ области преддверія было взято наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала. Заживленіе въ сдѣланномъ разрѣзѣ влагалища и мочеиспускательнаго канала произошло первичнымъ натяженіемъ, а въ остальныхъ мѣстахъ вторичнымъ. Черезъ 2 недѣли послѣ поступленія въ клинику больная разрѣшилась мацерированнымъ плодомъ, и черезъ 11 дней послѣ родовъ выписалась совершенно здоровой.

А. Г. Боряковскій.—„Къ казуистикѣ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ“ (126). Десятаго октября 1887 г. авторъ былъ приглашенъ къ новобрачной, женѣ молодого врача, по случаю кровотечения изъ половыхъ органовъ. Кровотеченіе произошло послѣ перваго совокупленія и было настолько значительно, что остановить его домашними средствами не удалось. Докладчикъ засталъ больную, женщину 18 лѣтъ, въ постели, блѣдной; пульсъ=80; постель и бѣлье (въ томъ числѣ 10 простынь) значительно испачканы кровью. Источникомъ кровотечения служилъ довольно глубокой разрывъ кольцеобразной дѣвственной плевы въ ея задней периферіи. Въ глубинѣ разрыва былъ видѣнъ кровоточащій сосудъ около 1,5 мм. толщиною, повидимому, вена. Отъ этого глубокаго разрыва, параллельно свободному краю дѣвственной плевы, шла тонкая трещина, также кровоточащая. На лѣвый край разрыва и на трещину были наложены шелковые швы, однимъ изъ которыхъ захвачена и вена. По свѣдѣніямъ, полученнымъ докладчикомъ, изъ разорванныхъ частей, гдѣ швовъ не было наложено, еще въ теченіе нѣсколькихъ дней продолжалось незначительное кровотеченіе, остановленное мужемъ при помощи полуторохлористаго желѣза.

При объясненіи причины такого значительнаго кровотечения изъ разрыва дѣвственной плевы, докладчикъ остановился на двухъ обстоятельствахъ:

1) Ненормальное развитие сосудов дѣвственной плевы, которая, какъ извѣстно, образуется на счетъ передняго конца влагалища и потому обладаетъ, какъ и стѣнки влагалища, соединительно-тканной и мышечной основой, съ обильнымъ развитіемъ сосудовъ (См. ниже, стр. 265).

2) Особенная кровоточивость, предполагать которую давали право обильныя регулы, приходившія каждыя двѣ недѣли, и трудная свертываемость крови отъ раствора полухлористаго желѣза. Кровотеченію могло, конечно, способствовать половое возбужденіе больной.



XXIV. Болѣзни влагалища.

127. **Н. К. Нееловъ.**—Демонстрація препарата дѣвственной плевы. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1888 г. т. 1, в. II, стр. 39 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
128. Студентъ **А. Кроненбергъ.**—Случай ruocolpos et ruometrae при atresia vaginalis congenita. Прот. Общ. Кіевскихъ Врачей 1884—85 г., стр. 41 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
129. **М. Н. Вуйчъ.**—Демонстрація больной съ haematocolpos unilateralis, при двойномъ влагалищѣ и двойной маткѣ. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1889 г. т. 3, в. V, стр. 21 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
130. **Д. А. Карра.**—Случай haematocolpos et haematometrae unilateralis. Ibid. 1894 г. т. 7, вып. XIV. Прилож. стр. 149 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
131. **А. Г. Боряковскій.**—Къ казуистикѣ поврежденій женскихъ половыхъ органовъ (Fistula recto-vaginalis). Прот. Общ. Кіевск. Врачей 1882—86 г., стр. 13 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
132. **В. Н. Гогоцкій.**—Демонстрація больной съ разрывомъ задняго свода, происшедшимъ при совокупленіи. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1895 г., т. 8, в. XV, стр. 13 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
133. **С. В. Жеваховъ.**—Случай разрыва задняго свода sub coitu. Ibid. т. 12, вып. XXIV (*Изъ Кіевской Акушерской Поликлиники*).
134. **Б. К. Кеглеръ.**—Ulcera mollia vaginae. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1898 г. т. 10, в. XX. Прилож. стр. 3 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
135. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Демонстрація куска алюминіевыхъ квасцовъ, извлеченнаго изъ влагалища больной. Ibid. 1889 г. т. 3, в. V, стр. 8.
Ср. также главу XII, стр. 149—объ искусственномъ образованіи влагалища; главу XIII, стр. 263, ст. *А. Г. Боряковскаго*; главу XXV, стр. 271—273—о порокахъ развитія матки и др.

Н. К. Нееловъ.—„Демонстрація препаратовъ дѣвственной плевы“ (127). Препараты сдѣланы изъ дѣвственной плевы, вырѣзанной отъ двухъ женщинъ, страдавшихъ вагинизмомъ. Препараты эти подтверждаютъ, что дѣвственная плева является продолженіемъ влагалища, обладаетъ большимъ количествомъ сосудовъ и соединительно-тканной и мышечной основой. На послѣднее обстоятельство уже указывали *Velpeau, Luschka, Dohrn* и *Breisky*, хотя полное доказательство присутствія мышечныхъ элементовъ имѣлось бы лишь тогда, когда бы удалось изолировать мышечныя клѣтки.

Студентъ *А. Кронебергъ*. — „*Случай pyokolpos et pyometrae при atraesia vaginalis congenita*“ (128). Больная, дѣвица 21 года, представлявшая, кромѣ отсутствія влагалища, и другія патологическія явленія и врожденные пороки развитія (глуха, почти слѣпа, вслѣдствіе аномаліи развитія зрительнаго нерва, весьма ограниченное умственное развитіе, microcephalia), была излечена посредствомъ двухъ операций, произведенныхъ послѣдовательно проф. *Г. Е. Рейномъ*. Операции произведены по способу *Amussat* и имѣли цѣлью возстановить, или, вѣрнѣе, образовать влагалище. Интересъ даннаго случая заключается въ томъ, что полость растянутой матки заключала не кровь, а гной, смѣшанный со слизью. Изслѣдованіе показало кромѣ того, что матка была дву-рогая, а яичники недостаточно развиты. Чтобы воспрепятствовать образованію рецидива, во вновь образованный каналъ вставлена толстая дренажная каучуковая трубка (которую больная носила нѣсколько лѣтъ. Ср. выше, главу XII, стр. 149, объ искусственномъ образованіи влагалища. — Реф.).

М. Н. Вуичъ. — „*Демонстрація больной съ haematocolpos unilateralis, при двойномъ влагалищѣ и двойной маткѣ*“. (129). Больная Зента А—мъ, 22 лѣтъ, не рожавшая. Стала менструировать на семнадцатомъ году, черезъ четыре недѣли, по 4—7 дней. Мѣсячныя всегда сопровождалась болями, которыя стали продолжаться все дольше и перешли въ межменструальные промежутки, а въ послѣдніе четыре мѣсяца приобрѣли потугообразный характеръ. Два мѣсяца назадъ больная вышла замужъ. Совокупленіе, какъ въ первый, такъ и въ послѣдующіе разы, сопровождалось болями. Изслѣдованіе больной проф. *Г. Е. Рейномъ* показало, что у больной имѣется *накопленіе крови въ заросшемъ влагалищѣ, при существованіи двойной матки и незарощаго другаго рукава* (haematocolpos unilateralis). Атрезирована правая половина двураздѣльнаго влагалища. Ретенціонная опухоль достигала величины дѣтской головки, но была, разумѣется, не круглой, а неправильно-цилиндрической формы, и сдавливала почти до полной непроходимости лѣвое, незарощенное влагалище. Двадцать седьмого февраля 1889 г. больной была сдѣлана проф. *Г. Е. Рейномъ* операция, заключающаяся въ вырѣзываніи овальнаго куска стѣнки опухоли, сейчасъ-же выше входа въ лѣвое влагалище, и оторачиваніи краевъ раны кетгутовыми швами. Изъ ретенціоннаго мѣшка вытекло около 2 фунтовъ густой, кофейнаго цвѣта жидкости, оказавшейся, при изслѣдованіи подъ микроскопомъ, задержавшеюся менструальною кровью. Въ настоящее время, при изслѣдованіи больной, находимъ слѣдующее: черезъ лѣвое, не бывшее атрезированнымъ, влагалище достигается влагалищная часть матки, нѣсколько сглаженная. Тѣло матки отъ этой влагалищной части идетъ нѣсколько влѣво, оно немного увеличено. Черезъ оставшееся послѣ операции отверстіе, палецъ съ трудомъ проникаетъ въ правое влагалище, значительно болѣе широкое, чѣмъ лѣвое; стѣнки нѣсколько складчаты. Въ глубинѣ влагалища ощупывается круговой валикъ — формирующаяся влагалищная часть второй матки. При комбинированномъ изслѣдованіи ощупывается небольшое тѣло матки, отклоненное вправо. Въ обѣ матки входятъ одновре-

менно зонды, при чемъ зондъ, введенный въ правую матку, отклоняется пуговкою вправо, а введенный въ лѣвую матку—влѣво. Зондъ входитъ въ правую матку на 5,5 см., а въ лѣвую на 6,5 см.

Послѣоперационный періодъ протекъ безъ особыхъ осложнений. Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго диска показало, что онъ съ обѣихъ сторонъ покрытъ характернымъ эпителиемъ влагалища.

Д. А. Карра.—„Случай *haematocolpos* и *haematometrae unilateralis*“ (130). Больная, крестьянка, 20 лѣтъ, дѣвственница. Первая крови получила на 15-мъ году жизни. Въ дальнѣйшемъ теченіи, менструаціи, хотя стали приходить рѣже—черезъ 2—3 мѣсяца—, но стали продолжительными и болѣзненными. Въ послѣднее время боли стали постоянными, мочеиспусканіе болѣзненно; больная замѣтила въ животѣ твердую опухоль величиною въ куриное яйцо, которая все увеличивалась въ объемѣ. Въ клиникѣ до операціи опухоль опредѣлялась, какъ эластическое образованіе, неподвижное, безболѣзненное, похожее по виду на слегка увеличенную однорогую матку. Влагалище представлялось суженнымъ, вслѣдствіе присутствія веретенообразной, эластической опухоли, величиною въ 2 кулака, идущей параллельно правой стѣнкѣ влагалища, не доходя до нижняго конца влагалища на протяженіе одной трети всей его длины. Опухоль эта является непосредственнымъ продолженіемъ ощупываемой черезъ брюшные покровы. Таковы были главнѣйшія данныя изслѣдованія, давшія основу для вышеупомянутаго распознаванія.

Произведенная операція вполнѣ подтвердила первоначальное распознаваніе. Опухоль со стороны влагалища была проколота троакаромъ, затѣмъ полученное отверстіе было расширено ножомъ. Послѣ истеченія характерной жидкости шоколаднаго цвѣта, полость была затампонирована іодоформной марлей, и дальнѣйшее опорожненіе представлено силамъ природы, при строгомъ соблюденіи правилъ антисептики.

Послѣоперационный періодъ протекъ безъ осложнений. Распознаваніе подтверждено и изслѣдованіемъ въ послѣ-операционномъ періодѣ, при чемъ удалось ввести зонды въ оба рога матки; въ правый рогъ зондъ вошелъ на 6,5 см., а въ лѣвый—на 8,5 см. За послѣднее десятилѣтіе подобное заболѣваніе наблюдается въ Кіевской Акушерской Клиникѣ третій разъ (Ср. предшествующее наблюденіе д-ра *Вуичи*.—Реф.). Авторъ считаетъ свой случай интереснымъ какъ по рѣдкости подобной аномаліи, такъ и въ отношеніи распознаванія до операціи.

А. Г. Боряковскій.—„Къ казуистикѣ поврежденій женскихъ половыхъ органовъ (случай *fistulae recto—vaginalis*)“ (131). Измѣненія, найденныя при изслѣдованіи больной, заключались въ разрывѣ промежности первой степени, отслойкѣ задней стѣнки влагалища и образованіи свища передней стѣнки кишки. Кромѣ того у больной существуетъ недостаточное наклоненіе таза (40°), узость лонной дуги (62—65°), короткость

половой щели, недоразвитіе заднихъ отдѣловъ половыхъ губъ и углубленіе задней периферіи преддверія, на подобіе слѣпого мѣшка. На основаніи этихъ явленій, точно изученнаго анамнеза и опытовъ на трупахъ, авторъ предполагаетъ вполнѣ возможнымъ происхожденіе означенныхъ поврежденій *sub coitu primae noctis*, не исключая, впрочемъ, и той возможности, что раньше могло существовать небольшое нарушеніе цѣлости, (напр. вслѣдствіе колотой раны, вскрытія абсцесса и т. п.), которое потомъ увеличилось при повторныхъ совокупленіяхъ.

В. Н. Гогоцкій.—„Демонстрація больной съ разрывомъ задняго свода, происшедшимъ при совокупленіи“ (132). Исторія случая такова: Больная крестьянка, 28 лѣтъ, менструируетъ съ 19 лѣтъ, черезъ каждые 4 недѣли, по 7 дней. Половая жизнь началась на 25 году. Съ этого времени стала болѣть. Беременна была одинъ разъ. Родила 9 мѣс. тому назадъ. Роды и послѣродовой періодъ—безъ осложненій. Кормитъ сама; регулы не приходили. Во время перваго послѣ родовъ полового сношенія больная почувствовала острую боль во влагалищѣ, и вслѣдъ за этимъ появилось сильное кровотеченіе. Къ утру—слабость, головокруженіе; кровотеченіе не унималось. Въ виду этого она обратилась за пособіемъ въ Кіевскую Акушерскую Клинику. Изслѣдованіе: слаба, анемична, пульсъ 100, слабого наполненія. Наружные половые органы развиты правильно, слизистая оболочка ихъ блѣдна. Влагалище коротко, съ вялыми и очень тонкими стѣнками. Околывлагалищная клѣтчатка атрофична. Влагалищная часть матки стоитъ низко; своды мелки; матка умѣренно велика, въ состояніи перегиба кзади. Въ лѣвомъ и заднемъ сводѣ имѣется некровоточащій разрывъ стѣнки влагалища глубиною и шириною около 2-хъ поперечныхъ пальцевъ. Края разрыва разворочены, при чемъ выпячиваются участки клѣтчатки. Больная принята въ клинику. При антисептическомъ уходѣ, рана правильно гранулировалась, и на 10 день больная выписалась изъ клиники для амбулаторнаго леченія.

С. В. Жеваховъ.—„Случай разрыва задняго свода *sub coitu*“ (133). Авторъ описываетъ случай разрыва задняго свода при половомъ сношеніи у кормящей женщины, вскорѣ послѣ родовъ. Больная обратилась въ Акушерскую Поликлинику вслѣдствіе кровотеченія, наступившаго во время сношенія. При изслѣдованіи, въ заднемъ сводѣ былъ опредѣленъ разрывъ, дугообразно окружающій шейку матки, длиною 4 см., глубиною въ 1 см. проникавшій, повидимому, до брюшины. Больная была привезена въ клинику, но въ виду повышенія t^0 , рана не была зашита, а были примѣняемы только дезинфецирующія спринцеванія. Рана зажила вторымъ натяженіемъ, больная выздоровѣла.

Этіологическимъ моментомъ разрыва свода авторъ считаетъ бурный *coitus* и атрофію влагалищныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе кормленія.

К. К. Кеглеръ.—„*Ulcerata mollia vaginae*“ (134). Клиническая больная К., 30 л., крестьянка, вдова, старообрядка. Въ замужествѣ прожила 11 лѣтъ, беременна была

1 разъ. Въ первыхъ числахъ августа сего года она имѣла половое сношеніе, съ которымъ связываетъ начало своего заболѣванія. Вскорѣ появились кровянистыя отдѣленія изъ половыхъ органовъ. Одинадцатаго октября 1896 года она поступила въ Акушерскую Клинику. При изслѣдованіи, на лѣвой стѣнкѣ влагалища (при обнаженіи зеркалами), ближе къ влагалищной части, замѣчается язва величиною съ 3 копѣчную монету, почти круглой формы, довольно глубокая, съ неровными, крутообрѣзанными, подрывными краями, вокругъ которыхъ замѣчается рѣзкій воспалительный ободокъ темно краснаго цвѣта; дно язвы покрыто гноемъ. На передней стѣнкѣ влагалища—другая язва почти такого же характера. Въ глубинѣ праваго свода—третья. Распознаваніе: мягкіе шанкры влагалища. Прививка отдѣляемаго ранъ къ внутренней поверхности бедра не дала положительнаго результата, можетъ быть, вслѣдствіе вліянія предварительныхъ спринцованій сулемой, или того, что прививка сдѣлана поздно—въ періодъ заживленія. Распознаваніе подтверждено проф. *С. П. Томашевскимъ*. При соотвѣтствующемъ леченіи, язвы зажили, и больная выписалась 31 октября изъ клиники.

Проф. *Г. Е. Рейнъ*.—*„Демонстрація куска аллюминіевыхъ квасцовъ, извлеченнаго изъ влагалища больной“* (135). Квасцы, въ формѣ цилиндрическаго куска, вводимаго во влагалище, примѣнялись больною, какъ средство противъ бѣлей. Во время одного сеанса кусокъ выскользнулъ изъ рукъ больной, испуганной неожиданнымъ стукомъ въ дверь, и скрылся во влагалищѣ; извлечь его самой больной не удалось. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ пребыванія квасцовъ во влагалищѣ появились довольно значительныя боли и обильныя отдѣленія. Боли эти заставили больную черезъ нѣсколько дней обратиться къ врачебной помощи. Иностранное тѣло удалось легко извлечь при помощи пальца. Результатомъ его пребыванія во влагалищѣ былъ довольно бурно выразившійся вагинитъ, скоро, впрочемъ, уступившій леченію. Величина извлеченнаго иностраннаго тѣла слѣдующая: длина—4 см., ширина— $2\frac{1}{2}$ см., наибольшая окружность— $6\frac{1}{2}$ см., вѣсъ— $3\frac{1}{2}$ драхмы. Поверхность его въ высшей степени неровная и изъѣденная, подъ вліяніемъ жидкихъ отдѣленій влагалища.



XXV. Болѣзни матки.

136. **И. А. Чуевскій.**—Случай отсутствія матки и влагалища, съ одновременными пороками развитія грудной железы и руки. Прот. Общ. Кіевск. Врачей 1884—85 г., стр. 46 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
137. **И. И. Миловидовъ.**—Демонстрація больной съ двухсторонней яичниковой паховой грыжей и зачаточной маткой. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1888 г. т. 1, в. II, стр. 19 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
138. **А. И. Красковскій.**—Двухсторонняя паховая грыжа яичниковъ и двураздѣльная матка. Ibid. 1889 г. т. 3, в. V, стр. 30 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
139. **И. Ю. Броль.**—Три случая зачаточной матки. Ibid. 1896 г. т. 9, в. XVIII. Приложение, стр. 73. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
140. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Демонстрація больной послѣ операции ventrofixatio uteri retroflexi fixati. Ibid. 1889 г. т. 3, в. V, стр. 42.
141. **И. И. Ляхницкій.**—Случай радикальнаго излеченія перегиба матки кзади путемъ операции ventrofixatio. Ibid. 1891 г. т. 4, в. 7. Прилож. стр. 61 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
142. **А. И. Красковскій.**—Случай внезапной смерти послѣ операции удаленія подслизистой міомы матки. Ibid. 1887 г. т. 1, в. I, стр. 23 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
143. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—О рѣдкой формѣ рака шейки матки. Ibid. 1888 г. т. 2, вып. III, стр. 35 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
144. **Его-же.**—Демонстрація препаратовъ удаленной имъ путемъ чревосѣченія раково-перерожденной матки. Ibid. 1892 г. т. 6, в. XI, стр. 19.
145. **Его-же.**—Случай ампутаціи матки по Шредеру посредствомъ чревосѣченія. Прот. Общ. Кіевск. Врачей 1883—84 г., стр. 63.
146. **А. И. Яхонтовъ.**—Докладъ комиссіи о примѣненіи массажа къ леченію женскихъ болѣзней. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1889 г. т. 2, в. IV, стр. 40 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
147. **И. К. Нееловъ.**—Къ вопросу о примѣненіи электричества въ акушерствѣ и гинекологіи. Ibid. 1891 г. т. 4, в. VIII. Прилож. стр. 83 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
- Ср. также главу I, страницу 1—объ удаленіи фиброміомъ матки посредствомъ чревосѣченія; главу III, стр. 24—о хрящевиковой миксомѣ шейки матки; стр. 89, отчетъ о 16-ти міомотоміяхъ; главу X, стр. 105—о влагалищномъ чревосѣченіи; главу XIII, стр. 159—172—о выворотѣ матки; главу XIV, стр. 173—180—о самопроизвольномъ разрывѣ матки во время родовъ; стр. 236—случай ущемленія перегнутой кзади беременной матки; главу XXII, стр. 247—о послѣродовомъ періодѣ; главу XXIII, стр. 255, статьи о ложномъ гермафродитизмѣ; главу XXIV, стр. 265 (стр. 266 и 267)—о порокахъ развитія матки и влагалища и др.

И. А. Чуевскій.— „Случай отсутствія матки и влагалища, съ одновременными пороками развитія грудной железы и руки“ (136).

Уродства заключаются, въ кривобокости лѣвой половины тѣла (сколіозъ) и въ слабомъ развитіи лѣвой половины груди. (См. рис. 60). Лѣвая грудная железа, наоборотъ, въ полтора раза больше правой. Такая разница существовала съ дѣтства, не обуславливаясь воспалительными процессами. Лѣвая лопатка въ полтора раза меньше правой. Лѣвая верхняя конечность слабо развита. Предплечье не существуетъ, на мѣстѣ его прощупываются двѣ косточки величиною съ горошину. Затѣмъ слѣдуютъ 3 пястныхъ кости и 3 пальца, каждый изъ 3 фалангъ. Движенія этой конечностью возможны въ плечевомъ суставѣ, также возможны слабая движенія пальцами; локтевой суставъ анкилозированъ. Тазъ значительно суженъ, приближаясь къ мужскому типу, и искривленъ влѣво. Наружные половые органы правильно развиты. Влагалище представляетъ слѣпой мѣшокъ, глубиною въ 4 см. Въ глубинѣ полости таза прощупывается какое то тѣло, цилиндрической формы, вѣроятно—рудиментъ матки; лѣваго яичника прощупать не удается, на правой сторонѣ прощупывается какъ-бы рудиментъ яичника.

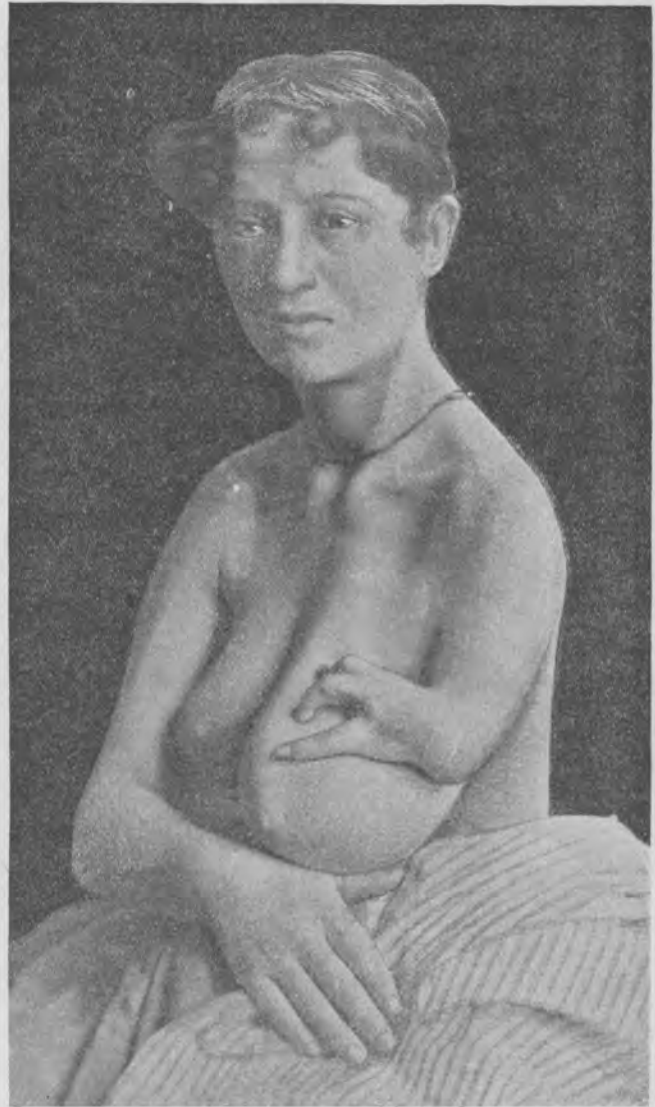


Рис. 60. Случай отсутствія матки и влагалища, съ одновременными пороками развитія грудной железы и руки. Фотографическій снимокъ.

Н. И. Миловидовъ.— „Демонстрація больной съ двухсторонней яичниковой паховой грыжей и зачаточной маткой“ (137). При наружномъ осмотрѣ больной особенное вниманіе обращаютъ на себя двѣ опухоли, находящіяся въ паховыхъ областяхъ; изъ нихъ лѣвая яйцевидной формы, длиною въ 14, шириною въ 7 см., представляется по виду совершенно похожею на паховую грыжу. При ближайшемъ изслѣдованіи ея оказывается, что она состоитъ какъ-бы изъ грыжевого мѣшка, заключающаго въ себѣ яйцевидное, съ гладкой поверхностью, эластической консистенціи, подвижное

и чувствительное при надавливании тѣло, весьма похожее на яйцо (testiculum); на этомъ образованіи, на задней его поверхности, прощупывается возвышеніе, по формѣ своей весьма напоминающее придатокъ яичка; отъ верхней его поверхности отходитъ шнурокъ, толщиною въ мизинецъ, скользящій подъ пальцемъ и направляющійся къ наружному отверстию пахового канала, гдѣ онъ и скрывается. Шнурокъ этотъ напоминаетъ сѣменной канатикъ. Съ правой стороны почти такая-же картина, только наружная опухоль значительно меньше и прощупываемое въ ней яйцевидное тѣло меньше и плосче; въ немъ различаются также 2 отдѣла, и меньшій изъ нихъ—помѣщается не на задней, а на нижней поверхности большаго; отъ верхняго края его также идетъ шнурокъ, скрывающійся въ паховомъ каналѣ, но нѣсколько тоньше, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. Наружные половые органы не представляютъ отклоненій отъ нормальнаго женскаго типа. Наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала значительно расширено, такъ-же, какъ и мочеиспускательный каналъ, черезъ который палецъ безъ труда проникаетъ въ мочевой пузырь. Влагалище зарощено и представляетъ слѣпой мѣшокъ длиною $3\frac{1}{2}$ см. При тщательномъ изслѣдованіи черезъ прямую кишку и мочевой пузырь удается отыскать незначительный рудиментъ матки, къ которому направляются продолженія (толщиною въ карандашъ) описанныхъ выше шнурковъ, проникающихъ черезъ паховые каналы.

А. И. Красковскій.— „*Двухсторонняя паховая грыжа яичниковъ и двураздѣльная матка (uterus bipartitus)*“ (138). Описание этого случая д-ромъ *Миловидовымъ* см. предыдущій рефератъ, стр. 271). Описанной больной была сдѣлана, вслѣдствіе частыхъ и сильныхъ болей въ области обѣихъ грыжъ, операція грыжесѣченія, при чемъ оказалось, что въ содержимомъ грыжевыхъ мѣшковъ заключались яичники, трубы и булавовидные мясистые органы, которые докладчикъ, на основаніи патолого-анатомической картины, считаетъ за рога двураздѣльной матки (uterus bipartitus). Тѣсно прилегающая къ яичникамъ, они походили, при клиническомъ изслѣдованіи, на придатки яичка (epididymis). Фаллопиевы трубы походили на сѣменные канатики. Какъ яички, такъ и части трубъ и роговъ матки были удалены. Причиной образованія грыжи докладчикъ считаетъ плотность *Вальфовыхъ* ходовъ, изъ которыхъ образовалась связка, соответствующая связкѣ *Hunter'a* у мужчинъ; вслѣдствіе этого явилась возможность нисхожденія яичниковъ въ паховые каналы. Короткость собственныхъ связокъ яичника послужила причиной того, что рога матки послѣдовали за яичниками. Больная выздоровѣла. Боли—очевидно, *molimina menstrualia*—исчезли послѣ операціи.

П. Ю. Кроль.— „*Три случая зачаточной матки*“ (139). (Ср. стр. 149, глава XII, Colporoësis).

Случай первый. П., крестьянка Полтавской губерніи, 27 лѣтъ; регуль никогда не имѣла. Съ 21-го года, вскорѣ по выходѣ ея замужъ, стали появляться у нея періодически *molimina menstrualia*: головная боль, головокруженіе, боли въ крестцѣ и поясницѣ и припуханіе грудныхъ железъ. Первое соитіе сопровождалось сильными болями и кровотеченіемъ изъ половыхъ органовъ. Послѣдующія—

при взаимномъ удовлетвореніи. Обратилась въ клинику по поводу отсутствія регуль и тягостныхъ molimina menstrualia. Большая—170 см. роста, крѣпкаго тѣлосложенія, нѣсколько напоминающаго мужское; грудныя железы развиты слабо. Размѣры таза: D. sp.—25; D. cr.—28; D. tr.—31; conj, ext.—19. Наружные половые органы особыхъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Отверстіе мочеиспускательнаго канала немного расширено. Влагалище представляетъ слѣпой мѣшокъ, вдавливаемый пальцемъ до 6,5 см. длиною. Черезъ прямую кишку прощупывается на мѣстѣ матки поперечный тяжъ, толщиною въ карандашъ, на концахъ котораго—два тѣла, величиною въ фасоль. *Диагнозъ*: defectus vaginae, uterus et ovaria rudimentaria.

Случай второй. Б. еврейка Минской губерніи, 21 года. Регулы никогда не приходили, а вмѣсто нихъ періодически появлялись въ грудныхъ железахъ и въ поясницѣ несильныя боли, которыя продолжались не болѣе однѣхъ сутокъ. Вышла замужъ на двадцатомъ году; половое влеченіе существуетъ. Послѣ болѣзненныхъ попытокъ въ теченіе недѣли, совокупленіе стало совершаться черезъ мочеиспускательный каналъ, что для больной всегда тягостно. Жалобы: отсутствіе регуль, болѣзненное совокупленіе и частые, съ рѣзью, позывы на мочеиспусканіе. Тѣлосложеніе экзквизитно женскаго типа. Груды развиты весьма хорошо. Наружные половые органы сохраняютъ нѣсколько дѣтскій типъ. Мочеиспускательный каналъ сильно расширенъ и свободно пропускаетъ въ мочевой пузырь указательный палецъ. На мѣстѣ влагалища слѣпой мѣшокъ въ $3\frac{1}{4}$ см. длиною, а при вдавленіи пальцемъ—около 5 см. Черезъ прямую кишку: на мѣстѣ матки—поперечный шнуръ, толщиною въ карандашъ, на концѣ котораго справа ощупывается тѣло величиною въ миндаль. Тазъ: D. sp.—24; D. cr.—27; D. tr.—30,5; conj. ext.—20, *Диагнозъ*. Defectus vaginae, uterus et ovaria rudimentaria et dilatatio urethrae sub coitu.

Случай третій. Г., 19 лѣтъ, крестьянка Черниговской губерніи. Регуль и molimina menstrualia никогда не имѣла. Вышла замужъ 8 мѣсяцевъ тому назадъ. Первое совокупленіе сопровождалось сильными болями и кровотеченіемъ, послѣ чего обнаружилось недержаніе мочи. Тѣлосложеніе слабое, почти дѣтское: груди и наружные половые органы развиты хорошо. Мочеиспускательный каналъ разорванъ на протяженіи около 2 см. Вмѣсто влагалища существуетъ слѣпой мѣшокъ, длиною около 5 см. Слизистая оболочка его блѣдна, складчата. Черезъ прямую кишку: на мѣстѣ матки прощупывается поперечно идущій тяжъ, толщиною въ карандашъ; вблизи лѣвой стѣнки таза—яичникъ въ лѣсной орѣхъ, а справа—величиною въ крупную фасоль. Тазъ: D. sp.—24; D. cr.—27; D. tr.—29,5; Conj. ext.—17,5. *Диагнозъ*. Defectus vaginae, uterus et ovaria rudimentaria et ruptura urethrae sub coitu.

На основаніи статистическихъ данныхъ докладчикъ относитъ описанные пороки развитія къ довольно рѣдко встрѣчающимся. Такъ, въ клиникѣ у *Шредера*, за 10 лѣтъ наблюдалось 11 подобныхъ случаевъ. Просматривая матеріалъ Кіевской Акушерской Клиники за послѣднія 12 лѣтъ, на 8932 больныхъ докладчикъ встрѣтилъ 38 случаевъ зачаточной матки. (По всей вѣроятности такое громадное скопленіе этихъ рѣдкихъ заболѣваній объясняется попытками леченія этихъ больныхъ, предпринимаемыми въ Кіевской клиникѣ.—Реф.). По *Шимановскому* эти пороки развитія чаще встрѣчаются у евреекъ. Что касается леченія, то, по автору, въ случаяхъ, гдѣ рѣзко выражены molimina menstrualia, при развитыхъ яичникахъ, показана кастрація; въ случаяхъ же, гдѣ у замужнихъ женщинъ имѣется отсутствіе влагалища, при зачаточной маткѣ, вполне умѣстны попытки образованія искусственнаго влагалища (colporeösis). Если же притомъ совокупленіе совершается черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ, какъ во 2-мъ случаѣ, или при разрывѣ его, какъ въ 3-мъ случаѣ, то операція искусственнаго образованія влагалища показана безусловно. Въ заключеніе, докладчикъ демонстрировалъ фотографическіе снимки, на которыхъ 3 описанныя больныя сняты вмѣстѣ. На фотографіи видно, что при зачаточной маткѣ тѣлосложеніе можетъ быть совершенно различнаго типа.

Проф. Г. Е. Рейнь.— „Демонстрація больной послѣ операціи *ventrofixatio uteri retroflecti fixati* (140). Операція произведена по способу *Leopold'a*. Путемъ двойного изслѣдованія члены Акушерскаго Общества могли убѣдиться въ правильномъ положеніи слегка увеличенной матки, при умѣренной подвижности ея. Послѣ операціи прошелъ одинъ мѣсяць. Подробная исторія болѣзни и свѣдѣнія о дальнѣйшей судьбѣ оперированной будутъ сообщены впоследствии. (См. слѣдующій рефератъ).

И. И. Ляхницкій.— „Случай радикальнаго излеченія перегиба матки кзади путемъ операціи (*ventrofixatio*)“ (141). Случай, наблюдался авторомъ въ акушерской клиникѣ университета св. Владиміра. Больная, жена чиновника, 31 года, поступила въ клинику 24 февраля прошлаго года, съ жалобами на общую слабость, нервное расстройство, головныя боли, головокруженіе, сердцебіеніе, постоянныя боли въ животѣ и въ поясницѣ, усиливающіяся во время мѣсячныхъ и при каждомъ напряженіи, запоры, боли при испраженіи и мочеиспусканіи. Въ дѣтствѣ больная страдала золотухой, рахитомъ, малокровіемъ и бѣлями. Мѣсячныя стала носить съ 11 лѣтъ; они были обильны и сопровождались болями. Больная была 2 раза замужемъ. Во время перваго замужества имѣла выкидышъ; на 26 году всѣ болѣзненные явленія значительно усилились, и пользовавшіе больную многіе врачи опредѣлили неправильное положеніе матки.

При поступленіи больной въ клинику у ней были опредѣлены: *retroflexio uteri fixata*, *oophoritis et salpingitis duplex*, *pelveoperitonitis chronica*.

Послѣ примѣненія въ клиникѣ, въ теченіе мѣсяца, соотвѣтственнаго противовоспалительнаго леченія, массажа и попытокъ къ вправленію матки оказалось, что эта терапія не ведетъ къ улучшенію положенія больной, и ей была предложена операція, на которую она и согласилась.

Операція была произведена проф. Г. Е. Рейномъ 28 марта 1889 г., при обычной въ клиникѣ асептической обстановкѣ, и заключалась въ удаленіи придатковъ матки, разрушеніи сращеній матки въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ и пришиваніи матки къ передней брюшной стѣнкѣ по способу *Leopold'a*. При удаленіи лѣваго яичника, часть его осталась въ культѣ, такъ какъ лигатура была наложена на основаніе яичника (*hylus ovarii*).

Послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно; 29 апрѣля больная выписалась изъ клиники, вполне оправившись. Послѣдній разъ авторъ видѣлъ больную въ концѣ сентября. Вѣсъ тѣла у больной увеличился на 20 фунтовъ, общее состояніе весьма удовлетворительно, отправления кишечника правильны; мѣсячныя бываютъ черезъ 3 недѣли, по 4 дня, въ небольшомъ количествѣ, съ самыми незначительными болями; нервныя явленія исчезли не вполне. При внутреннемъ изслѣдованіи матка найдена въ физиологическомъ положеніи перегиба кпереди.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи авторъ приводитъ различные способы операціи *ventrofixationis* (*Olshausen'a*, *Koerberlé*, *Klotz'a*, *Leopold'a* и др.) и отдаетъ среди нихъ преимущество способу *Leopold'a*. Относительно показаній къ операціи онъ полагаетъ, что одинъ перегибъ матки кзади, хотя бы и фиксированный, не служитъ еще показаніемъ

къ оперативному вмѣшательству; напротивъ, операція вполне умѣстна тамъ, гдѣ вскрытіе брюшной полости является необходимостью по другимъ причинамъ, и вентрофиксація является лишь дополненіемъ къ кастраціи, сальпинготоміи, оваріотоміи и т. п. Въ заключеніе, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) операція *ventrofixatio uteri retroflexi* показана въ нѣкоторыхъ случаяхъ, хотя ихъ нужно выбирать осторожно; 2) лучший способъ производства этой операціи—способъ *Leopold'a*, оказавшійся пригоднымъ и въ данномъ случаѣ и 3) если приходится дѣлать удаленіе придатковъ, то желательнo оставлять хотя часть яичника, по возможности здоровую, для продолженія мѣсячныхъ.

А. И. Красковскій.—*Случай внезапной смерти послѣ операціи удаленія подслизистой міомы матки* (142). Больная 42 л., поступила въ акушерскую клинику университета св. Владиміра 21-го января 1887 года, съ жалобами на кровотеченіе, которое началось, по ея словамъ, въ маѣ 1886 г. и продолжалось, въ видѣ меноррагій, черезъ $1\frac{1}{2}$ —2 недѣли, по 6—12 дней. При поступленіи въ клинику, больная найдена сильно истощенной; въ легкихъ—незначительная эмфизема, тоны сердца слабы и нѣсколько глухи. Гинекологическое изслѣдованіе, произведенное 28-го января, подъ хлороформнымъ наркозомъ, послѣ предварительнаго расширенія матки посредствомъ палочки тупело, показало, что въ полости матки находится подслизистая міома величиной съ гусиное яйцо. Наркозъ больная перенесла хорошо.

Удаленіе опухоли произведено было проф. *Г. Е. Рейномъ* 29-го января 1887 года. Больная помѣщена на операціонномъ столѣ въ спиннокрестцовомъ положеніи и захлороформирована при помощи аппарата *Юнкера*. Удаленіе міомы производилось ножницами и экразеромъ въ 3 приема, такъ какъ основаніе опухоли было весьма широко. Во время операціи съ больной 3 раза были рвоты, и она неоднократно просыпалась, послѣ чего наркозъ каждый разъ усиливался. Операція продолжалась 40', хлороформу издержано $6\frac{1}{2}$ драхмъ; кровотеченіе было незначительное. По окончаніи операціи, когда хлороформированіе было уже прекращено, докладчикъ приступилъ къ промыванію матки 2% растворомъ карболовой кислоты. Промываніе производилось стекляннымъ наконечникомъ 11 см. длины, дающимъ струю въ 3 м. м. толщиной, изъ кружки *Эсмарха*, висѣвшей на высотѣ 58 см. Шейка матки была обнажена зеркалами *Симса*, наконечникъ вводился въ полость матки и выводился обратно ритмическими движеніями. Черезъ нѣсколько минутъ промываніе было прекращено, но когда изъ полости матки показалось немного крови, то возобновлено, при чемъ жидкость взята t^0 въ 39^0 R. Послѣ 4—5 введеній наконечника замѣчено было, что у больной прекратились дыханіе и пульсъ. Отъ окончанія операціи и прекращенія наркоза прошло около 12 минутъ. Видъ больной въ это время былъ трупно блѣдный, слизистая оболочка губъ синюшна, зрачки нѣсколько расширены. Немедленно приступили къ искусственному дыханію по способу *Сильвестра*; послѣдовало 3—4 вдоха, а потомъ опять наступилъ коллапсъ; тогда, констатировавъ отсутствіе западенія языка, опустили верх-

ную часть туловища книзу, открыли окно, приложили на область сердца горячіе компрессы и сдѣлали подкожныя инъекціи (4 шприца) сѣрнаго эфира и амміака (2 шприца); кромѣ того забинтовали туго ноги и фарадизировали грудобрюшный нервъ. Черезъ 22 минуты послѣ прекращенія дыханія профессоромъ *А. Х. Ринкомъ* была сдѣлана, на всякій случай, трахеотомія, но все было напрасно. Искусственное дыханіе производилось въ теченіе 1 часа 29 минутъ. Вскрытіе трупа произведено черезъ 21 часъ послѣ смерти проф. *Г. Н. Минхомъ*, и при этомъ найдено было слѣдующее: мозгъ и его оболочки сильно анэмичны, объемъ сердца довольно великъ, въ правой полости сердца и венахъ—кровь, смѣшанная съ незначительнымъ количествомъ пузырьковъ воздуха, въ лѣвой—жидкая темная кровь. (Сердце вскрывалось *in situ*). Брюшныя отверстія фаллопиевыхъ трубъ облитерированы продуктами стараго воспалительнаго процесса. На внутренней поверхности матки, на мѣстѣ прикрѣпленія опухоли, вены расширены до 4 m.m. въ діаметрѣ. Такое же расширение венъ замѣчено и въ самой стѣнкѣ матки. Микроскопическое изслѣдованіе сердца показало сильно выраженное жировое перерожденіе папиллярныхъ мышцъ и мышцъ самой стѣнки въ отдѣльныхъ мѣстахъ.

При обсужденіи причинъ смерти, докладчикъ допустилъ возможность слѣдующихъ 3-хъ моментовъ: 1) хлороформный наркозъ, 2) вхожденіе воздуха въ сосуды матки и 3) нервное потрясеніе—шокъ. Первая изъ этихъ причинъ кажется докладчику наиболѣе вѣроятной, на основаніи отсутствія данныхъ для другихъ причинъ и разбора нѣкоторыхъ подобныхъ случаевъ изъ литературы.

Профессоръ *Г. Е. Рейнъ*.—*„О рѣдкой формѣ рака шейки матки (съ демонстраціею макро—и микроскопическихъ препаратовъ) (143)*. Больная, вдова врача, 38 лѣтъ, обратилась къ докладчику въ сентябрѣ 1887 года, съ жалобами на кровотеченія. При изслѣдованіи половыхъ органовъ было найдено, что передняя губа маточной шейки равномерно увеличена, шарообразной формы, равномерно-плотной консистенціи. Слизистая оболочка, покрывающая наружную поверхность передней губы,—сине-багроваго цвѣта, на ней видны извитыя вены; изъ канала шейки выдѣляется стекловидная слизь; въ сводахъ—слѣды старыхъ воспалительныхъ процессовъ. Больная въ сентябрѣ 1887 г. находилась на излеченіи въ Александровской больницѣ, гдѣ былъ поставленъ діагнозъ фолликулярной гипертрофіи шейки, а затѣмъ, въ декабрѣ 1887 г., поступила въ клинику докладчика. Діагностика колебалась первые дни между метритомъ шейки, фолликулярной гипертрофіей, интерстиціальною міомой передней губы шейки и ракомъ. Отсутствіе фолликуловъ и безрезультатность противовоспалительнаго леченія, которому больная раньше подвергалась, исключали два первыя предположенія; міома также исключалась, такъ какъ опухоль не имѣла такой твердой консистенціи при уколахъ скарификаторомъ, какъ то бываетъ обыкновенно при фиброзныхъ новообразованіяхъ шейки. Ломкость ткани, неподвижность надъ опухолью слизистой оболочки и, главное,—уступчивость тканей при скарификаціяхъ, при чемъ скарификаторъ входилъ свободно на глубину 4—5 cm., давая ощущеніе, точно его вкалываютъ въ

твердое сало, говорили за ракъ. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли, произведенное послѣ операциі, вполне подтвердило такое распознаваніе. Операциа (*amputatio supravaginalis colli uteri*) произведена была гальванокаустической петлей, послѣ предварительной отсепаровки сводовъ. Шейка ампутирована почти на уровнѣ внутренняго зѣва. При макроскопическомъ изслѣдованіи препарата видно, что новообразование имѣетъ форму правильнаго шарообразнаго узла, величиною въ средній грецкій орѣхъ, сидящаго въ толщѣ передней губы.

Узловая форма рака, соответствующая третьей клинической формѣ рака матки, установленной изслѣдованіями *Ruge* и *Veit'a*, встрѣчается довольно рѣдко. Въ практикѣ докладчика это лишь второй случай подобной формы. Диагностика въ этихъ случаяхъ крайне затруднительна, и докладчикъ обращаетъ особенное вниманіе товарищей на *характерное ощущеніе, получаемое при скарификаціяхъ шейки, пораженной этимъ процессомъ*. Иногда этотъ признакъ можетъ имѣть рѣшающее значеніе для діагностики рака.

При микроскопическомъ изслѣдованіи вырѣзанной опухоли не осталось сомнѣній относительно ея раковаго характера.

„Демонстраціи препаратовъ удаленной путемъ чревосъченія раково-перерожденной матки“ (144), того-же автора.—Какъ макро—такъ и микроскопическое изслѣдованіе доказываютъ, что въ данномъ случаѣ имѣется желѣзистый ракъ—полости тѣла матки. Стѣнки матки чрезвычайно утолщены, и вѣсъ удаленнаго органа болѣе одного фунта. Операциа произведена 21 апрѣля 1892 года.

Представленный препаратъ доказываетъ, что и операциа *Freund'a* имѣетъ свои точныя показанія, какъ операциа первичная, и что имѣется извѣстная категорія случаевъ рака матки, гдѣ эта операциа имѣетъ преимущество передъ всѣми другими методами. Со стороны технической операциа не легка. Нѣкоторые моменты ея—вскрытіе задняго свода, обшиваніе сводовъ со стороны брюшной полости и т. д. требуютъ значительной технической умѣлости.

Его-же.—*„Случай ампутаціи матки по Шредеру посредствомъ чревосъченія“* (145). Больная, дѣвица 40 лѣтъ, страдала 4 года кротеченіями изъ матки, усилившимися въ 2 послѣднихъ года. При изслѣдованіи найденъ глубоко въ тазу сидящій, малоподвижный, интерстиціальнй фиброидъ матки, величиною въ дѣтскую головку. Въ теченіе 4-хъ мѣсячнаго наблюденія состояніе больной, вслѣдствіе частыхъ кровотеченій, значительно ухудшилось, вслѣдствіе чего рѣшено было удалить фиброидъ. Кастраціа была здѣсь трудна, такъ какъ яичники, повидимому, были сросшены съ опухолью, что и подтвердилось при операции относительно одного изъ нихъ. Міомотомію предположено было произвести по *Шредеру*. (Какъ кажется, въ первый разъ въ Кіевѣ.—Реф.). Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, опухоль была извлечена изъ полости живота, и,

по наложеніи каучуковой лигатуры на шейку матки, послѣдняя ампутирована на 1 дюймъ выше лигатуры. Кровотеченія почти не было; поверхность срѣза защита многочисленными глубокими, промежуточными и поверхностными швами, а каучуковая лигатура снята. Рана брюшныхъ покрововъ перевязана по *Листеру*. Съ 2-го дня больная начала лихорадить, развился септический перитонитъ, и въ концѣ 3-хъ сутокъ больная скончалась. Вскрытіе, произведенное проф. *Г. Н. Минхомъ*, подтвердило присутствіе остраго септического перитонита. Въ прежнее время ампутація матки давала до 60⁰/₀ смертности, теперь же (1884-й г.—Реф), съ введеніемъ антисептическаго метода, ⁰/₀ смертности значительно упалъ, и опасность при операциі немного превышаетъ опасность при оваріотоміи. *Шредеръ* и *Гегаръ* изъ 18 случаевъ потеряли всего по одной больной.

А. П. Яхонтовъ.—„Докладъ комиссіи, о примѣненіи массажа къ леченію женскихъ болѣзней“ (146). Заключение доклада, прочитаннаго на III Пироговскомъ Съѣздѣ:

А) Массажъ при выпаденіяхъ матки.

1) Несомнѣнно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ выпаденія матки массажъ, примѣненный по способу *Th. Brandt'a*, ведетъ къ излеченію страданія (одно наблюденіе).

2) Является-ли излеченіе выпаденія при помощи массажа окончательнымъ, или только временнымъ, пока сказать нельзя. Судя по имѣющимся въ Обществѣ двумъ наблюденіямъ, возвраты болѣзни происходятъ легко.

3) По всей вѣроятности, при тщательномъ изученіи матеріала, удастся впоследствии выдѣлить случаи, въ которыхъ примѣненіе массажа обѣщаетъ успѣхъ, отъ тѣхъ, гдѣ этотъ методъ леченія не заслуживаетъ примѣненія.

4) Леченіе при помощи массажа утомительно для врача и больной, длительно и можетъ дурно вліять на нервную систему больной.

5) На основаніи изложеннаго, сомнительно, чтобы массажъ во всѣхъ случаяхъ вытѣснилъ оперативное леченіе выпаденій матки.

Б) Массажъ при воспалительныхъ выпотахъ въ тазовую клетчатку.

1) Результаты леченія, при помощи массажа, параметрическихъ экссудатовъ болѣе благоприятны, чѣмъ результаты леченія по тому-же способу выпаденій матки.

2) Употребленіе массажа при леченіи хроническихъ выпотовъ въ тазовую клетчатку значительно сокращаетъ срокъ леченія, по сравненію съ леченіемъ этихъ заболѣваній по другимъ способамъ.

3) Что касается внутрибрюшинныхъ выпотовъ, отграниченныхъ внутрибрюшинныхъ кровоизліяній, перегибовъ и наклоненій матки, хроническихъ воспаленій ея паренхимы, воспаленій яичниковъ, то члены Акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ въ этомъ отношеніи не располагаютъ пока чистыми наблюденіями. Какъ кажется, массажъ можетъ при околomatочномъ кровоизліяніи способствовать переходу содержимаго мѣшка въ нагноеніе.

Вообще, по мнѣнію Акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, массажъ при леченіи женскихъ болѣзней требуетъ дальнѣйшаго изученія. Такъ какъ нерациональное примѣненіе этого метода леченія можетъ повести къ вреднымъ послѣдствіямъ, то Общество полагаетъ, что примѣненіе его должно производиться при гинекологическихъ клиникахъ и специальныхъ больничныхъ учрежденіяхъ, и не иначе какъ подъ руководствомъ специалиста—гинеколога.

Н. К. Нееловъ.—„Къ вопросу о примѣненіи электричества въ акушерствѣ и гинекологіи“ (147). Послѣ краткаго очерка исторіи леченія электричествомъ и теоріи дѣйствія постоянного тока, докладчикъ сообщилъ свои наблюденія надъ леченіемъ міомъ матки посредствомъ постоянного тока, имѣвшимъ мѣсто въ Кіевской Акушерской Клиникѣ. Число случаевъ—20, изъ нихъ 18—амбулаторныхъ и 2—стаціонарныхъ. Въ 13 случаяхъ были межучочныя міомы, въ 3—подсывороточныя и въ 4—множественныя. Въ 19 случаяхъ главнымъ симптомомъ было кровотеченіе.

Электризація производилась при помощи специального электрическаго аппарата *Hirschmann'a* изъ 40 измѣненныхъ элементовъ *Le Clanché*, съ вертикальнымъ гальванометромъ и проволочнымъ реостатомъ. Въ полость матки вводился алюминіевый зондъ, а на брюшные покровы помѣщался электродъ изъ свинцовой пластинки, обмазанной скульптурною глиною.

Токъ употреблялся разной силы, отъ 25 до 250 МА. Сеансы продолжались отъ 5 до 10 минутъ, повторяясь 2—3 раза въ недѣлю. Число сеансовъ доходило до 40 и болѣе. Электризація производилась при соблюденіи антисептическихъ предосторожностей. Результаты: 1) уменьшеніе опухоли (незначительное) получилось въ 7 случаяхъ (35%), 2) уменьшеніе кровотеченій—въ 5 случаяхъ (25%), 3) уменьшеніе болей—въ 7 случаяхъ (35%), 4) никакихъ перемѣнъ въ 5 случаяхъ (25%), 5) параметрической абсцессъ—въ 1 случаѣ (5%), 6) абсцессъ въ опухоли—въ 1 случаѣ (5%) и 7) ухудшеніе въ 1 случаѣ (5%). Кромѣ того, во многихъ случаяхъ, при окончаніи леченія, опухоли становились подвижнѣе, и отдѣлы ихъ выступали отчетливѣе. Въ большинствѣ случаевъ поразительно улучшалось самочувствіе больныхъ. За малочисленностью приведенныхъ наблюденій, докладчикъ не рѣшается дѣлать общихъ выводовъ, но все-таки заявляетъ, что электричество пока далеко не оправдало тѣхъ надеждъ, которыя на него возлагались послѣ сообщеній *Apostoli* и *Keith'a*; оперативное леченіе міомъ должно быть все-таки и теперь поставлено на первомъ планѣ. Самый же способъ *Apostoli* не можетъ претендовать на названіе новаго научнаго метода. Но что, съ другой стороны, постоянный токъ есть довольно могущественный агентъ, это видно изъ опытовъ, производимыхъ внѣ организма. Два такихъ опыта было произведено и докладчикомъ надъ свѣжевырѣзанной маткой; при чемъ наблюдалось сильное прижигающее дѣйствіе постоянного тока, съ образованіемъ струповъ, выдѣленіемъ газовъ и глубокимъ измѣненіемъ тканей.



XXVI. Болѣзни яичниковъ и фаллопиевыхъ трубъ.

148. **А. Г. Боряковскій.**—Случай кастраціи при истеро-эпилепсіи. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1888 г. т. 1, в. II. Прилож. стр. 71 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
149. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Овариотомія по поводу кисты яичника у шестилѣтней дѣвочки. Ibid. 1895 г. т. 8, в. XVI, стр. 52.
150. **Н. В. Унтиловъ.**—Демонстрація препаратовъ гнойнаго скопленія въ фаллопиевыхъ трубахъ. Ibid. 1892 г. т. V, в. X, стр. 53 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
- Ср. также главу XXVIII, студ. *Г. Рейнъ*—Исторія оvariотоміи; главу XV, стр. 188, *Г. Ф. Писемскій*—Демонстрація микроскопическихъ препаратовъ срѣзовъ фаллопиевыхъ трубъ, а также главу IX—о чревосѣченіяхъ; главу X о влагалищномъ чревосѣченіи; главу XI—о внѣматочной беременности; главу XX, стр. 236; *М. А. Воскресенскій*—Случай оvariотоміи при беременности главу XXI, стр. 245, *Г. Г. Левицкій* и *В. Н. Гогоцкій*—Овариотомія черезъ прямую кишку во время родовъ; главу XXV—о болѣзняхъ матки, стр. 271—272 и др.

А. Г. Боряковскій.—„Случай кастраціи при истеро-эпилепсіи“ (148). Въ Кіевской Акушерской Клиникѣ проф. *Г. Е. Рейномъ* 6 апрѣля 1886 г. была сдѣлана кастрація у еврейки 27 лѣтъ, по поводу страданія ея истеро-эпилепсіей. Операция прошла гладко, и больная въ настоящее время, спустя 1 годъ послѣ операции, при повторныхъ наблюденіяхъ въ клиникѣ, оказалась свободной отъ истеро-эпилептическихъ припадковъ, хотя и представляетъ нѣкоторыя отклоненія въ отправленіяхъ нервной системы чисто истерическаго характера, и, повидимому, иногда ихъ симулируетъ. Матка, бывшая до операции 8 сант. длины, въ настоящее время рѣзко уменьшена во всѣхъ размѣрахъ; зондъ входитъ на 5,6 см.; регулы отсутствуютъ.

Изъ исторіи болѣзни, приведенной докладчикомъ, явствуетъ, что больная страдаетъ неврозомъ съ 17-ти лѣтняго возраста; причиною, повидимому, послужило большое психическое потрясеніе.

Проф. *Г. Е. Рейнъ.*—„Овариотомія по поводу кисты яичника у 6-ти лѣтней дѣвочки.“ (149). Крестьянка *В. К—ва*, 6 лѣтъ, тѣлосложенія довольно крѣпкаго, роста

117 сантиметровъ. Костная и мышечная системы развиты хорошо. Голова представляется нѣсколько большою по сравненію съ туловищемъ, на ногахъ тоже обнаруживаются незначительныя рахитическія измѣненія. Кожные покровы блѣдны, на нихъ замѣтна волосатость. Груды развиты хорошо, прощупываются отдѣльныя дольки железъ; околососковые кружки, діаметромъ въ $1\frac{1}{2}$ см., сильно пигментированы. Животъ сильно и равномерно увеличенъ; окружность его на пупкѣ—81 см. Въ брюшной полости опредѣляется гладкая, эластичная опухоль, верхняя граница которой отстоитъ отъ меча на 4 поперечныхъ пальца. Опухоль мало подвижна, и при ощупываніи ея получается характерное пергаментное хрустѣніе. Наружные половые органы развиты, какъ у дѣвочки въ періодъ полового созрѣванія. Венеринъ бугорокъ слегка выпячивается и покрытъ небольшимъ количествомъ волосъ. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку, опредѣляется пуэрильная матка въ состояніи фізіологическаго перегиба кпереди. Опредѣлена киста яичника. Больная дѣвочка демонстрирована Акушерскому Обществу.

У больной увеличеніе живота замѣчается около года. Одновременно съ этимъ у дѣвочки, по словамъ матери, открылись менструаціи, продолжавшіяся около полугода.

Указавъ на раннее половое рязвитіе и на вѣроятную связь, существующую между нимъ и появленіемъ новообразованія яичника, докладчикъ представилъ въ слѣдующемъ засѣданіи Акушерскаго Общества описаніе операціи оваріотоміи, произведенной посредствомъ чревосѣченія. Операція, равно какъ и теченіе послѣоперационнаго періода не представили осложнений.

Выводы:

1) Появленіе новообразованія яичника въ раннемъ возрастѣ не очень рѣдкое явленіе (ср. случай *А. И. Лебедева*). Объясняется это тѣмъ, что уже въ теченіе перваго года жизни яичникъ является, по своему анатомическому строенію, готовымъ для функціонированія. Д-ръ *Кисель* уже у новорожденныхъ находилъ довольно часто кистовидныя новообразованія яичника. (См. протоколы Общества т. 3, в. VI, прот. 25).

2) Развитие новообразованія въ яичникѣ повело, повидимому, къ преждевременному развитію полового аппарата, выразившемуся въ появленіи ранней менструаціи и въ преждевременномъ общемъ развитіи организма.

3) Операція оваріотомія въ дѣтскомъ возрастѣ, равно какъ и теченіе послѣоперационнаго періода, не представляютъ никакихъ особенностей.

Какъ извѣстно, операціи въ столь раннемъ возрастѣ даютъ хорошіе результаты. Проф. *Н. Н. Феноменовъ* оперировалъ, съ успѣхомъ, пупочную грыжу у новорожденной.

Н. В. Унтиловъ.— „Демонстрація препарата гнойнаго скопленія въ фаллопиевыхъ трубахъ, развившагося на туберкулезной почвѣ“ (150). У дѣвушки 19 лѣтъ, хорошаго тѣлосложенія и питанія, были опредѣлены въ брюшной полости двѣ эластическихъ опухоли, имѣвшія связь съ маткой; при операціи чревосѣченія эти опухоли оказались

трубами, растянутыми гнойнымъ содержимымъ. Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ изъ части трубы, прилегающей къ упомянутымъ мѣшкамъ, дало слѣдующую картину; всюду въ стѣнкѣ трубы—мелкоклѣточная инфильтрація, какъ въ толщѣ слизистой оболочки, такъ и въ мышечномъ и въ подсерозномъ слояхъ; мѣстами эти инфильтраты представляются въ видѣ отдѣльныхъ, рѣзко ограниченныхъ, узелковъ, въ центрѣ которыхъ, рѣже на периферіи, помѣщаются круглыя, типическія гигантскія клѣтки; картинъ же регрессивнаго метаморфоза не наблюдается. Картина микроскопическаго изслѣдованія заставляетъ предположить туберкулезное происхожденіе даннаго заболѣванія, хотя бациллы *Koха* и не были найдены.



XXVII. Болѣзни мочевыхъ путей.

151. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Случай инороднаго тѣла въ женскомъ мочевомъ пузырьѣ. Проток. Общ. Кіев. Врачей. 1883—84 г.
152. **Его-же.**—Мочеточниково-брюшной свищъ послѣ оваріотоміи. Ibid. 1885—86 г. стр. 17.
153. **А. Г. Боряковскій.**—Экстирпація почки вслѣдствіе мочеточниково-брюшнаго свища. Ibid. 1885—86 г., стр. 43 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
154. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Sur la cure radicale de l'extrophie de la vessie (Extirpation de la vessie, implantation des uretères dans le rectum). Докладъ въ Акушерской секціи XI Международнаго Съѣзда Врачей. Atti dell' XI Congresso medico internazionale. Vol. V. 1895 г.
- Ср. также:
П. Ю. Кроль.—Демонстрація больной съ расщепленнымъ тазомъ и выворотомъ мочевого пузыря (стр. 199).—*Г. Г. Левицкій.*—Женскій расщепленный тазъ (стр. 198).

Проф. Г. Е. Рейнъ.—„Случай инороднаго тѣла въ женскомъ мочевомъ пузырьѣ“ (151). У еврейки, дѣвицы 19 лѣтъ, было произведено удаленіе камня мочевого пузыря. Камень послѣ предварительнаго раздробленія литотрипторомъ былъ удаленъ черезъ искусственно расширенную уретру. Расширеніе было произведено въ 1 сеансъ, непосредственно передъ камнедробленіемъ, при помощи маточныхъ расширителей *Хегара*. Операция увѣнчалась полнымъ успѣхомъ, и больная выписалась, сохраняя полную способность удерживать мочу. На препаратѣ источникомъ для образованія камня оказалась головная шпилька, введенная больною въ пузырь около 1 года назадъ. У женщинъ проф. Г. Е. Рейнъ склоняется болѣе въ пользу литотрипсіи, чѣмъ литолапаксіи. Препаратъ сохраняется въ музеѣ Кіевской Акушерской Клиники.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—„Мочеточниково брюшной свищъ послѣ оваріотоміи (152). При операціи удаленія межсвязочной кисты яичника (операція произведена въ 1885 году), былъ перерѣзанъ правый мочеточникъ; центральный конецъ его былъ шитъ въ брюш-

ную рану, въ ея верхній уголъ. Наступило полное приращеніе мочеточника, черезъ отверстіе котораго выдѣляется въ настоящее время, посредствомъ вставленнаго катетера, моча въ пріемникъ. Замѣчательна разница какъ между удѣльнымъ вѣсомъ, такъ и количествомъ мочи, выдѣляемой черезъ фистулу, и здоровой почкой—черезъ уретру. Количество мочи черезъ фистулу гораздо меньше, равно и уд. вѣсъ ея гораздо ниже (бѣлка и форменныхъ элементовъ не содержитъ), но за то оно содержитъ нѣкоторое количество слизи и гноя. Для излеченія этой фистулы проф. *Г. Е. Рейнъ* предполагаетъ сдѣлать экстирпацію почки, убѣдившись въ томъ, что другая почка здорова.

А. Г. Боряковскій. — „Экстирпація почки вслѣдствіе мочеточниково-брюшного свища“ (153). Экстирпація почки была произведена проф. *Г. Е. Рейномъ*—въ 1886 году, по поводу мочеточниково-брюшного свища, искусственно образованнаго, вслѣдствіе случайнаго раненія мочеточника при тяжелой оваріотоміи (См. предшествующій рефератъ). Показаніемъ для нефректоміи послужило заболѣваніе почки въ формѣ гнойнаго піэлита. Операция произведена по способу *Simon'a*. Больная провела послѣоперационный періодъ безлихорадочно и при отсутствіи уремическихъ явленій. Количество мочи, выдѣляемое второй почкой, увеличилось послѣ операции, болѣе чѣмъ вдвое и достигло 1000—2000 куб. см., съ удѣльнымъ вѣсомъ 1015—1020. Вшитый мочеточникъ постепенно облитерировался.

Упомянутая операция была произведена въ Россіи нѣсколько разъ по различнымъ показаніямъ,—при новообразованіяхъ и огнестрѣльныхъ раненіяхъ почки и пр., и въ первый разъ—при мочеточниковомъ свищѣ.

Г. Rein.—„*Sur la cure radicale de l'extrophie de la vessie. (Extirpation de la vessie, implantation des uretères dans le rectum).* (Переводъ съ французскаго) (154).

Выворотъ мочевого пузыря (*ectopia vesicae*) представляетъ два тяжелые симптома: 1) Слизистая оболочка мочевого пузыря доступна для всякаго рода вредныхъ вліяній и можетъ подвергаться воспаленіямъ, изъязвленіямъ, давать болевья ощущенія, а, при инфекціи слизистой оболочки мочеточниковъ, легко происходятъ восходящіе піэлиты и нефриты. 2) Больные страдаютъ недержаніемъ мочи.

Всѣ методы хирургическаго леченія, извѣстные до настоящаго времени, имѣютъ цѣлью обыкновенно лишь первое показаніе и, однако, и въ этомъ отношеніи не достигаютъ полнаго успѣха. Второй же симптомъ—недержание мочи, еще никогда не удавалось устранить при этой болѣзни у женщинъ.

Я думаю, что настоящее состояніе науки позволяетъ принять въ расчетъ, при леченіи выворота пузыря, оба указанная показанія и стремиться излечить эту болѣзнь радикальнымъ способомъ.

Я имѣю одно наблюденіе этого рода, которое и представляю вниманію уважаемыхъ товарищей въ возможно краткомъ изложеніи.

Крестьянка 20 лѣтъ отъ роду поступила въ Кіевскую Акушерскую Клинику 23 но-

ября 1893 года, при хорошем общем состоянии здоровья. При исследовании найдены: полный выворот мочевого пузыря, значительная пупочная грыжа, расщепленный таз и выпадение гипертрофированной влагалищной части матки. Зонд вошел в матку на 10,1 см. Вывороченный мочевой пузырь образовал опухоль, имеющую диаметр 5×7 см. Слизистая оболочка мочевого пузыря была воспалена и местами утолщена и изъязвлена.

Операция была совершена по асептическому методу 17 февраля 1894 года, в присутствии 15 врачей и 14 студентов, по следующему плану:

Первый момент. Разрез длиной 16 см. проведен по белой линии, через пупочную грыжу и вывороченный мочевой пузырь, до наружных половых органов.

Второй момент. Больная переводится в положение по *Тренделенбургу*, матка и ее левые придатки извлекаются из брюшной полости; в левый мочеточник вводится анатомический зонд, а в прямую кишку—толстый маточный зонд; затем, оба зонда продвигаются на встречу до взаимного соприкосновения в точке, где мочеточник и кишка легче всего могут быть

сближены друг с другом. Точка эта находится, примерно, на 2 см. выше дна дугласова пространства. В этом месте проводится продольный разрез в несколько миллиметров в стенке мочеточника и кишки. После этого вводится стеклянная канюля в мочеточник, а прикрепленная к ней эластическая трубка, проводится через сдвиганный разрез в кишку, а затем наружу через заднепроходное отверстие. После этого на искусственно образованный мочеточниково-кишечный свищ накладывается, на канюлю, двухэтажный шов, по способу кишечного шва *Lambert'a* (См. рис. 61).

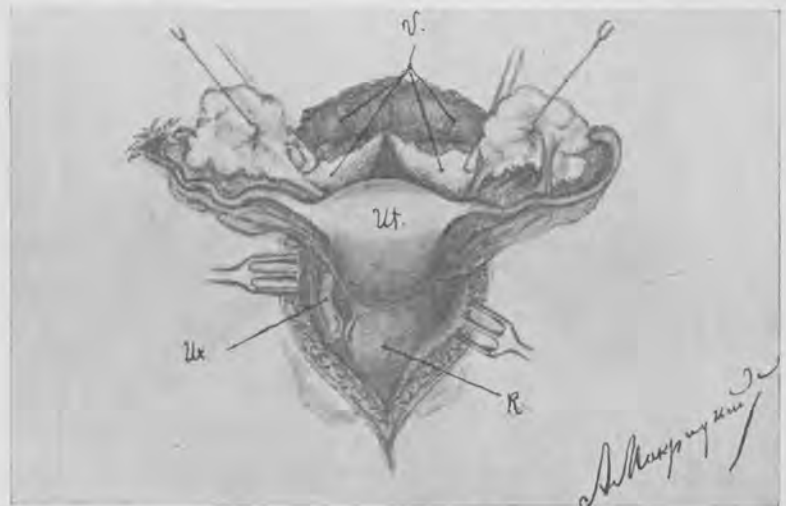


Рис. 61. Пересадка мочеточника в прямую кишку. Рисунок изображает второй момент операции. *Ut*—матка с фаллопиевыми трубами и яичниками; *V*—приподнятый вверх и разрезанный по срединной линии эктопированный мочевой пузырь; *Ur*—мочеточник; *R*—прямая кишка. В месте наибольшего соприкосновения мочеточника и прямой кишки видны надрезы для образования мочеточниково-кишечного свища.

Рисовалъ съ натуры д-ръ *Мокрицкий*.

Третий момент. Подобным же образом производится операция и на другой стороне. Правый мочеточник был пересажен в кишку на той же высоте, что и левый, на 2—3 поперечных пальца вправо от него.

Четвертый момент. Перемена положения из *Тренделенбурга* в обыкновенное спинное. Вырзывание мочевого пузыря. Наложение лигатур на артерии мочевого пузыря (*arteriae vesicales*) и их ветви.

Пятый момент. Зашивание брюшной раны. Въ нижней части было невозможно сблизить края брюшной раны въ вертикальномъ направленіи, по причинѣ значительнаго расхожденія лонныхъ костей и прямыхъ брюшныхъ мышцъ живота, и вслѣдствіе этого зашитая рана имѣла форму **L**. Операция продолжалась 2 часа 52 минуты.

Послѣоперационный періодъ протекалъ удовлетворительно въ первые дни, но выздоровленіе осложнилось лѣвой мочеточниково-брюшной фистулой. Канюля, проведенная черезъ мочеточникъ во время операции выскользнула вонъ во время введенія эластической трубки въ правый мочеточникъ. Моча изъ лѣвой почки, хотя и выдѣлялась, главнымъ образомъ, черезъ кишку, но она просачивалась и черезъ брюшныя стѣнки, черезъ периферическій конецъ лѣваго мочеточника, оставшійся ниже образованнаго мочеточниково-кишечнаго шва.

Авторъ оставилъ больную спустя 13 дней послѣ операции въ хорошемъ состояніи здоровья. Нѣсколько дней тому назадъ получено извѣстіе, что послѣоперационный періодъ осложнился инфильтраціей тазовой клѣтчатки мочей, выходящей изъ периферическаго конца праваго мочеточника.

Наконецъ, за два дня до засѣданія авторъ получилъ печальное извѣстіе, что больная умерла 10-го марта, т. е. на 21-й день послѣ операции и спустя 40 часовъ послѣ того, какъ у нея былъ вскрытъ абсцессъ, образовавшійся изъ мочевого затека. Очевидно, что ошибка была сдѣлана во время операции: слѣдовало перевязать периферическіе концы обоихъ мочеточниковъ, пріемъ, который мы предполагали примѣнить впоследствии, достигнувъ прочнаго приживленія мочеточниковъ въ прямую кишку.

Больная самопроизвольно выпускала мочу черезъ прямую кишку. Суточное количество мочи, собранной этимъ способомъ, доходило до 300 куб. см.

Температура колебалась между 36,3 и 38,6 и пульсъ между 68 и 135.

Вотъ, милостивые государи, мое наблюденіе и, хотя оно и единичное, и операция не удалась, и хотя еще остается много сдѣлать въ области оперативной техники, но зная опыты *Glück'a* и *Zeller'a* и проф. *Novaro* надъ животными, и имѣя также клиническія наблюденія проф. *Pavlik'a*, *Simon'a*, *Sonnenbury'a*, *Küstner'a* и другихъ, и также имѣя значительное число наблюденій надъ влагалищно-прямо-кишечными фистулами, сдѣланными для излеченія влагалищныхъ мочевыхъ фистулъ,—на основаніи всего этого смѣемъ думать, что и выворотъ мочевого пузыря въ настоящее время не долженъ быть считаемъ неизлѣчимымъ страданіемъ.



XXVIII. С м ѣ с ь.

(Varia).



155. **А. Э. Гаусланъ.**—Случай тромбоза v. cavae inferioris, съ демонстраціей макро-микроскопическихъ препаратовъ. Прот. Кіевск. Акуш. Общ. 1898 г. т. 11, в. XXII. Прилож. стр. 109 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
156. **И. К. Вирскій.**—Демонстрація больной съ отдѣленіемъ менструальной крови изъ рубца въ брюшной стѣнкѣ, оставшагося послѣ оваріотоміи, произведенной по внѣбрюшинному способу. Ibid. 1888 г. т. 1, в. II, стр. 12 (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
157. **В. Л. Лозинскій.**—Демонстрація женщины съ добавочнымъ третьимъ соскомъ. Ibid. 1898 г., т. 10, в. XIX, стр. 31. (*Изъ Кіевской Акушерской Клиники*).
158. **Г. Е. Рейнъ.**—Международный конгрессъ врачей въ Лондонѣ. 1881 годъ. Врачебныя Вѣдомости 1881 г.
159. **Его-же.**—Краткій обзоръ занятій II Международнаго Съѣзда Гинекологовъ въ Женевѣ. Проток, Кіевск. Акуш. Общ. 1898 г. т. 10, в. XX, стр. 10.
160. **В. Н. Гогоцкій.**—Гинекологическая клиника въ Бреславлѣ (Замѣтки и впечатлѣнія). Ibid. стр. 3.
161. **Л. Л. Дашкевичъ.**—Акушерство и гинекологія въ Парижѣ (Замѣтки и впечатлѣнія). Ibid. стр. 4.
162. **В. В. Гласекъ и Н. М. Звинятскій.**—Наблюденія во время занятій въ Дрезденской Акушерской Клиникѣ. Ibid. стр. 5.
163. **Проф. Г. Е. Рейнъ.**—Предложеніе объ устройствѣ акушерской аптечки для примѣненія въ семьяхъ при родахъ. Ibid. 1888 г. т. 1, в. II, стр. 33.
164. **Его-же.**—О видоизмѣненіи формы отпуска изъ аптекъ сильно-дѣйствующихъ дезинфецирующихъ средствъ. Ibid. 1889 г. т. 2, в. III, стр. 45.
165. **Г. Ф. Писемскій.**—Случай ненормальной волосатости у женщины. Ibid. т. 8, вып. XVI. Прилож. стр. 165 (*Изъ Кіевской Акушерской Полк.клиники*).
166. Студентъ **Г. Е. Рейнъ.**—Очеркъ историческаго развитія оваріотоміи (Оофоректоміи). 1874 г.—Рукописное сочиненіе, удостоенное награжденіемъ золотою медалью при окончаніи курса Императорской Медико-Хирургической Академіи.

А. Э. Гаусманъ.— „Случай тромбоза *v. cavae inferioris*, съ демонстраціей макро-микроскопическихъ препаратовъ“ (155). Препаратъ полученъ при вскрытіи трупа клинической больной Я., умершей на 7-й день послѣ міомотоміи. Исторія этого случая такова: больная 44 лѣтъ, всегда правильно менструировавшая, рожала 10 разъ. За послѣдними родами, 9 лѣтъ тому назадъ, послѣродовой періодъ сопровождался лихорадочнымъ заболѣваніемъ. Около года тому назадъ опредѣлена межучочная міома матки. Въ клиникѣ, куда больная была принята 20 октября 1896 г. для операціи, міома была опредѣлена величиною въ 7 мѣсячную беременную матку. За исключеніемъ рѣзко выраженной возбудимости сердца, особыхъ измѣненій въ организмѣ больной не оказалось. Во время операціи, 5 октября 1896 г., наблюдалось чрезвычайно рѣзкое колебаніе пульса 150—48 и сильный ціанозъ, вслѣдствіе чего приходилось нѣсколько разъ прерывать ходъ операціи. Сдѣлана надвлагалищная ампутація матки. При перевязкѣ широкихъ связокъ, лѣвая сѣменная вена оказалась значительно расширенной—толще большого пальца. Вслѣдствіе перерывовъ операція затянулась и продолжалась 1 ч. 35 м. На 7-й день послѣ операціи наступила смерть, при явленіяхъ воспаленія брюшины, что подтверждено и вскрытіемъ.

Представленный патолого-анатомическій препаратъ состоитъ изъ культи матки, почекъ и отпрепарованныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Измѣненія сосудовъ состоятъ въ слѣдующемъ: нижняя полая вена на всемъ протяженіи (на препаратѣ 14,5 см.) почти непроходима, вслѣдствіе закупорки ея старымъ организованнымъ тромбомъ, что видно и на представленныхъ микроскопическихъ препаратахъ вырѣзанныхъ кусковъ. Тромбъ канализированъ, главнымъ образомъ, по периферіи. Диаметръ *venaе cavae* 1,2 см. Этотъ тромбъ распространяется и на половину *v. v. iliacaе dextrae et sinistrae*. *V. spermatica sinistra* впадаетъ въ *v. renalis sinistra*, очень растянута, особенно въ нижнемъ отдѣлѣ; нижній отдѣлъ ея выполненъ свѣжимъ тромбомъ. *V. spermatica dextra* впадаетъ въ *v. cava inferior*. Обѣ *v. v. renales* также расширены; въ нихъ замѣчаются старые тромбы. *Plexus rampiniformis* съ лѣвой стороны сильно растянутъ и выполненъ свѣжимъ темнокраснымъ, рыхлымъ тромбомъ. Причиною описанныхъ явленій въ сосудахъ докладчикъ считаетъ перенесенное раньше послѣродовое заболѣваніе. Коллатеральное кровообращеніе совершалось частью чрезъ *v. spermaticam sinistram*, частью чрезъ организованный и канализированный тромбъ *v. c. inferioris*. *V. epigastrica* не была расширена.

Описавъ еще одинъ клинической случай закупорки нижней полой вены при кистѣ яичника, гдѣ *v. iliaca sin.* также была совершенно облитерирована, до начала суженной *v. hypogastricae*, а также приведя соотвѣтственные случаи изъ литературы, докладчикъ отмѣтилъ, что встрѣтившееся осложненіе со стороны сосудовъ, является еще однимъ изъ многихъ моментовъ, который нужно имѣть въ виду при осторожной постановкѣ предсказаній при чревосѣченіяхъ. Вѣроятно, въ данномъ случаѣ закупорка *v. cavae inf.* и перевязка *spermaticae sinistrae* остались не безъ вліянія на исходъ операціи, въ силу глубокихъ разстройствъ кровообращенія въ культѣ, которая, вслѣдствіе этого, при продолжитель-

ности операціи и возможности инфекціи, легко подверглась воспалительнымъ измѣненіямъ. Воспаленіе въ тканяхъ культи, при данныхъ условіяхъ, легче могло повести за собою свѣжую закупорку лѣвой сѣменной вены и соотвѣтствующаго plexus ramiformis. Въ концѣ статьи приложена литература предмета.

И. К. Вирскій.—*„Демонстрація больной съ отдѣленіемъ менструальной крови изъ рубца въ брюшной стѣнкѣ, оставшагося послѣ овариотоміи, произведенной по внѣбрюшинному способу“* (156).

Краткая исторія болѣзни заключается въ слѣдующемъ: Дина В—ръ, еврейка 25 лѣтъ, родомъ изъ С.-Петербурга. Въ дѣтствѣ была здорова. Первыя мѣсячныя появились на 12-мъ году, приходили черезъ 3—4 недѣли, по 5—6 дней, съ болями въ спинѣ и внизу живота. Вышла замужъ на 16-мъ году. Со времени замужества появились довольно обильныя бѣли, регулы стали продолжительнѣе—по 8-10 дней, и боли усилились. На 19-мъ году у В—ръ появились боли слѣва внизу живота, и она тогда-же впервые замѣтила внизу живота твердую опухоль, величиною въ куриное яйцо.

Въ 1885 году, четырнадцатаго января, В—ръ поступила въ Акушерскую Клинику университета св. Владиміра, гдѣ у ней была опредѣлена киста лѣваго яичника. Операція была произведена 30-го марта 1885 года профессоромъ *Г. Е. Рейномъ*. Опухоль (cystoma proliferum ovarii sinistri) оказалась врожденною между листками лѣвой широкой связки и имѣла срощенія съ кишками, сальникомъ и въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ; вслѣдствіе этого операція представила значительныя техническія трудности. По отдѣленіи срощеній, наружная часть лѣвой широкой связки была съ трудомъ перевязана и перерѣзана у самой боковой стѣнки таза, опухоль же выведена наружу, и изъ внутренняго отдѣла широкой связки, вмѣстѣ съ небольшимъ участкомъ опухоли, искусственно образована короткая ножка, которая выведена наружу, обожжена хлористымъ цинкомъ и укрѣплена въ брюшной ранѣ, по внѣбрюшинному способу. Въ послѣопераціонномъ періодѣ примѣнялись неоднократно прижиганія ножки хлористымъ цинкомъ. На мѣстѣ ножки наблюдалось значительное нагноеніе, и здѣсь образовался весьма глубокой кратеръ. Съ 20 по 24 апрѣля 1885 г., когда еще культи гранулировала, у больной наблюдались нормальныя мѣсячныя. Рана совершенно зажила, и на ея мѣстѣ образовался большой лучистый рубецъ, въ тѣсной связи съ которымъ находился лѣвый уголъ матки. Больная выписалась изъ клиники 7 мая 1885 года совершенно здоровою. Внѣ клиники первыя мѣсячныя послѣ операціи пришли черезъ 3 недѣли, и въ это время В—ръ замѣтила, что изъ темнаго пятнышка, оставшагося въ рубцѣ на мѣстѣ, гдѣ была вшита ножка, сочится кровь. Такое кровотеченіе, по словамъ больной, бываетъ при всякихъ регулахъ; оно обыкновенно появляется за нѣсколько часовъ до истеченія менструальной крови изъ половыхъ органовъ, иногда даже сутками раньше, и сопровождается жженіемъ и болью въ кровоточащемъ мѣстѣ рубца. Кровь выдѣляется не постоянно,—появится нѣсколько капель,

затѣмъ это мѣсто присыхаетъ; образуется струпикъ, который отпадаетъ, и вновь появляется кровь. Такъ бываетъ во все продолженіе регуль.

12 января 1888 года В—ръ снова поступила въ Акушерскую Клинику университета св. Владиміра, гдѣ у нея опредѣлена кистовидная опухоль праваго яичника. 28 января у нея пришли регулы, и съ этого времени наблюдается также кровотеченіе изъ того мѣста въ рубцѣ брюшной стѣнки, гдѣ была вшита ножка удаленной опухоли. Въ первый день регуль крови отсюда выдѣлилось лишь нѣсколько капель, во второй—около чайной ложки, за третій и четвертый день—около двухъ чайныхъ ложекъ въ сутки, на 5-й день—около чайной ложки, на шестой—лишь нѣсколько капель. Кровотеченіе изъ рубца прекратилось за шесть часовъ до окончанія регуль. Мѣсто, изъ котораго сочится кровь, бывшее до регуль блѣднымъ и имѣвшее лишь въ центрѣ темное пятнышко, величиною въ конопляное зерно, представляется теперь гиперемированнымъ и нѣсколько опухшимъ.

В. Л. Лозинскій.—„Демонстрація женщины съ добавочнымъ 3-мъ соскомъ“ (157). Василиса З., 35 л.; происходитъ изъ семьи вполне здоровой. Уродовъ, кретиновъ и психопатовъ въ семействѣ и между родными не было. Беременна 8 разъ. Послѣдніе роды въ акушерской клиникѣ. Въ строеніи туловища и конечностей особенностей не замѣчается. Въ строеніи лица и головы можно отмѣтить нѣсколько признаковъ вырожденія: ушныя сережки приращены, лобъ узокъ, твердое нѣбо стоитъ высоко; прогнатизмъ рѣзко выраженъ. Грудныя железы развиты хорошо, равной величины, отвислы, дольки прощупываются ясно. На правой—одинъ хорошо развитой сосокъ, на лѣвой—два, при чемъ одинъ, правильно развитой, расположенъ на обычномъ мѣстѣ, другой находится на 1 сант. кверху отъ нижняго края железы и на 2 сант. кнутри отъ сосковой линіи. Онъ гораздо меньшихъ размѣровъ (въ горошину) и вообще имѣетъ видъ недоразвитого. Форма добавочнаго соска цилиндро-коническая, пигментация нерѣзкая. Монгомеровы тѣльца выражены не ясно. Разстояніе между нормальнымъ и добавочнымъ соскомъ—6 сант. Молоко выдавливается изъ добавочнаго соска хорошо, хотя въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ изъ остальныхъ. Изъ всѣхъ трехъ сосковъ отдѣленіе молока наступило одновременно.

Г. Е. Рейнъ.—„Международный Конгрессъ Врачей въ Лондонѣ.“ (158). Въ видѣ краткаго реферата представленъ обзоръ занятій акушерской секціи международного конгресса врачей въ Лондонѣ въ 1881 г., въ которомъ авторъ принималъ участіе во время своей заграничной командировки, съ ученою цѣлью. Болѣе подробно отмѣчены сообщенія *Тарнье и Лазаревича* объ улучшеніяхъ въ устройствѣ акушерскихъ щипцовъ, *Бракстонъ Гикса* о періодическихъ сокращеніяхъ матки въ теченіе беременности, *Фрейнда* о полномъ удаленіи матки. *Баттея* о кастраціи женщинъ, *Бёриса* и *More-Madden* о леченіи послѣродовыхъ кровотеченій, *Апостоли* о при-

мѣненіи электричества въ гинекологіи, *Шпигельберга* объ антисептикѣ въ акушерствѣ и другіе.

Проф. *Г. Е. Рейнъ*.—*Краткій обзоръ занятій Второго Международнаго Съезда Гинекологовъ въ Женевѣ* (159). Сказавъ нѣсколько словъ вообще о сѣздахъ врачей, проф. *Г. Е. Рейнъ* высказалъ убѣжденіе, что сѣзды гинекологовъ служатъ выраженіемъ назрѣвшей потребности. Въ настоящее время чрезвычайно трудно разобратъ въ массѣ журналовъ и литературныхъ произведеній вообще, а потому обмѣнъ живымъ словомъ неизбѣженъ; отсюда развитіе спеціальныхъ сѣздовъ является весьма желательнымъ. Первый Международный Съездъ Гинекологовъ состоялся въ 1892 году въ Брюсселѣ. Съездъ этотъ привлекъ около 300 членовъ. Делегатами отъ Кіевскаго Акушерскаго Общества были проф. *Г. Е. Рейнъ* и покойный д-ръ *А. И. Красковскій*. На первомъ сѣздѣ обсуждались слѣдующіе вопросы: 1) о леченіи тазовыхъ нагноеній, 2) о внѣматочной беремености и 3) о предлежаніи дѣтскаго мѣста. Съ особымъ вниманіемъ обсуждался вопросъ о тазовыхъ нагноеніяхъ, но такъ какъ не пришли къ положительному разрѣшенію этого вопроса, то онъ былъ перенесенъ на второй сѣздъ. Для подготовленія вопросовъ для этого сѣзда еще на первомъ сѣздѣ былъ избранъ постоянный международный комитетъ, который имѣлъ свои засѣданія въ Римѣ, во время XII Международнаго Съезда Врачей. Представителемъ русскихъ гинекологовъ въ этомъ комитетѣ былъ докладчикъ. Число членовъ второго сѣзда гинекологовъ также доходило до 300; здѣсь были представители всѣхъ націй; русскихъ членовъ было десять. Обсуждались слѣдующіе вопросы: 1) Хирургическое леченіе тазовыхъ нагноеній. 2) Хирургическое леченіе при перегибахъ матки кзади. 3) О способахъ зашиванія брюшной раны при чревосѣченіяхъ. 4) Относительная частота суженій таза и наиболѣе часто встрѣчающіяся формы суженій таза въ различныхъ странахъ и 5) О леченіи эклампсіи.

Докладчиками по первому вопросу—*о тазовыхъ нагноеніяхъ*—были проф. *Bouilly* (Парижъ), проф. *Kelly* (Балтимора) и проф. *Sänger* (Лейпцигъ). На первомъ сѣздѣ *Segond*, ассистентъ *Péan'a*, бывшій тогда докладчикомъ, настаивалъ на полномъ удаленіи матки съ придатками (*castration totale*), какъ на единственной цѣлесообразной операціи при этомъ страданіи, и большинство членовъ сѣзда соглашались съ *Segond'омъ*. Въ промежуткѣ времени между 1 и 2 сѣздами взгляды измѣнились.

Всѣ 3 докладчика на 2-мъ сѣздѣ заявили, что въ различныхъ случаяхъ требуются и различныя способы леченія, а именно *Bouilly* заявилъ, (къ нему присоединился и *Segond*) о 6 методахъ леченія тазовыхъ нагноеній: а) проколъ, преимущественно, какъ средство діагностическое; б) разрѣзъ и дренажъ черезъ брюшныя стѣнки или влагалище, какъ дающій очень хорошіе результаты при *para-perimetritis* и *haematocele*. Въ случаѣ неудачи—впослѣдствіи радикальная операція (*castration totale*); в) вскрытіе и вырѣзываніе гнойныхъ мѣшковъ посредствомъ чревосѣченія; д) тоже, черезъ влагалище, съ удаленіемъ матки. Чревосѣченіе и влагалищный методъ имѣютъ свои особыя показанія. Первое умѣстно тамъ, гдѣ преслѣдуются консервативныя цѣли, какъ то: 1) при

заболѣваніяхъ придатковъ одной стороны, 2) гдѣ гнойныя скопленія помѣщаются высоко въ тазу, 3) при неясности діагноза и пр. Влагалищный способъ показанъ при очень осложненныхъ, старыхъ процессахъ, гдѣ напр., имѣются свищи въ прямую кишку и т. п.; е) удаленіе черезъ влагалище мѣшка съ одной стороны, съ сохраненіемъ матки; ф) полное удаленіе матки съ придатками посредствомъ чревосѣченія. Съ вышеуказанными заключеніями *Bouilly* всѣ согласились. (Русская школа, какъ извѣстно, держалась и раньше приблизительно тѣхъ же взглядовъ).

Другой докладчикъ *Kelly* говорилъ подробно о пользѣ разрѣзовъ; онъ рекомендовалъ дѣлать разрѣзы черезъ влагалище, производя въ тоже время и чревосѣченіе. Операция производится въ положеніи, какъ при камнесѣченіи; одной рукой опредѣляется фокусъ пораженія черезъ вскрытую брюшную полость, другой—черезъ влагалище. При этомъ легко отыскивается и вскрывается гнойная полость и вводится дренажъ черезъ влагалище. Далѣе, онъ предложилъ, для нѣкоторыхъ случаевъ, удаленіе придатковъ, съ надвлагалищнымъ изсѣченіемъ матки (*amputatio uteri supravaginalis*), съ дренированіемъ во влагалище черезъ каналъ шейки матки. У двѣицъ слѣдуетъ производить одностороннее изсѣченіе придатковъ.

Третій докладчикъ *Sänger* тщательно собралъ весь литературный матерьялъ по разбираемому вопросу и предложилъ слѣдующую номенклатуру всѣхъ операций, имѣющихъ мѣсто при нагноеніяхъ въ тазу.

I. Влагалищный способъ:

- a) Colpo-coeliotomia anterior.
- b) „ „ posterior.
- c) „ „ anterior et posterior.
- d) „ Hysterectomia (castration utérine).
- e) „ Hystero-salpingo-ooforectomia. (Vaginale Radicaloperation).

II. Брюшной способъ:

- a) Coelio-salpingectomia et Coelio-salpingo-ooforectomia uni s. bilateralis.
- b) Coelio-salpingo-ooforectomia bilateralis cum Hysterectomia supravaginalis.
- c) Coelio-salpingo-ooforo Hysterectomia totalis (Abdominale Radicaloperation).

III. Hystero-salpingo-ooforectomia abdomino—vaginalis.

IV. Coeliotomia sacralis, s. parasacralis.

Сдѣлавъ полное систематическое сведеніе вопроса, *Sänger* лично высказался въ пользу чревосѣченія. За эту операцию говоритъ постоянное уменьшеніе опасности при ней, замѣчаемое въ послѣднее время, чему способствуютъ: 1) асептика, 2) эфирный наркозъ, 3) возвышенное положеніе таза по *Trendelenburg*'у, 4) марлевый дренажъ и 5) болѣе совершенное зашиваніе брюшной раны. При чревосѣченіи возможно провести сохраняющій принципъ тамъ, гдѣ при влагалищномъ способѣ это оказывается невыполнимымъ. Существующая статистика вопроса не рѣшаетъ: изъ 109 случаевъ радикальной влагалищной операции у *Landau* умерло 1; но и у *Zweifel*'я на 216 уда-

лений придатковъ посредствомъ чревосѣченія было только 2 смертельныхъ исхода. По мнѣнію проф. *G. E. Reina*, въ трудныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ чревосѣченію; влагалищный способъ имѣетъ свои особыя показанія.

Второй вопросъ обсуждался—„о хирургическомъ леченіи перегибовъ и отклоненій матки кзади“. Докладчиками по этому вопросу были: профф. *Küstner* (Бреславль), *Pozzi* (Парижъ) и *Polk* (Нью-Йоркъ). Наиболе подробный докладъ принадлежитъ проф. *Küstner*'у, который представилъ статистику въ нѣсколько сотъ операций этого рода, произведенныхъ отчасти самимъ докладчикомъ, отчасти другими Германскими гинекологами. Выводы: леченіе смѣщеній и перегибовъ различно, смотря по тому свободна ли матка отъ сращеній, или же она фиксирована. Въ послѣднемъ случаѣ ее нужно предварительно мобилизовать. Съ этою цѣлью примѣняются: массажъ, вправление посредствомъ приема *Шульце* и вправление послѣ вскрытія брюшины (черезъ брюшныя стѣнки, или же черезъ передній или задній своды). При разрушеніи сращеній преимущество отдается чревосѣченію, при которомъ, въ случаѣ необходимости, удобнѣе остановить кровотеченіе изъ разрушенныхъ сращеній. Разрушеніе сращеній производится съ помощью аппарата *Paquelin*'а, ножницами или рукою. При подвижныхъ ретродевіаціяхъ показанъ рядъ хирургическихъ операций, фиксирующихъ матку. Таковы: операция *Alexander*'а, *ventro-et vagino-fixatio* и фиксація брюшно и влагалищно-пузырная и ретрофиксація шейки *Sänger*'а. Изъ нихъ влагалищная фиксація, какъ могущая представить затрудненія при беременности, должна быть избѣгаема у женщинъ въ чадородномъ возрастѣ. У старухъ же, при выпаденіяхъ матки, эта операция, въ соединеніи съ кольпорафіей, даетъ хорошіе результаты. Изъ всѣхъ перечисленныхъ способовъ, какъ проф. *Küstner*'омъ, такъ и большинствомъ членовъ Съезда, участвовавшихъ въ преніяхъ, отдается предпочтеніе операции *Alexander*'а. Показанія къ хирургическому леченію при подвижныхъ смѣщеніяхъ: продолжительность болѣзни, отвращеніе больной къ ношенію пессаріевъ, безуспѣшность примѣненія ихъ, измѣненія формы влагалища, исключаяющія возможность ношенія пессаріевъ. Вообще же проф. *Küstner* высказался за обширное примѣненіе оперативнаго леченія при смѣщеніяхъ матки.

Второй докладчикъ, проф. *Pozzi*, высказался противъ обширнаго примѣненія оперативныхъ пособій при смѣщеніяхъ матки. По его мнѣнію не сращенныя смѣщенія— есть результатъ излишней подвижности матки, при вялости ея связочнаго аппарата, и всѣ нервныя рефлекторныя явленія происходятъ только отъ этой подвижности. Попытки укрѣпленія матки оперативнымъ путемъ имѣютъ лишь временное значеніе, а многія изъ нихъ даже могутъ оказаться вредными во время беременности, а потому и должны быть отвергнуты. Леченіе должно состоять въ устраненіи метритовъ, разрывовъ промежности и въ примѣненіи пессаріевъ. При леченіи фиксированныхъ смѣщеній кзади центръ тяжести леченія заключается въ устраненіи сопутствующихъ болѣзней матки, яичниковъ и трубъ. Приращеніе же при смѣщеніяхъ матки есть уже само по себѣ относительное излеченіе. Слѣдуетъ лечить метриты, если же главный процессъ въ придаткахъ, то показано чревосѣченіе: а) съ разрушеніемъ сращеній б) съ

игнипунктурой и резекціей яичника, и с) съ кастраціей—при зарощеніи трубъ. При этомъ пришиванія матки не слѣдуетъ производить, такъ какъ она удерживается въ нормальномъ положеніи вслѣдствіе разрушенія сросшеній и укороченія широкихъ связокъ, благодаря наложеннымъ на нихъ, при сальпинготоміи, лигатурамъ. При глубокихъ измѣненіяхъ тканей матки, застарѣломъ воспаленіи, гипертрофіи, при обоюдостороннемъ воспаленіи придатковъ, показано полное вырѣзываніе матки съ придатками черезъ влагалище.

Третій докладчикъ проф. *Polk*, высказалъ мнѣніе: 1) что при подвижныхъ смѣщеніяхъ матки у женщинъ въ чадородномъ возрастѣ не должно дѣлать никакихъ операций, фиксирующихъ дно и тѣло матки къ брюшной стѣнкѣ, влагалищу, или къ пузырю. Возможно въ этихъ случаяхъ производить операции *Alexander'a* и укороченіе круглыхъ и маточно-крестцовыхъ связокъ черезъ влагалище. 2) При *сроссненыхъ* смѣщеніяхъ: разрушеніе сросшеній посредствомъ кольпотоміи, операция *Alexander'a*, или укороченіе круглыхъ и маточно-крестцовыхъ связокъ черезъ влагалище по способу, описанному самимъ докладчикомъ.

По поводу прочитанныхъ докладовъ мнѣнія присутствовавшихъ раздѣлились: французы въ большинствѣ высказались противъ оперативнаго леченія, нѣмцы поддерживали мнѣніе проф. *Küstner'a*. По мнѣнію проф. *Г. Е. Рейна*: при сроссненыхъ смѣщеніяхъ въ тяжелыхъ случаяхъ предварительное леченіе сопутствующихъ болѣзней мало приноситъ пользы. Лучше прямо прибѣгать къ чревосѣченію съ разрушеніемъ сросшеній, удаленіемъ придатковъ, въ случаѣ ихъ заболѣванія, и пришиваніемъ дна матки къ брюшной стѣнкѣ. Въ случаяхъ подвижности матки, при безуспѣшности леченія кольцами, операция *Alexander'a* заслуживаетъ полнаго вниманія. Вагинофиксация осуждена большинствомъ. Она примѣнима только, вмѣстѣ съ кольпорафіей, у старухъ при выпаденіяхъ матки. Укороченіе связокъ черезъ влагалище, по *Polk'u*, а priori, заслуживаетъ также полнаго вниманія.

Третій вопросъ „*О лучшемъ способѣ зашиванія брюшной раны*“. Докладчики проф. *Bantock* (Лондонъ) и *La Torre* (Римъ). Положенія перваго докладчика проф. *Bantock'a*: 1) въ случаяхъ съ обыкновенными брюшными стѣнками достаточенъ простой узловатый шовъ; 2) у субъектовъ очень жирныхъ, или худощавыхъ—брюшина зашивается отдѣльно непрерывнымъ швомъ, остальные слои брюшныхъ стѣнокъ сшиваются въ 1 или въ 2 этажа; 3) для узловатыхъ швовъ лучшій матеріалъ есть *fil de Florence*, для непрерывныхъ—*cat-gut*. Въ заключеніе, проф. *Bantock* добавилъ, что причина шовныхъ нагноеній, заключается не въ бактеріяхъ, а, наоборотъ, бактеріи являются уже послѣдовательно за нагноеніемъ. Другой докладчикъ *La Torre* основательно разобралъ вопросъ о матеріалѣ для швовъ, о мѣстѣ разрѣза, и способѣ зашиванія. Изслѣдованія *La Torre* производились на людяхъ и на животныхъ. Лучшій способъ наложенія шва таковъ: вскрывать влагалище прямыхъ мышцъ и сшивать мышцы другъ съ другомъ. Края мышечныхъ влагалищъ, кожу и подкожную кпѣтчатку слѣдуетъ сшивать отдѣльно. Матеріалъ для шва—*fil de Florence*. Въ дебатахъ выяснилось разногласіе во взгля-

дахъ, но большинство высказалось за шовъ многоэтажный. Въ пользу этого мнѣнія говорили и показанныя д-ромъ *Latzko* (Вѣна) микроскопическіе препараты разрѣзовъ сросшейся брюшной раны, на которыхъ было ясно, что при одноэтажномъ швѣ получаются неправильныя сращения различныхъ слоевъ брюшныхъ стѣнокъ, при многоэтажномъ же швѣ получаютъ сращения соотвѣтственныхъ слоевъ раны.

По мнѣнію проф. *Г. Е. Рейна*, согласному съ *Bantock*'омъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ достаточно одноэтажнаго шва, тщательно наложеннаго. Въ случаѣ предсуществованія грыжъ бѣлой линіи, что наблюдается при операціяхъ надъ многорожавшими, показано обычное леченіе грыжъ во время операціи многоэтажнымъ швомъ, или вполнѣдствіи самостоятельно.

Этимъ исчерпываются вопросы по гинекологіи.

Слѣдующіе два вопроса были посвящены акушерству. Первый вопросъ о леченіи *эклампсiи*. Докладчики: проф. *Charles* (Льежъ), *Charpentier* (Парижъ), *Halbertsma* (Утрехтъ), *Veit* (Лейденъ), *Mangiagalli* (Миланъ), *Byers* (Бельфасть). Положенія относительно леченія *эклампсiи* перваго докладчика *Charles*'а суть слѣдующія: 1) молочная діета, 2) преждевременные роды у беременныхъ, 3) быстрое окончаніе родовъ, при помощи расширителей зѣва, у роженицъ; 4) что касается до леченія медикаментами, то оно не приноситъ особой пользы.

Второй докладчикъ *Charpentier* удачно скомбинировалъ все старое и новое, относящееся къ патогенезу и леченію *эклампсiи*. Его положенія: 1) молочная діета—на первомъ планѣ, и, если больная сама не можетъ принимать молока, то оно вводится зондомъ въ желудокъ, 2) кровопусканіе у сильныхъ субъектовъ, 3) хлораль, 4) хлороформъ, 5) промываніе организма физиологическимъ растворомъ поваренной соли посредствомъ впрыскиваній въ вены. Что же касается до акушерскаго леченія, то *Charpentier* отрицаетъ энергичное оперативное вмѣшательство и рекомендуетъ 6) роды предоставить собственному теченію; въ случаѣ чрезмѣрной медленности показаны щипцы и поворотъ, если плодъ живъ; въ случаѣ смерти послѣдняго—эмбриотомія; 7) кесарское сѣченіе и насильственное родоразрѣшеніе докладчикъ отвергаетъ, за исключеніемъ самыхъ рѣдкихъ случаевъ, когда мать безнадежна. Въ заключеніе, докладчикъ представилъ весьма утѣшительную и убѣдительную статистику, говорящую въ пользу его положеній.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* считаетъ мнѣніе *Charpentier*'а вполнѣ убѣдительнымъ и намѣренъ примѣнять въ будущемъ молочное леченіе съ особенною настойчивостью.

Третій докладчикъ *Halbertsma* рекомендуетъ кесарское сѣченіе и насильственное родоразрѣшеніе. *Veit* мало видитъ пользы отъ всѣхъ существующихъ способовъ леченія. Предпочитаетъ морфій. Пятый докладчикъ—*Mangiagalli* рекомендовалъ, между прочимъ, *veratrum viride*, которое, по его наблюденіямъ, улучшаетъ пульсъ и усиливаетъ мочеотдѣленіе.

Послѣдній вопросъ былъ „объ относительной частотѣ и формахъ наиболее часто встрѣчающихся суженій таза въ различныхъ странахъ“. Докладчики по этому вопросу:

проф. *Fancourt Barnes* (Лондонъ), *Dohrn* (Кенигсбергъ), *Fochier* (Лионъ), *Kufferath* (Брюссель), *Lusk* (Нью-Йоркъ), *Peinъ* (Кіевъ), *Pawlick* (Прага), *Pestalozza* (Флоренція), *Treub* (Лейденъ). По даннымъ *F. Barnes*'а получилось около 0,5% всѣхъ узкихъ тазовъ; у *Dohrn*'а около 20% узкихъ тазовъ, самая частая форма плоскій рахитическій; у *Fochier*—21, 11%; самая частая форма—плоскій нерахитическій. По его мнѣнію, большая часть узкихъ тазовъ должна быть отнесена не къ патологическимъ явленіямъ, а къ порокамъ развитія. У *Kufferath*'а 3,5% узкихъ тазовъ. Самая частая форма—плоскій нерахитическій (около 1,5%). *Lusk* заявилъ, что узкіе тазы у Индѣйцевъ очень рѣдкое явленіе, рахитизмъ почти не извѣстенъ; остеомалаяція не встрѣчается. У *Pawlick*'а—для *Австріи* (на 29615 родовъ) получилось—5,90% плоскихъ тазовъ,—1,92% общесуженныхъ и 0,14 остеомалаятическихъ. Всего 7,96% узкихъ тазовъ. Замѣчательно разнорѣчіе, получившееся въ статистикахъ *Pawlick*'а и *Rosthorn*'а (Оба въ Прагѣ). У *Pawlick*'а получилось 11,72%, а у *Rosthorn*'а 2,30% узкихъ тазовъ. У *Pestalozza* (Флоренція) 18,13% узкихъ тазовъ. У *Треуба* (Голландія)—3,5%. У *Peina* для Россіи—на 55000 родовъ—получилось 4% узкихъ тазовъ, при чемъ, согласно общей для всѣхъ докладчиковъ программѣ, узкими тазами считались: плоскіе съ с. в. менѣе 9,5, а общесуженные съ с. в. менѣе 10,0.

Остановливаясь болѣе подробно на цифрахъ узкихъ тазовъ, полученныхъ для Россіи, проф. *Peinъ* отмѣтилъ, что въ Россіи наблюдается вообще сравнительно небольшое число узкихъ тазовъ, особенно съ значительными степенями суженія. Такъ, тазовъ съ истинной конъюгатой менѣе 8 см. для плоскихъ и менѣе 9 для общесуженныхъ получается 0,8%. Тазы съ еще большими степенями (III степень суженія) встрѣчаются еще гораздо рѣже. Что же касается до самыхъ легкихъ степеней суженія, то онѣ встрѣчаются приблизительно также часто, какъ и въ Германіи. Такъ, по отчетамъ Кіевской Акушерской Клиники, общее число узкихъ тазовъ, со включеніемъ самыхъ малыхъ степеней суженія, получается 14,1%. Менѣе всего узкихъ тазовъ встрѣчается на Кавказѣ, гдѣ, по статистикѣ Тифлисскаго родовспомогательнаго заведенія, получилось всего 1,04% узкихъ тазовъ. Наибольшая цифра для Россіи получилась по даннымъ Варшавской клиники—48%. Разница въ цифрахъ узкихъ тазовъ, по всей вѣроятности, зависитъ какъ отъ этнографическихъ условій, такъ и отъ различныхъ методовъ изслѣдованія. Для Россіи преобладающій типъ узкихъ тазовъ нерахитическій плоскій, затѣмъ—общеравномѣрно суженный. Остеомалаятическихъ—0,009%. Въ виду большой разницы въ цифрахъ вопросъ объ узкихъ тазахъ не далъ особыхъ результатовъ. Разница получилась какъ отъ неточности программы, такъ и отъ неоднобразныхъ методовъ измѣренія. По мнѣнію проф. *Peina*, необходимо выработать болѣе полную и однообразную программу собиранія свѣдѣній по этому вопросу и поставить данный вопросъ еще разъ на обсужденіе одного изъ слѣдующихъ Съѣздовъ.

Ср. выше, стр. 190, переводъ статьи проф. *Г. Е. Peina*: Sur les bassins rétrécis en Russie.

Въ заключеніе, рассматривая значеніе и пользу II-го Международнаго Съѣзда гинекологовъ, проф. *Peinъ* высказалъ, что Съѣздъ этотъ имѣлъ полный успѣхъ, въ смыслѣ

обобщенія научныхъ данныхъ, въ смыслѣ обмѣна мыслей, примиренія разнорѣчивыхъ взглядовъ, насколько это оказалось возможнымъ. Каждый изъ присутствовавшихъ, навѣрное, услышалъ тамъ что нибудь новое и вынесъ не мало поучительнаго. Уже одинъ принципъ консерватизма въ леченіи женскихъ болѣзней, господствовавшей на этомъ съѣздѣ, составляетъ пріобрѣтеніе громадной важности для акушерско-гинекологической науки.

В. Н. Гогоцкій.—„Гинекологическая клиника въ Бреславль“. Замѣтки и впечатлѣнія (160).

Докладчикъ въ теченіе четырехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ 1896 г. занимался въ Бреславльской клиникѣ проф. *Küstner*'а и представилъ свои наблюденія. Клиника *Küstner*'а построена на 120 кроватей, которыя поровну подѣлены между акушерскимъ и гинекологическимъ отдѣленіями. Движеніе больныхъ опредѣляется цифрой 1500, изъ которыхъ 800 акушерскихъ и 700 гинекологическихъ больныхъ. Амбулаторія принимаетъ ежегодно по 2000 больныхъ. Бюджетъ клиники равенъ 90000 марокъ.

Главной особенностью акушерскаго отдѣленія является примѣненіе строгой асептики. Методы внутренняго изслѣдованія пользуются такимъ же вниманіемъ, какъ и наружные. Жизнь матери ставится выше жизни плода. Изъ особенностей заслуживаетъ вниманія примѣненіе лизоля, какъ дезинфицирующаго средства; имъ пользуются и при промываніи полости матки. Въ акушерскомъ отдѣленіи въ особенности разрабатываются вопросы ухода за новорожденнымъ, при чемъ въ первые пять дней, во избѣжаніе увлажненія пупка, вмѣсто обычныхъ купаній, примѣняютъ обтиранія влажной губкой; а уходъ за пупкомъ состоитъ въ сухомъ содержаніи пуповины въ гигроскопической ватѣ. Симфизеотомія не получила полныхъ правъ гражданства и за истекшій годъ была произведена всего одинъ разъ.

Въ гинекологическомъ отдѣленіи проводится, преимущественно, оперативное направленіе; число чревосѣченій въ годъ достигаетъ до 200, причемъ сальпинготоміи и кастраціи составляютъ значительный процентъ между ними. Показанія къ удаленію придатковъ ставятся довольно широко. Міомотомія производится нерѣдко по *Freund*'у. Всѣ чревосѣченія производятъ въ положеніи *Trendelenburg*'а; срощенія или отдѣляются пальцами, или отжигаются термокаутеромъ *Paquelin*'а.

Полное удаленіе матки черезъ влагалище производится помощью наложенія лигатуръ на широкія связки снизу кверху, а иногда производится запрокидываніе дна матки черезъ задній сводъ. При леченіи фиксированныхъ перегибовъ матки кзади, производится пришиваніе ея къ брюшнымъ стѣнкамъ, при нефиксированныхъ перегибахъ примѣняется или операція *Alexander*'а, или *vaginofixatio*; результатами послѣдней операціи проф. *Küstner* доволенъ.

Л. Л. Дашкевичъ.—„Акушерство и гинекологія въ Парижѣ.“ (Замѣтки и впечатлѣнія. Лѣто 1896 г.). (161).

Докладчикъ представилъ Обществу подробное описаніе факультетской акушерской клиники проф. *Pinard'a* въ Парижѣ. Клиника имѣетъ 109 кроватей, изъ которыхъ 14 завѣдуетъ проф. *Segond*, производящій гинекологическія операціи. Особенности клиники является широкое примѣненіе методовъ наружнаго изслѣдованія, производство наружнаго поворота при ягодичныхъ предлежаніяхъ, съ послѣдующимъ фиксированіемъ головки, надъ входомъ въ тазъ, особо устроеннымъ для этой цѣли поясомъ, и широкое примѣненіе симфизеотомій (до 49 съ 4 смертными случаями). Жизнь матери цѣнится одинаково, какъ и жизнь плода, и эмбриотомія производится только на мертвомъ плодѣ. Для производства краниотомій примѣняется базіотрибъ проф. *Tarnier*. Показанія къ наложенію щипцовъ ставятся довольно строго, а операція возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ почти не примѣняется. При суженіяхъ таза 1 и 2-й степени производятъ симфизеотомию, а при суженіяхъ 3-й степени—операцію *Porro*.

Изъ частныхъ заслуживаютъ вниманія примѣненіе, какъ дезинфецирующаго средства, двуіодистой ртути, профилактическія впрыскиванія антистрептококковой сыворотки роженицамъ, поступившимъ уже съ отошедшими водами, одиночная перевязка пуповины, выжиманіе послѣда внѣ схватки, профилактика бленорреи новорожденныхъ лимонной кислотой и пр.

Результаты дѣятельности клиники довольно хорошіе. Смертность отъ септическихъ заболѣваній послѣ родовъ за послѣднее десятилѣтіе колеблется между 0,65—0,00%; число родовъ въ годъ простирается за послѣдніе годы отъ 616 до 2300.

Изъ гинекологическихъ клиникъ обратили вниманіе докладчика клиники *Pozzi*, *Péan'a*, *Bouilly* и *Apostoli*.

Клиника *Pozzi* помѣщается въ *Hôpital Broca* и отличается въ высшей степени убогой обстановкой. Методъ оперированія представляетъ соединеніе антисептики съ асептикой. Наболѣе частой операціей является вырѣзываніе матки чрезъ влагалище, производимое кускованіемъ, съ послѣдующимъ наложеніемъ пинцетовъ; показанія къ производству ея ставятся довольно широко, и она производится не только при фиброміомахъ и вообще опухоляхъ матки, но и при воспаленіяхъ матки или придатковъ. При ракъ матки *Pozzi* считаетъ только огонь специфическимъ средствомъ.

При производствѣ чревосѣченій, въ брюшной полости, вмѣсто скальпеля, почти всегда примѣняется термокаутеръ *Raquelin'a*. Брюшная рана зашивается трехъ-этажнымъ швомъ.

Частная клиника *Apostoli* дала возможность докладчику ознакомиться съ электротерапіей въ гинекологіи. Электричество примѣняется при фиброміомахъ матки, воспаленіяхъ ея и придатковъ, воспалительныхъ опухоляхъ и отсутствіи мѣсячныхъ.

В. В. Гласекъ и Н. М. Звинятскій.—„Наблюдения во время занятій въ Дрезденской акушерской клиникѣ“ (Лѣто 1896 г.). (162).

Дрезденская акушерская клиника находится въ завѣдываніи проф. *Leopold'a* и есть школа для врачей и акушерокъ. Клиника устроена на 200 кроватей и раздѣляется на два отдѣленія—акушерское и гинекологическое.

Въ клиникѣ въ особенности хорошо организовано дѣло преподаванія, и слушатели имѣютъ возможность получить въ короткое время наибольшей запасъ знаній, благодаря специальнымъ курсамъ, которые даютъ проф. *Leopold* и его ассистенты.

Въ акушерскомъ отдѣленіи, главнымъ образомъ, проводятся принципы распознаванія методами наружнаго изслѣдованія, и ему придается очень большое значеніе. Внутреннее изслѣдованіе при нормальныхъ родахъ не производится.

Принципы асептики проводятся очень строго.

Жизнь матери ставится выше жизни плода, и эмбриотомія на живомъ плодѣ не составляетъ рѣдкости.

Изъ частныхъ заслуживаютъ вниманія осмотръ маточной шейки тотчасъ послѣ родовъ и зашиваніе ея разрывовъ, даже самыхъ незначительныхъ, поздняя перевязка пуповины и оживленіе плода по *Marchal-Hall'*ю и *Silvestr'y*.

Въ гинекологическомъ отдѣленіи проводится преимущественно оперативное направление; показанія къ операціямъ ставятся довольно широко, и удаленіе придатковъ посредствомъ чревосѣченія является очень частой операціей.

При чревосѣченіяхъ всегда примѣняется положеніе *Trendelenburg'a*; въ брюшной полости термокаутеръ *Paquelin'a* замѣняетъ ножъ.

При леченіи нефиксированныхъ перегибовъ матки кзади, производится укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ черезъ разрѣзъ, сдѣланный въ переднемъ сводѣ.

Наркозъ при всѣхъ операціяхъ—эфирный.

Проф. Г. Е. Рейнь.—„Предложеніе объ устройствѣ акушерской аптечки для примѣненія въ семьяхъ при родахъ“ (163). Въ клиникахъ и родильныхъ домахъ антисептика проводится съ надлежащею строгостію; не то въ частной практикѣ. Здѣсь, не смотря на то, что уже во многихъ слояхъ общества признается необходимость антисептики, нѣтъ возможности установить ее со строгою послѣдовательностію, особенно въ экстренныхъ случаяхъ. Въ виду этого, желательно было-бы устройство такой домашней аптечки, гдѣ могли-бы находиться всѣ необходимыя при родахъ средства, какъ то: лекарства, простѣйшіе инструменты, перевязочные матеріалы и т. п. Подобную аптечку или маленькій наборъ каждая семья, въ которой ожидаются роды, могла-бы приобрѣтать за-благовременно, такъ что призванный врачъ или акушерка находили-бы на мѣстѣ всѣ средства для устройства надлежащей антисептической обстановки. Необходимымъ условіемъ для распространенія такой аптечки среди публики должна быть сравнительная дешевизна.

ея. Необходимо также включить въ составъ аптечки, для наиболѣе цѣлесообразной пропаганды антисептики среди публики, наставленіе о правильномъ, асептическомъ веденіи родовъ, написанное возможно болѣе понятнымъ языкомъ. Тогда и сама роженица, и семья ея будутъ сознательно относиться къ антисептическимъ мѣрамъ, принимаемымъ врачомъ или акушеркою. Такое наставленіе было-бы полезно и для акушерокъ. (Какъ аптечка, такъ и наставленіе были составлены особою комиссіею и изданы и получили въ Кіевѣ довольно широкое распространеніе. Составъ аптечки опубликованъ въ Проток. Акуш. Общ. т. I, в. 2.—Реф.).

Проф. Г. Е. Рейнъ.—*„О видоизмѣненіи формы отпуска изъ аптекъ сильно дѣйствующихъ лекарственныхъ веществъ“* (164). Общество Кіевскихъ врачей, обсуждая этотъ вопросъ, по предложенію Акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, постановило: для всѣхъ какъ наружныхъ лекарствъ, такъ и лекарствъ, назначенныхъ для подкожнаго впрыскиванія, избрать посуду въ формѣ опрокинутой воронки; о введеніи такой формы посуды во всѣхъ аптекахъ Россійской Имперіи ходатайствовать, по предварительномъ соглашеніи съ Акушерско-гинекологическимъ Обществомъ въ Кіевѣ, предъ Медицинскимъ Департаментомъ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ.

Съ своей стороны, проф. Г. Е. Рейнъ полагаетъ, что распространеніе видоизмѣненной формы посуды на всѣ наружныя средства не предотвратитъ несчастныхъ случаевъ съ сильно-дѣйствующими дезинфицирующими веществами. Въ доказательство этого профессоръ привелъ слѣдующій случай: врачомъ были прописаны ребенку глазныя капли изъ раствора сѣрнокислаго цинка и одновременно—чистая карболовая кислота, растворомъ которой назначено промывать тому-же ребенку наружный слуховой проходъ. Мать впрыснула, по ошибкѣ, вмѣсто раствора сѣрнокислаго цинка въ конъюнктивальныя мѣшки ребенка карболовую кислоту. Имѣя въ виду случаи, подобные этому, гдѣ распространеніе новой формы посуды на всѣ наружныя средства не могло-бы предотвратить несчастія, желательно было-бы ограничить употребленіе предлагаемой конической посуды, примѣняя ее только для сильно дѣйствующихъ дезинфицирующихъ веществъ.

Докладчикъ, согласно постановленію Общества, сносился также по разбираемому вопросу и съ Фармацевтическимъ Обществомъ въ Кіевѣ. Секретарь послѣдняго г. Марцинчикъ устно передалъ докладчику, отъ имени Фармацевтическаго Общества, слѣдующее: введеніе въ кіевскихъ аптекахъ конической посуды для сильно-дѣйствующихъ дезинфицирующихъ веществъ повлечетъ за собою значительные расходы для аптекарей, ибо потребуется имѣть стеклянки различной вмѣстимости, чтобы можно было отпускать эти вещества въ любыхъ дозахъ, смотря по предписанію врача. Расходы эти, вѣроятно, значительно уменьшились-бы, если-бы мѣра, предлагаемая Акушерско-гинекологическимъ Обществомъ въ Кіевѣ, стала обязательной для всѣхъ аптекъ Россійской Имперіи, такъ какъ тогда склянки приготовлялись-бы въ обширныхъ размѣрахъ фабричнымъ путемъ. Въ виду указанныхъ довольно крупныхъ расходовъ, какіе повлекло-бы

за собою введеніе коническихъ стеклянокъ въ аптекахъ города Кіева, Фармацевтическое Общество предлагаетъ, въ свою очередь, слѣдующія видоизмѣненія въ формѣ отпуска сильно-дѣйствующихъ дезинфицирующихъ веществъ: на обыкновенной стеклянкѣ долженъ быть наклеенъ, въ видѣ спирали, ярко-желтый ярлыкъ съ крупною и ясно-отпечатанною надписью: „наружное“; по краямъ же ярлыка должна быть надпись: „обращаться съ осторожностію“. Образчикъ стеклянки съ предлагаемыми измѣненіями былъ представленъ г. Марцинчикомъ докладчику и демонстрируется Обществу въ настоящемъ засѣданіи.

Принимая во вниманіе факты случайнаго отравленія дезинфицирующими жидкостями, сообщенные въ докладѣ д-ра *В. С. Перлиса* и возникшихъ преніяхъ, а также мнѣнія членовъ Акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, Общества Кіевскихъ врачей и Фармацевтическаго Общества въ Кіевѣ, проф. *Г. Е. Рейнъ*, съ своей стороны, предлагаетъ слѣдующія мѣры: 1) для сильно-дѣйствующихъ дезинфицирующихъ веществъ, какъ карборловая кислота, сулема, двуіодистая ртуть и т. п., видоизмѣнить форму отпуска изъ аптекъ. Эта видоизмѣненная форма отпуска должна быть принята и для другихъ сильно-дѣйствующихъ дезинфицирующихъ веществъ, которыя будутъ введены въ практику впоследствии, каждый разъ по особому распоряженію Медицинскаго Департамента Министерства Внутреннихъ Дѣлъ. 2) Форма посуды, въ которой эти вещества отпускаются изъ аптекъ, должна быть коническая, въ видѣ Эрленмейеровской колбы, чтобы можно было легко распознать ее и въ темнотѣ, ощупью; на самой посудѣ долженъ быть наклеенъ спирально ярлыкъ съ надписью: „обращаться съ осторожностію“ и съ названіемъ отпускаемаго лекарства (карборловая кислота, сулема и т. п.). Если Общество приметъ это предложеніе, то, по предварительномъ соглашеніи съ предсѣдателемъ Общества Кіевскихъ врачей, можно было-бы ходатайствовать предъ Медицинскимъ Департаментомъ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ о распространеніи такой формы отпуска сильно-дѣйствующихъ дезинфицирующихъ веществъ на всѣ аптеки Россійской Имперіи. (Какъ извѣстно, мѣры эти приняты Медицинскимъ Департаментомъ.—Реф.).

Г. Ф. Писемскій.—„Случай ненормальной волосатости у женщины“ (165). Марія Н-ая, 36 л., жена канонира, уроженка Курляндской губ. Происходитъ изъ дворянской фамиліи, отъ здоровыхъ людей. У матери больной было 10 дѣтей (сама больная—предпослѣдняя), всѣ — нормальны; у 3 братьевъ, которые живы и теперь, дѣти также нормальны. Въ дѣтствѣ была совершенно здорова; на 16 году получила первые регулы, которыя черезъ годъ установились правильно, въ умѣренномъ количествѣ и безъ болей, по 7 дней, черезъ каждыя 4 недѣли. Послѣднія регулы—около 13 лѣтъ тому назадъ. Въ 23 года вышла замужъ за вполне здороваго человѣка. Беременна была 2 раза. Первая беременность наступила вскорѣ по выходѣ замужъ, протекла правильно и окончилась въ срокъ правильными родами. Послѣ родовъ не болѣла. Кормила грудью сама до начала второй беременности, которая наступила спустя два года и шесть мѣсяцевъ послѣ первой. Во время кормленія не менструировала. Вто-

рая беременность окончилась преждевременными родами на 7 мѣсяцѣ, вслѣдствіе сильнаго душевнаго потрясенія, по словамъ больной и ея мужа, при слѣдующихъ обстоятельствахъ: во время рождественскихъ праздниковъ въ домъ ея явились замаскированные гости („ряженные“). Неожиданное ихъ появленіе и маскарадные ихъ костюмы послужили причиною сильнаго испуга больной, а еще болѣе—ея трехлѣтней дѣвочки, которая, до того времени здоровая, умерла 3 дня спустя въ страшныхъ судорогахъ. Въ тотъ же день больная разрѣшилась 7-ми мѣсячнымъ плодомъ, который умеръ нѣсколько часовъ спустя. Вслѣдъ затѣмъ родильница тяжело заболѣла. Нѣсколько дней находилась въ безсознательномъ состояніи и „вся опухла“, появился сильный жаръ; кровотеченіе продолжалось около 6 недѣль, а затѣмъ—страшный упадокъ силъ. Цѣлыхъ 6 лѣтъ она неспособна была ни къ какому труду. Мѣсяца 3 спустя послѣ родовъ окружающіе, да и сама больная стала замѣчать у ней появленіе черныхъ волосъ

на лицѣ (борода, усы), раньше совершенно чистомъ, и по всему тѣлу. Съ цѣлью избавиться отъ этого уродства, больная обращалась ко многимъ врачамъ и, между прочимъ, въ Казани—въ клинику проф. *Ге.* Разныя мази, вырваніе волосъ и даже выжиганіе ихъ, къ чему, съ отчаянія, больная прибѣгала также, не привели къ желанной цѣли. Въ настоящее время больная жалуется на отсутствіе регулъ, бѣли, нервность и общую слабость. Характеръ и привычки больной не измѣнились. Супружескую жизнь ведетъ правильно. Объективныя данныя: роста средняго, умѣреннаго тѣлосложенія, су-



Рис. 62. Случай ненормальной волосатости у женщины.

Промежность цѣла; во входѣ во влагалище — миртовидные сосочки. Влагалище развито правильно, складки его слабо выражены, цвѣтъ слизистой оболочки синюшенъ, отдѣленія незначительны. Влагалищная часть матки на нормальной высотѣ, цилиндрической формы, мягка, увеличена; зѣвъ въ видѣ поперечной щели. Матка велика (зондъ входитъ на 9 см.), въ состояніи фізіологическаго перегиба кпереди, подвижна, не болѣзненна, своды свободны. Яичники прощупываются, не велики, тверды и не болѣзненны.

Демонстрируемая больная представляетъ двоякій интересъ: въ 1-хъ, какъ страдающая продолжительной аменорреей безъ обычныхъ матеріальныхъ измѣненій въ половой

туловата. Большая рыжеватая борода и такіе же усы придаютъ лицу мужское выраженіе (См. рис. 62). Форма черепа замѣтныхъ особенностей не представляетъ. На груди, спинѣ и животѣ—густые черные волосы, длиною 4—5 см. Конечности также покрыты волосами, которые здѣсь гораздо короче. На кожѣ спины масса угрей. Подкожная жирная клѣтчатка и мышечная система развиты умѣренно. Размѣры таза: ости—26, гребешки—28, вертлуги—32,5, наружная конъюгата—20 см. На лобкѣ—густые, длинные волосы. Наружные половые органы развиты правильно; клиторъ нѣсколько увеличенъ.

сферѣ, а, во вторыхъ,—интересъ антропологическій, такъ какъ представляетъ довольно рѣдкій случай появленія ненормальной волосатости у человѣка. Описано уже не мало случаевъ волосатости у людей. Различныя ея формы, по *Бартельсу* (цитировано по Реальн. Энциклоп. *Эйленбурга-Афанасьева*, т. III, стр. 751) обыкновенно раздѣляютъ на слѣдующія категоріи: 1) гетерогенія роста волосъ или появленіе ненормальной волосатости у другого пола, т. е. у женщинъ, на мѣстахъ, типичныхъ для мужчинъ (борода); 2) гетерохронія роста волосъ, т. е. несвоевременное (преждевременное) ихъ развитіе; 3) гетеротопія роста волосъ,—развитіе на мѣстахъ, гдѣ ихъ обыкновенно не бываетъ. Демонстрируемый случай слѣдуетъ отнести къ первой категоріи. Наблюдаются слѣдующія формы гетерогеніи волосъ у женщинъ: 1) появленіе бороды, 2) волосъ на груди и на спинѣ, 3) болѣе обширное, чѣмъ обыкновенно бываетъ, разрастаніе волосъ на половыхъ органахъ. Въ нашемъ случаѣ, что встрѣчается рѣже, всѣ три формы существуютъ одновременно: длинная борода, усы, густые, длинные волосы на груди и спинѣ, а также разрастаніе волосъ, начиная отъ венеринаго бугра вверхъ по всему животу, что болѣе свойственно мужскому полу.

Что касается до этиологіи волосатости, то она совершенно не извѣстна. Описаны примѣры вліянія наслѣдственности. Въ нашемъ случаѣ этого доказать нельзя. Различные авторы приводятъ не мало случаевъ, гдѣ, вслѣдъ за душевнымъ волненіемъ, волосы сдѣлали и совершенно выпадали, но нѣтъ такихъ указаній, гдѣ бы волосы, при такихъ условіяхъ, выросли въ ненадлежащихъ мѣстахъ. Демонстрируемая больная въ своемъ разсказѣ особенно подчеркиваетъ то обстоятельство, что именно вслѣдствіе испуга и горя послѣдовала болѣзнь и выросла борода. Но, конечно, здѣсь можетъ быть была и случайная послѣдовательность событій, а главное, къ разсказу ея надо относиться вообще сдержанно; такъ какъ она показываетъ себя за деньги, и борода для нея въ настоящее время сдѣлалась источникомъ заработка, то, можетъ быть, что въ разсказѣ ея внесенъ элементъ легендарный, ради возбужденія въ посѣтителяхъ большаго интереса. Можетъ быть у нея явленія волосатости были и раньше испуга, но въ болѣе слабой степени, а во время послѣродовой болѣзни стали гораздо замѣтнѣе. Въ заключеніе, возникаетъ еще одинъ вопросъ, случайно ли совпаденіе потери мѣсячныхъ—особенности женскаго организма—съ появленіемъ гетерогеннаго роста волосъ (борода)—особенностью мужскаго организма?

Студентъ *Г. Рейнъ*.—*„Очеркъ историческаго развитія оваріотоміи (оофоректомии)“* (166). „Цѣль предлагаемаго очерка“ говоритъ авторъ въ краткомъ предисловіи „состоитъ въ томъ, чтобы представить главнѣйшіе фазисы, чрезъ которые прошла идея объ оваріотоміи отъ самаго ея момента зарожденія въ наукѣ по настоящее время. При этомъ, главнымъ образомъ, имѣется въ виду не столько собрать возможно

¹⁾ Названіе, предложенное недавно *Писли* (*E. Peaslee*. Ovarian tumours, New-York, 1872, p. 225) въ замѣнъ варварскаго, греко-латинскаго, неправильнаго термина „оваріотомія“.

большее количество относящихся сюда фактовъ, и размѣстить ихъ въ хронологическомъ порядкѣ, сколько сгруппировать ихъ наиболѣе цѣлесообразнымъ образомъ. Въ концѣ очерка представлены результаты, добытые овариотоміей по настоящее время, и ея современное положеніе въ наукѣ, а также намѣчены главнѣйшіе вопросы, которые представляютъ предметъ разработки для современныхъ овариотомистовъ“¹⁾.

„*E morte vita*“.

„Въ исторіи овариотоміи легко замѣтить пять главныхъ фазисовъ или періодовъ.

Первый періодъ.—Когда и кѣмъ была въ первый разъ произведена овариотомія, если подъ этимъ названіемъ разумѣть вырѣзываніе яичника у женщины, сказать трудно. Существуетъ рядъ болѣе или менѣе баснословныхъ разсказовъ, по которымъ уже въ древнія времена (за 548 л. до Р. X.) въ Лидіи были производимы кастраціи женщинъ, съ цѣлю продлить ихъ молодость или замѣщать ими евнуховъ въ гаремахъ—обычай, оставшійся, повидимому, и до настоящаго времени въ Индіи²⁾. Анатомическая неточность въ этихъ преданіяхъ такова, что, по нѣкоторымъ авторамъ, здѣсь шло дѣло вовсе не объ удаленіи яичника, а о вырѣзываніи матки, по другимъ о нимфотоміи, и т. п.³⁾. Если къ нимъ причислить также разсказъ о венгерскомъ пастухѣ, занимавшемся кастраціей овецъ и вырѣзавшемъ, по словамъ *Vieira* (*Vierus*), яичники у своей дочери, пойманной въ развратѣ⁴⁾, то этимъ будетъ достаточно охарактеризованъ первый періодъ развитія овариотоміи, который, съ полнымъ правомъ, можетъ быть названъ, по *Галлесу*, періодомъ *миоическимъ*.

Второй періодъ.—Гораздо болѣе точныя данныя о занимающемъ насъ вопросѣ можно почерпнуть изъ медицинскихъ работъ 16, 17 и 18 столѣтій.

Съ тѣхъ поръ, какъ патологическая анатомія вступила въ свои законныя права въ медицинѣ, сдѣлалось возможнымъ отличать на трупахъ особый родъ „водянки“, при которомъ выпоть былъ заключенъ въ мѣшкѣ, исходящемъ изъ яичника. Эта форма „водянки“ сдѣлалась извѣстною подъ именемъ *hydrops saccatus* или *hydrops ovarii* и, вскорѣ послѣ своего открытія, послужила темою для цѣлаго ряда научныхъ изслѣдованій, касающихся патологической анатоміи, клинической картины, дифференціальной діагностики, терапіи и прочихъ сторонъ ученія объ этой интересной болѣзни.

Уже и въ этихъ первыхъ попыткахъ мы находимъ, что проколь составляетъ самое лучшее изъ лечебныхъ приѣмовъ, но чисто палліативный характеръ его и тогда уже заставлялъ изслѣдователей думать о болѣе рациональномъ методѣ дѣйствій. Большинство изъ нихъ, естественнымъ образомъ, пришло къ идеѣ—экстирпировать больной яичникъ, какъ къ единственному способу для радикальнаго излеченія болѣзни.

¹⁾ Какъ предисловіе, такъ и первую часть интересной работы студ. *Рейна*, до сихъ поръ нигдѣ не напечатанной, приводимъ безъ всякихъ измѣненій.—Ред.

²⁾ *L. Negroni*. Aperçu sur l'ovariotomie. Thèse, Paris, 1866, p. 25.

³⁾ *L. Gallés*. Histoire des kystes de l'ovaire, Bruxelles, 1873, p. 396.

⁴⁾ Случай этотъ цитированъ у Ренье-де-Граафа, (1672 г.), ср. *Negroni*, l. c. p. 30.

Но громадность необходимой для этого травмы, опасность вхожденія воздуха въ полость брюшины, возможность встрѣтить, вмѣсто кисты, беременность, если предпринимать операцію въ началѣ болѣзни, или—массу непобѣдимыхъ сращеній, если оперировать слишкомъ поздно—вотъ главнѣйшія причины, по которымъ операція казалась для хирурговъ того времени невыполнимою.

Шоркконфъ, въ своей диссертациі (1685 года), представляющей вѣрную картину современнаго ему состоянія вопроса о „водянкѣ яичника“, высказывается слѣдующимъ образомъ объ оваріотоміи: „majorem afferret medelam ipsius ovarii per sectionem extirpatione, nisi crudelis et majori cum periculo conjuncta videretur“¹⁾.

Мы не станемъ перечислять цѣлаго ряда другихъ изслѣдователей, работавшихъ надъ разбираемой нами болѣзнію до половины 18-го вѣка, потому что они очень мало прибавили къ высказанному уже до нихъ *Шоркконфомъ*, и остановимся только на довольно знаменательной борьбѣ, происшедшей въ 1763 году въ Королевскомъ Хирургическомъ Обществѣ, по поводу благопріятнаго отзыва объ оваріотоміи, высказаннаго *Деляпортомъ* и горячо поддержаннаго *Мораномъ* (*Morand.*). Оба эти наблюдателя основывали свои взгляды на оваріотомію на рядѣ фактовъ, извѣстныхъ уже тогда въ наукѣ, и которые давали право заключать, что вырѣзываніе яичниковъ отнюдь не представляется абсолютно смертельною операціей. Изъ этихъ фактовъ всего болѣе имѣли значеніе опыты надъ кастраціей самокъ животныхъ (свиньи, коровы, овцы, собаки, верблюды и пр.), извѣстные еще *Аристотелю* и *Галену* и практиковавшіеся постоянно въ сельскомъ хозяйствѣ. Животныя, какъ нельзя лучше, переживали операцію. Равнымъ образомъ, былъ извѣстенъ рядъ случайныхъ наблюдений и надъ женщинами, лишившимися яичниковъ, или вслѣдствіе раненія въ области лобка (случай *Франкенау*), или вслѣдствіе хирургической операціи, направленной на устраненіе паховой грыжи, въ которую попали яичники (случай *Персиваля Потта* и др.) и пр.

Взгляды *Деляпорта* и *Морана* нашли мало сочувствія среди членовъ Хирургическаго Общества, а одинъ изъ нихъ—*Гавень* (*Havin*)—написалъ подробный мемуаръ о кистахъ яичника, въ которомъ, разобравъ тщательно всѣ аргументы защитниковъ оваріотоміи, приходитъ къ весьма печальному заключенію, что: l'extirpation des ovaires malades n'est aucunement praticable, ce serait même une témérité. . . .²⁾.

Не смотря на такой суровый приговоръ, оваріотомія вновь была предложена и защищаема въ Англіи—*Джономъ* (1786) и *Уилльямомъ Гунтеромъ* (1762) и *Джономъ Беллемъ* (1794). Оба послѣдніе наблюдателя предложили даже свои методы для выполненія операціи, такъ что *Спенсеръ-Уэлльсъ* даетъ имъ первенствующее мѣсто въ исторіи оваріотоміи³⁾. Въ послѣдствіи, какъ мы увидимъ далѣе, сообразно двумъ этимъ мето-

¹⁾ *P. Greuser.*—Die Ovariectomie in Deutschland... Leipzig. 1870 г., p. 3.

²⁾ *A. Boinet.* Traité pratique des maladies des ovaires. Paris, 1867, p. 288.

³⁾ *Spencer-Wells.* The History and progress of ovariectomy in Great Britain. См. въ *Jahresbericht'ъ Гурьлта* въ *Langenbeck's Archiv*, B. V, p. 383.

дамъ, явились и двѣ школы оваріотомистовъ: одни, по способу *Белля*, дѣлали длинный разрѣзъ, вдоль всего живота, другіе старались извлекать кисту чрезъ малый разрѣзъ въ брюшной стѣнкѣ (до 1 дюйма) по *Уилльяму Гунтеру*.

Еще болѣе горячихъ защитниковъ оваріотоміи мы видимъ въ *Шамбоннѣ* (1798 г.) и *Д'Ишье (d'Ischier, 1807)*. Первый съ такою удивительною ясностью изложилъ всѣ показанія и противопоказанія къ операци, какъ будто онъ самъ дѣлалъ ее много разъ, а послѣдній, съ замѣчательною точностью, описываетъ оперативный методъ, принадлежащій его учителю, профессору въ Монпелье—*Тюмену (Thumin)* и весьма сходный, въ общихъ чертахъ, съ употребляемымъ нынѣ ¹⁾.

Наблюдатели 18-го вѣка не только сильно подвинули впередъ теоретическую сторону вопроса объ оваріотоміи, но и сдѣлали нѣсколько попытокъ приложеній этихъ взглядовъ на практикѣ. Къ сожалѣнію, попытки эти остались мало извѣстными современной имъ медицинской публикѣ и потому меньше повліяли на рѣшеніе вопроса, чѣмъ это можно было-бы ожидать.

Еще въ 1701 году нѣчто въ родѣ оваріотоміи было выполнено въ окрестностяхъ г. Глазгова англійскимъ врачомъ *Houstoun'*омъ. Импровизированная имъ операци состояла, впрочемъ, только въ трудномъ опорожненіи коллоиднаго содержимаго объемистой кисты, вскрытой разрѣзомъ въ 5 дюймовъ черезъ переднюю стѣнку живота ²⁾. Больная скоро выздоровѣла и жила послѣ того еще 13 лѣтъ.—Около этого-же времени подобный случай былъ и въ Германіи ³⁾, но окончился смертію больной.

Наконецъ, самый замѣчательный случай этого рода принадлежитъ д-ру *Ломонье (L'Aumonier)* въ Руанѣ, случай, считаемый нѣкоторыми и до сихъ поръ первую оваріотомію, въ настоящемъ значеніи этого слова.

У одной женщины, 21-го года, появился въ паховой области, спустя 7 недѣль послѣ родовъ, абсцессъ, при давленіи на который изъ влагалища вытекало небольшое количество гноя. *Ломонье* рѣшился вскрыть этотъ абсцессъ. Во время операци онъ замѣтилъ, что гной находится въ полости сильно растянутой фаллопиевой трубы. Выпустивъ гной большимъ разрѣзомъ, онъ вырѣзалъ и яичникъ соотвѣтствующей стороны, обнаружившійся въ ранѣ и показавшійся ему „скиррознымъ“. Больная вполнѣ поправилась черезъ мѣсяць послѣ операци ⁴⁾.

Дѣлая общій обзоръ научныхъ трудовъ наблюдателей 16, 17 и 18-го и отчасти начала 19-го вѣка, по отношенію къ кистамъ яичника, легко видѣть, что своими изысканіями о натурѣ болѣзни, клиническихъ явленіяхъ ея и способахъ ея излеченія они приготовляли почву для оваріотоміи. Отзываясь о послѣдней въ началѣ весьма робко, они, на основаніи нѣкоторыхъ приведенныхъ выше фактовъ и по мѣрѣ большаго раз-

¹⁾ *Boinet*, I. с. р. р. 296—298.

²⁾ *Boinet*, I. с. р. 289 и слѣд.

³⁾ *Greuser*, I. с. р. 6.

⁴⁾ *Boinet*, I. с. р. 294.

витія хирургіи, къ концу 18-го столѣтія подошли къ идеѣ о необходимости этой операціи до того близко, что, немного раньше или немного позже, она неминуемо *должна была быть сдѣлана*. На этомъ основаніи весь обозначенный періодъ въ исторіи развитія оваріотоміи мы считаемъ вполне возможнымъ назвать періодомъ *приготовительнымъ* или *продроматическимъ*. Результаты, полученные въ концѣ этого періода, были таковы, что выполненіе оваріотоміи на практикѣ уже нельзя было считать за открытіе оваріотоміи, а за фактъ, столько же необходимо вытекавшій изъ предъидущей научной работы, какъ всякое слѣдствіе необходимо вытекаетъ изъ своей причины.

Наилучшимъ подтвержденіемъ сказанной мысли служитъ то, что оваріотомія, какъ мы сейчасъ увидимъ, была выполнена на практикѣ въ первый разъ почти одновременно и независимо другъ отъ друга нѣсколькими наблюдателями въ разныхъ концахъ земного шара.

Третій періодъ. Отцомъ оваріотоміи большинствомъ авторовъ считается *Макъ Дауэлль (Mac-Dowell)*, врачъ, практиковавшій въ штатѣ Кэнтукки. Онъ былъ ученикомъ упомянутаго выше *Джона Белля*—сторонника оваріотоміи въ теоріи. Въ 1809 г. ему представился случай примѣнить воззрѣнія своего учителя на практикѣ. Посредствомъ длиннаго разрѣза (въ 9 дюймовъ), проведеннаго влѣво отъ прямой мышцы живота, по направленію волоконъ внутренней кривой мышцы, онъ экстирпировалъ коллоидную кисту 21^{1/2} фунтовъ вѣсомъ, предварительно опорожнивъ ее отъ содержимаго. Во время операціи кишки выпали изъ раны на столъ, на которомъ производилась операція, и оставались невправленными въ теченіи 25 минутъ. Ножка кисты была перевязана лигатурою, больная повернута на лѣвый бокъ, чтобы вылить изъ полости живота ея затекшую туда кровь, и рана зашита. Лигатура выведена наружу чрезъ лѣвый уголъ раны. Операція, само-собою разумѣется, произведена безъ всякаго наркоза. На 5-ый день послѣ операціи *М. Д.* засталъ свою пациентку убиравшею свою постель, на 25-й день она уѣхала отъ оператора верхомъ, совершенно здоровою. Она жила еще 32 года послѣ операціи и умерла 69 лѣтъ отъ роду¹⁾.

Всѣхъ оваріотомій *Макъ Дауэлль* до своей смерти (1830 г.) сдѣлалъ 13; изъ нихъ три первые случая окончились выздоровленіемъ; всѣхъ смертельныхъ случаевъ у *Макъ Дауэлла* было 5.

Наблюденія *М. Д.* были имъ опубликованы въ первый разъ въ 1818 году²⁾. Это были краткія описанія его первыхъ 3-хъ случаевъ, окончившихся удачно. Оттискъ своей статьи онъ послалъ въ Эдинбургъ своему учителю *Беллю*, но случайно онъ попалъ въ руки профессора хирургіи при Эдинбургскомъ университетѣ *Лизарса (Lizars)*, сдѣлавшагося горячимъ приверженцемъ новой операціи и быстро распространившаго свѣдѣнія о ней по всей Европѣ. Статья *Лизарса*, появившаяся въ 1823 году и содержавшая, кромѣ подлинныхъ описаній 3-хъ случаевъ *Макъ Дауэлла*, и собственный первый случай

¹⁾ *E. Peaslee*, l. c. p. 236 (перепечатано подлинное описаніе *Макъ-Дауэлла*).

²⁾ *Peaslee*, l. c. p. 236.

автора (см. ниже), была реферирована повсюду въ Европѣ. И у насъ въ Россіи, въ Военно-Медицинскомъ Журналѣ за 1825 годъ былъ помѣщенъ весьма подробный рефератъ ея ¹⁾.

Между тѣмъ, возвращаясь къ высказанному раньше положенію о томъ, что оваріотомія была выполнена почти одновременно различными хирургами въ различныхъ пунктахъ земного шара, мы должны указать на тотъ фактъ, что еще въ 1812 и въ 1813 году оваріотомія была сдѣлана, съ неблагопріятнымъ исходомъ, въ Парижѣ неизвѣстнымъ хирургомъ ²⁾; въ 1815 году, съ исходомъ въ полное выздоровленіе, въ Фаэнцѣ итальянскимъ хирургомъ *Газтано Эмилиони*; въ 1819 и въ 1820 году, слѣдовательно тоже до опубликованія въ Европѣ случаевъ *Мэжъ Дауэлла* и независимо отъ него, ее сдѣлалъ 3 раза *Хризмаръ (Chrysmar)* въ Исни (Вюртембергъ) ³⁾. Одна изъ его пациентокъ пережила операцію и впослѣдствіи даже благополучно родила. Оперативный методъ, употребленный *Хризмаромъ*, въ существенныхъ чертахъ, весьма похожъ на современный. Только разрѣзъ, употреблявшійся имъ въ дѣло, поражаетъ своею величиною. Онъ простирался вдоль всей бѣлой линіи—отъ мечевиднаго отростка до самага лобка.—Хотя изъ всѣхъ приведенныхъ 5 первыхъ оваріотомій въ Европѣ 4 были предприняты не по поводу кистъ яичника, а по поводу его „скиррознаго“ перерожденія (случай неизвѣстнаго французскаго хирурга и случай *Эмилиони*) или по поводу фиброидовъ яичника (1-й и 3-й случаи *Хризмара*) и только лишь въ одномъ случаѣ (2-мъ *Хризмара*)—по поводу кисты яичника, тѣмъ не менѣе эти операціи должны занять данное имъ нами мѣсто въ исторіи оваріотоміи, такъ какъ онѣ были предприняты съ заранѣе опредѣленнымъ намѣреніемъ удалить посредствомъ чревосѣченія болѣзненно измѣненный яичникъ.

Съ описываемаго времени оваріотомія вступаетъ въ 3-й періодъ своего развитія, который удобнѣе всего назвать *періодомъ возникновенія и первоначальнаго распространенія оваріотоміи*.

При этомъ считаемъ нужнымъ замѣтить, что если *Мэжъ Дауэлла* и долженъ раздѣлить съ тремя другими хирургами честь перваго приложенія идеи объ оваріотоміи на практикѣ, тѣмъ не менѣе ему всецѣло принадлежитъ великая честь быть отцемъ оваріотоміи, и его успѣхи, въ особенности при посредствѣ *Лизарса*, служили самымъ важнымъ стимуломъ для первоначальнаго распространенія оваріотоміи, потому что съ момента появленія работъ *Мэжъ Дауэлла* и *Лизарса*, оваріотомія быстро распространилась по всѣмъ концамъ Европы и Америки.—Въ Америкѣ первыми подражателями *Мэжъ Дауэлла* явились *Натанъ Смитъ*, *Альбанъ Смитъ* и еще нѣсколько другихъ хирурговъ. Но до 1843 и 1844 года, когда на поприще оваріотоміи выступили братья *Джонъ* и *Вашигтонъ Амли (Atlee)* и *Е. Писли (Peaslee)*, распространеніе ея шло довольно медленно и съ довольно плохимъ успѣхомъ. Начиная-же съ указаннаго вре-

¹⁾ Военно-Медицинскій Журналъ, V, 3.

²⁾ *Gallez*, I. с. p. 428.

³⁾ *Greuser*, I. с. p. 8.

мени, ея развитіе пошло быстрѣе, такъ что американская оваріотомія занимала всегда и занимаетъ въ настоящее время (1874 г.—Ред.) первое мѣсто послѣ англійской. Замѣчательно то, что въ этой странѣ оваріотомія по сію пору находится въ описываемомъ нами 3-мъ періодѣ развитія, тогда какъ въ Европѣ, какъ мы увидимъ ниже, она прошла еще черезъ два ясно выраженныхъ фазиса развитія. Въ Америкѣ съ самаго появленія этой операціи почти не находилось лицъ, считавшихъ ее слишкомъ смѣлою или, вообще, почему бы то ни было недопустимою на практикѣ. Напротивъ того, она считалась тамъ всегда вполнѣ законною, и числовыя данныя успѣховъ и неуспѣховъ, представленныя американскими оваріотомистами даже въ самомъ началѣ ихъ дѣятельности, были настолько благопріятны для оваріотоміи, что она безпрепятственно развивалась и развивается до сихъ поръ въ этой странѣ. Впрочемъ, весьма многими были высказаны сомнѣнія въ добросовѣстности американскихъ публикацій относительно операцій, окончившихся неудачно.

Чтобы дать понятіе объ успѣхахъ американскихъ оваріотомистовъ въ прежнее и въ настоящее время, выписываемъ часть таблицы, помѣщенной въ послѣднемъ сочиненіи *Пизли*¹⁾, и представляющей число всѣхъ оваріотомій, сдѣланныхъ наиболѣе извѣстными американскими оваріотомистами до 10 октября 1871 года, съ обозначеніемъ смертности послѣ операцій въ процентахъ.

<i>W. L. Atlee</i>	246	случ.	30,00 ⁰ / ₀	смертности.
<i>Kimball</i>	121	„	35,89 ⁰ / ₀	„
<i>A. Dunlap</i>	60	„	20,00 ⁰ / ₀	„
<i>Peaslee</i>	28	„	32,15 ⁰ / ₀	„
<i>Bradford</i>	30	„	10,00 ⁰ / ₀	„
<i>Thomas</i>	27	„	33,44 ⁰ / ₀	„
<i>Emmet</i>	17	„	52,95 ⁰ / ₀	„
<i>Sims</i>	12	„	16,67 ⁰ / ₀	„
<i>Bennet</i>	4	„	25,00 ⁰ / ₀	„

Средній процентъ смертности, послѣ оваріотоміи у извѣстнѣйшихъ американскихъ оваріотомистовъ = 28,46.

Распространеніе оваріотоміи въ Германіи шло въ первое время весьма медленно.

Мы увидимъ ниже причины этого. Теперь же скажемъ, что наибольшими успѣхами въ первое время (въ 30-хъ годахъ) пользовались *Риттеръ* и *Квинтенбаумъ*. *Штиллингъ* (*Stilling*) въ 1837 году сдѣлалъ важное изобрѣтеніе въ технику оваріотоміи. Во избѣжаніе скрытыхъ послѣдовательныхъ кровотеченій или выдѣленій изъ ножки въ полость брюшины, онъ предложилъ укрѣплять ее снаружи, въ брюшной ранѣ, и назвалъ свой способъ экстраперитонеальною методою (позднѣе, въ 1850 году, *Duffin* въ Англии сдѣлалъ вторично это важное открытіе, ничего не зная о работѣ *Штил-*

¹⁾ *Peaslee*, l. c. p. 248.

лингa, помѣщенной въ одномъ изъ мелкихъ журналовъ). Впослѣдствіи къ защитникамъ оваріотоміи въ Германіи примкнулъ знаменитый *Кивинъ*, много работавшій по этому вопросу и самъ сдѣлавшій оваріотомію 5 разъ — 1 разъ съ успѣхомъ ¹⁾).

Во Франціи пропаганда *Лизарса* почти вовсе не имѣла успѣха, и лишь въ 1844 году мы встрѣчаемъ тамъ первый случай оваріотоміи, принадлежащій мало извѣстному провинціальному врачу *Воейковскому* и окончившійся выздоровленіемъ.

Почти въ это-же время (въ 1846 г.) была сдѣлана первая попытка оваріотоміи и у насъ въ Россіи проф. Харьковскаго университета *Ванцетти*, родомъ изъ Падуи. Попытка эта была неудачна, равно какъ и слѣдующая за нею, спустя 3 года, оваріотомія проф. *Гаартмана* въ Гельсинфорсѣ. Нѣкоторые авторы указываютъ, что еще гораздо раньше этого, а именно въ 1827 году, и кажется, вполне независимо отъ примѣра *Мэжъ Дауэлла*, *Лизарса* и другихъ оваріотомія (??) была сдѣлана проф. *Галензовскимъ* въ Вильнѣ. Но изъ описанія операціи *Галензовскаго* видно, что называть ее оваріотоміей несправедливо, такъ какъ киста здѣсь была только вскрыта длиннымъ разрѣзомъ въ передней брюшной стѣнкѣ и опорожнена отъ содержимаго. Но такъ какъ стѣнки опорожненной кисты были вшиты въ края брюшного разрѣза, то операція окончилась радикальнымъ излеченіемъ болѣзни.

Въ Великобританіи, мы сказали уже, первые попытки оваріотоміи были сдѣланы *Лизарсомъ* въ Эдинбургѣ въ 1823 году. Пациентка, послужившая объектомъ для первой операціи *Лизарса*, жаловалась на свою болѣзнь въ продолженіи нѣсколькихъ лѣтъ. Всѣ медицинскія знаменитости, къ которымъ она обращалась за совѣтомъ, опредѣлили у нея кисту. Одинъ врачъ сдѣлалъ ей *paracentesis*, но неизвѣстно съ какимъ результатомъ. Кромѣ того у нея существовалъ нарывъ въ поясничной области, который былъ вскрытъ и выдѣлялъ довольно большое количество гноя, безъ видимаго уменьшенія объема опухоли живота. *Лизарсу* діагностика кисты яичника казалась несомнѣнною. Въ назначенный день, въ присутствіи всѣхъ болѣе извѣстныхъ Эдинбургскихъ врачей, онъ приступилъ къ операціи. Послѣ вскрытія брюшныхъ покрововъ и брюшины длиннымъ разрѣзомъ (по *Беллю*), къ удивленію всѣхъ присутствовавшихъ никакой опухоли въ брюшной полости не оказалось, а яичники и матка оказались совершенно здоровыми. Рана въ стѣнкѣ живота была поспѣшно зашита, и больная, къ счастью, благополучно вынесла эту неоконченную операцію. *Лизарсъ* полагаетъ, что онъ былъ введенъ въ діагностическую ошибку тимпанитомъ кишекъ, при значительной ожирѣлости брюшныхъ покрововъ ²⁾).

Въ 1825 году онъ предпринялъ еще 3 оваріотоміи, изъ которыхъ одна окончилась смертію, другая была прервана въ самомъ началѣ, такъ какъ, вмѣсто кисты яичника, въ вскрытой брюшной полости оказался весьма сосудистый фиброидъ матки, который *Лизарсъ* вырѣзать не осмѣлился, и только въ одномъ случаѣ (изъ всѣхъ 4-хъ случаевъ *Лизарса*) операція дала благопріятный результатъ. Но такъ какъ и въ этомъ

¹⁾ *Gallez*, l. c. p. 450.

²⁾ *Siebo d's Journal für Geburtskunde etc.* B. V, 1825.

случаѣ изъ двухъ пораженныхъ яичниковъ, *Лизарсъ* рѣшилъ удалить только одинъ, то и эта операція должна быть отнесена къ неоконченнымъ.

Второй англійскій оваріотомистъ *Гренвилль (Granville)* въ Лондонѣ въ 1827 году сдѣлалъ двѣ попытки къ оваріотоміи. Въ первомъ случаѣ операція осталась неоконченною, вслѣдствіе встрѣченныхъ срощеній; второй случай окончился смертію. Замѣчательно, что при этомъ была вырѣзана фиброидная опухоль, которая по нѣкоторымъ авторамъ исходила изъ яичника, а по другимъ изъ матки ¹⁾.

Понятно, что, ознаменованная такими неудачами оваріотомія, распространялась въ Англии довольно медленно и даже на нѣсколько лѣтъ послѣ *Гренвилля* совершенно пріостановилась. Затѣмъ, явилось нѣсколько наблюдателей, думавшихъ, что описанныя неудачи зависѣли отъ слишкомъ большой величины брюшного разрѣза. *Джиффрисонъ (Jeaffreson)* въ 1836 году рѣшилъ послѣдовать вышеприведенному ученію *Гунтера* и извлечь кисту посредствомъ малаго разрѣза, выпустивъ предварительно содержимое кисты посредствомъ прокола. Въ его первомъ случаѣ разрѣзъ равнялся 3 дюймамъ, и оперированная выздоровѣла ²⁾. Два года спустя, *Крисъ* удалилъ многополостную кисту чрезъ разрѣзъ въ 1 дюймъ величины, и больная тоже выздоровѣла. Впрочемъ, наблюдались рядомъ съ этимъ и худые результаты при этомъ способѣ, но тѣмъ не менѣе введеніе его въ практику принесло, между прочимъ, ту пользу, что заставило посмотреть врачей и общество на оваріотомію нѣсколько болѣе благопріятными взглядами. Особенно же пріобрѣлъ себѣ много подражателей *Чарльзъ Клей* въ Манчестерѣ, начавшій оперировать, по Беллевскому способу, весьма удачно и въ обширныхъ размѣрахъ въ 1843 г. и продолжающій свою счастливую практику по настоящее время (1874 г. — Ред.). Изъ другихъ болѣе извѣстныхъ оваріотомистовъ этого времени упомянемъ *Уэльна (Walne)*, *Лэна (Lane)*, и *Бёрда (Bird)* ³⁾. Въ результатѣ, операція стала дѣлаться чаще, такъ что къ 1851 году *Робертъ Ли* могъ собрать уже 162 случая оваріотоміи, предпринятой въ одной Великобританіи.

Этимъ мы и заканчиваемъ описаніе нашего 3-го періода и, подводя ему итоги, находимъ, что въ теченіи его оваріотомія успѣла возникнуть на практикѣ, проникнуть почти во всѣ образованныя государства и въ нѣкоторыхъ изъ нихъ (Соединенные Штаты Сѣверной Америки и Великобританія) распространиться до весьма почтенныхъ размѣровъ.

Четвертый періодъ. Переходя къ четвертому періоду, замѣчаемъ, что онъ находится въ такой же логически необходимой связи съ 3-мъ періодомъ, какую мы видѣли между этимъ послѣднимъ и вторымъ періодомъ.

¹⁾ *Rob. Lee. The Analysis of 108 cases of ovariectomy... Med. Chir. Trans. v. 34.—Péan et Urday, Hystérotomie, Paris, 1873, p. 4.*

²⁾ Это былъ первый случай вполне успѣшной оваріотоміи въ Англии.

³⁾ Знаменитый *Симпсонъ* тоже относился къ защитникамъ оваріотоміи и самъ сдѣлалъ ее одинъ разъ съ успѣхомъ, но уже гораздо позже (въ 1863 г.),—слѣдовательно, не въ разбираемомъ нами періодѣ.

Дѣло въ томъ, что первые оваріотомисты или, по крайней мѣрѣ, большинство изъ нихъ, приступали къ дѣлу такъ смѣло, такъ мало заботились о научной разработкѣ операциі, въ особенности о разработкѣ ученія о дифференціальной діагностикѣ кистъ яичника (въ доказательство чего достаточно припомнить тѣ немногіе, разительные факты, которые приведены у насъ выше), что выполненіе самыхъ операций на дѣлѣ не могло дать болѣе или менѣе значительнаго успѣха, а должно было, необходимымъ образомъ, вызвать протестъ со стороны лицъ съ болѣе солидной медицинской подготовкой и менѣе легкомысленно относившихся къ дѣлу практическаго рѣшенія медицинскихъ вопросовъ. Однимъ словомъ, столь мало основанное на твердой почвѣ чисто научнаго изученія быстрое движеніе оваріотоміи впередъ, роковымъ образомъ, нѣсколько раньше или нѣсколько позже, должно было вызвать реакцію. Эту реакцію мы и дѣйствительно замѣчаемъ какъ во Франціи, такъ и въ Германіи и въ Англіи, такъ что изъ всѣхъ наиболѣе образованныхъ въ медицинскомъ отношеніи странъ, она не проявилась, какъ мы уже видѣли выше, только въ одной, именно въ Америкѣ, гдѣ оваріотомія, за немногими исключеніями, всегда и всѣмъ казалась операціею вполне законною. Вотъ этотъ то въ высшей степени замѣчательный періодъ въ развитіи оваріотоміи, который имѣлъ большое значеніе для позднѣйшихъ быстрыхъ успѣховъ ея и продолжался въ разныхъ странахъ различное время, кончился же вездѣ около конца 50-хъ годовъ, мы называемъ *періодомъ реакціи* (4-й періодъ).

Раньше всего, почти тотчасъ-же послѣ появленія упомянутой работы *Лизарса*, оваріотомія встрѣтила жаркаго противника въ лицѣ извѣстнаго *Диффенбаха* въ Германіи. Приступивъ къ оваріотоміи въ 1825 году, онъ, по вскрытіи полости живота больной, нашелъ тамъ, вмѣсто ожидаемой кисты яичника, весьма сосудистый, громадный фиброидъ матки, который послѣ надрѣза далъ сильное кровотеченіе, едва остановленное. Это принудило *Диффенбаха* прекратить операцию. Рана была поспѣшно зашита, и оперированная подверглась заботливому послѣдовательному леченію отъ послѣдствій неудавшейся операциі. Были употреблены въ ходъ: ледяныя примочки, каломель и клистиры отъ запора, пиявки, частыя кровопусканія и пр. Больная, выдержавъ продолжительное нагноеніе, не смотря на все это осталась жива¹⁾.

При описаніи этого случая²⁾, *Диффенбахъ* сообщаетъ рядъ критическихъ замѣчаній на горячую защиту оваріотоміи со стороны *Лизарса* (см. выше). „Я могу назвать“, саркастически говоритъ онъ, „только одну операцию, подобную оваріотоміи. Это эвентрація, сдѣланная на трупѣ³⁾“.

Позднѣе, до самаго 1848 года, когда оваріотомія имѣла уже весьма много адептовъ въ Англіи и Америкѣ и нѣсколько десятковъ разъ была выполнена въ самой Германіи, въ своемъ учебникѣ оперативной хирургіи, онъ высказывается противъ этой

¹⁾ *Greuser*, I. c. p. 9.

²⁾ *Rust's Magazin*, V. XXV.

³⁾ *G. Simon*. Die Extirpation der Milz am Menschen, Giessen, 1857.

операции, почти также сурово, но въ болѣе серьезномъ тонѣ. Говоря, напр., о томъ, что, вслѣдствіе обширныхъ срощеній, оваріотомія часто не можетъ быть доведена до конца, онъ продолжаетъ: „Mögen diese unglücklichen Operationen zur Warnung dienen! es ist kein fruchtbarer Boden! Die neueste Chirurgie hat dies bereits erkannt: ihr Streben ist nicht mehr auf Grösse der Operationen, als vielmehr auf Lebenserhaltung durch auf Physiologie begründete, mildere chirurgische Eingriffe gerichtet.“¹⁾

Во Франціи „періодъ реакціи“ занимаетъ первенствующее мѣсто изъ всѣхъ стадій развитія оваріотоміи. Мы видѣли уже, что реакція противъ оваріотоміи процвѣтала тамъ даже тогда, когда оваріотомія не была даже ни разу сдѣлана, а лишь только предложена. (См. выше о мемуарѣ *Гавена*, стр. 305). Упомянутыя работы *Шамбона* и *Дюшье* (по другимъ *Д'Эшеръ*), говорившія въ пользу оваріотоміи, оставались мало замѣченными. Равнымъ образомъ операція *Ломонье* была причислена лишь къ числу хирургическихъ курьезовъ. На операцію *Воейковскаго* смотрѣли какъ на чисто случайную, тѣмъ болѣе, что она принадлежала, какъ мы уже сказали выше, малоизвѣстному провинціальному врачу. Наоборотъ, почти всѣ французскіе передовые хирурги, стоявшіе во главѣ науки, какъ-бы на перерывѣ другъ передъ другомъ до извѣстнаго времени (до начала 60-хъ годовъ) старались высказать приговоры оваріотоміи, крайне неутѣшительные, часто въ горячихъ, краснорѣчивыхъ выраженіяхъ: „Ce sont telles témérités“ говорилъ *Вельпо* въ 1848 году“ qu'il faut repousser de toutes nos forces, parce-qu'elles ne sont preuve que de folie. Il est heureux pour l'honneur de notre art et de notre nation, que rien de semblable ne se passe ici“²⁾

Далѣе, его удивляетъ, что въ иностранныхъ журналахъ встрѣчаются каждый годъ, каждый мѣсяцъ новыя доказательства, что подобныя безумства совершаются постоянно въ Америкѣ, Англии и Германіи и притомъ людьми съ большими заслугами³⁾.

Но въ это же время уже и въ самой Англии находилось много недовольныхъ новою операціею, распространеніе которой принимало съ каждымъ днемъ все большіе и большіе размѣры. То тамъ, то сямъ начали раздаваться голоса противъ нея. Въ 1850 году извѣстный гинекологъ *Робертъ-Ли* въ засѣданіи Лондонскаго Хирургическаго Общества читалъ свою статью объ оваріотоміи, въ которой, въ формѣ таблицъ, представилъ довольно полныя описанія всѣхъ сдѣланныхъ до этого времени въ Великобританіи оваріотомій. Общій итогъ ихъ равнялся 108, но потомъ было добавлено еще 54 случая, такъ что всего таблицы *Роберта-Ли* обнимаютъ 162 случая англійскихъ

¹⁾ Да послужатъ эти неудавшіяся операціи предостереженіемъ! Это бесплодная почва! Новѣйшая хирургія уже признала это: ея стремленія направлены не столько на операціи, поражающія своею грандіозностію, сколько на осторожныя хирургическія приемы, необходимые для сохраненія жизни и основанные на точныхъ данныхъ физиологіи.

²⁾ Эта безумная операція можетъ служить только доказательствомъ глупости тѣхъ, кто ее распространяетъ. Слѣдуетъ всѣми силами вооружаться противъ нея. Къ счастью для нашего искусства и для нашей націи, ничего подобнаго не происходитъ у насъ.

³⁾ *Gallez*, l. c. p. 409.

овариотомій. Изъ нихъ въ 101 случаѣ послѣдовало выздоровленіе, въ 61 смерть (37,65% смертности).

Такой результатъ, конечно, не долженъ бы показаться очень печальнымъ, если-бы не существовало того факта, что изъ 162 случаевъ въ 60, слѣдовательно, больше чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ случаевъ, операція была не окончена и ограничилась только разрѣзомъ въ стѣнкѣ живота, подобно приведеннымъ выше случаямъ *Лизарса* и *Диффенбаха* ¹⁾. Изъ этихъ 60 паціентокъ 19 умерло, остальные же 41 отдѣлались болѣе или менѣе продолжительнымъ лежаніемъ въ постели, изнурительными нагноеніями и вообще ухудшеніемъ и безъ того уже значительно подорваннаго общаго состоянія, не получивъ отъ операціи ни малѣйшей пользы ²⁾. Такимъ образомъ, радикальное излеченіе получилось только въ 37,28%.

Но и эта цифра выведена изъ общаго числа опубликованныхъ Великобританскихъ операцій, въ которой, по всей вѣроятности, описаны всѣ благопріятные случаи и скрыты (по мнѣнію многихъ авторовъ) довольно много операцій съ неблагопріятнымъ исходомъ, въ особенности неоконченныхъ!

Результаты оvariотомій, сдѣланныхъ до того времени въ Лондонскихъ госпиталяхъ, изъ которыхъ, очевидно, ни одна не могла остаться скрытою, были представлены на этомъ же собраніи общества Цезаремъ *Говкинсомъ* (*Hawkins*). Изъ 10 этихъ оvariотомій только одна окончилась выздоровленіемъ!

Рядомъ съ этими данными были приведены результаты извѣстнаго *Бёрда* (*Bird*), который первый ввелъ въ практику пробный разрѣзъ съ діагностическою цѣлію. Въ его 32 случаяхъ оvariотомій, операція въ 19 осталась неоконченною (18 разъ ограничилась только пробнымъ разрѣзомъ, въ 1-мъ оставлена позднѣе, вслѣдствіе встрѣчи сильныхъ сращеній). Понятно, что такого рода данныя были вполне достаточны для разгоряченнаго преніями *Ли*, чтобы публично, въ засѣданіи Общества, назвать оvariотомистовъ мясниками (*Pig slaughterers*), а одному изъ уважаемыхъ членовъ общества *Лауренсу* (*Lawrence*)—предложить, вмѣсто всякихъ споровъ, оставить оvariотомію разъ на всегда, чтобы не компрометировать науку вещами, ея недостойными ³⁾.

Въ Германіи въ это самое время выступилъ съ своими нападками на оvariотомію авторитетный *Сканцони*, въ помощь которому явилось въ 1857 году собраніе всѣхъ германскихъ случаевъ оvariотомій, сдѣланное весьма аккуратно, въ формѣ подробныхъ таблицъ, *Симономъ*. Числовыя данныя, представленныя этимъ послѣднимъ, еще болѣе неутѣшительны, чѣмъ въ приведенныхъ англійскихъ случаяхъ. „Изъ 61 оперирован-

¹⁾ Такое большое относительное количество неоконченныхъ операцій объясняется тѣмъ, что къ причинамъ, по которымъ операція должна была быть прерванной, относилась, кромѣ весьма частыхъ сюрпризовъ, вслѣдствіе ошибокъ въ діагностикѣ, также и встрѣча болѣе или менѣе значительныхъ сращеній. Изъ оvariотомистовъ того времени, по видимому, одинъ только *Ч. Клей* не боялся смѣло разрывать сращения.

²⁾ *Rob. Lee*, 1. с.

³⁾ *Gallez*, 1. с. р. 416.

ныхъ," говоритъ *Симонъ* ¹⁾ „умерло 44, вполне выздоровѣло 12, а 5 больныхъ, хотя и выздоровѣли непосредственно послѣ операціи, не получили, однако, отъ нея или вовсе никакой пользы для здоровья и жизни ²⁾, или польза эта была весьма сомнительна. „Перелагая эти результаты на проценты, получаемъ $72\frac{8}{61}\frac{0}{0}$ смертности непосредственно послѣ операціи, $19\frac{41}{61}\frac{0}{0}$ полного выздоровленія и $8\frac{12}{61}\frac{0}{0}$ операцій бесполезныхъ для больной“.

Въ дополненіе ко всему сказанному, замѣтимъ, что во Франціи, въ это же самое время (въ 1856 г.), оваріотомія получила не менѣе тяжелые удары во время преній, возбужденныхъ по этому вопросу въ Парижской Медицинской Академіи. *Мальгенъ*, *Крювелье*, *Гюгье (Hugier)*, *Видалъ-де-Кассисъ*, *Жюберъ-де-Ламбаль*, *Вельно* и др.— всѣ высказались абсолютно противъ оваріотоміи въ выраженіяхъ не менѣе горячихъ, чѣмъ вышеприведенныя слова *Вельно*, сказанныя по поводу этой операціи (см. выше страницу 313).

Въ концѣ періода реакціи оваріотомія совершенно упала въ глазахъ публики и врачей. Дѣйствительно,—вскрывать животъ чуть не во всю его длину и изъ трехъ случаевъ въ одномъ прерывать на этомъ операцію, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ возможно было окончить ее, терять чуть-ли не $\frac{3}{4}$ всего числа паціентокъ въ ближайшіе дни послѣ операціи, не могло не показаться массѣ врачей—чудовищнымъ. Абсолютныя отрицанія этой „безразсудной“ операціи, высказанныя длиннымъ рядомъ лицъ, одно болѣе авторитнаго другого, не могли отважить хирурговъ къ выполненію ея. Многие изъ извѣстнѣйшихъ англійскихъ оваріотомистовъ отчасти оставили ее на время, (*Бэkkerъ-Браунъ*), отчасти перестали публиковать свои операціи (*Ч. Клэй*, *Лэнь (Lane)*, *Вельнъ (Walne)*, *Бёрдъ (Bird)* ³⁾ и др. Общее настроеніе умовъ было таково, что по словамъ *Симса* ⁴⁾, въ сороковыхъ годахъ ему „не было извѣстно ни одного врача, который бы высказался въ пользу оваріотоміи“.

Пятый періодъ. Съ начала 60-хъ годовъ оваріотомія вступаетъ въ новую фазу своего развитія. Наступаетъ *періодъ возрожденія ея и окончательной установки въ науки*.—Возродителемъ оваріотоміи, безспорно, долженъ считаться *Спенсеръ-Уэльсъ*, хирургъ при „Samaritan Hospital“ въ Лондонѣ. Первый его дебютъ на поприщѣ оваріотоміи, въ 1857 году, былъ весьма неудаченъ: послѣ вскрытія брюшной полости, пакетъ кишекъ оказался впереди опухоли, которая, вслѣдствіе этого, была принята не за яичниковую. Окончаніе операціи было признано невозможнымъ, и рана зашита. Паціентка выздоровѣла непосредственно послѣ операціи, но черезъ четыре мѣсяца умерла отъ произвольнаго разрыва стѣнки кисты, съ изліяніемъ содержимаго ея въ брюшную полость.

¹⁾ *G. Simon*. 1. с.

²⁾ Здѣсь авторъ, вѣроятно, говоритъ объ операціяхъ неоконченныхъ, ограничившихся только вскрытіемъ брюшной полости.

³⁾ *Spencer Wells*. 1. с.

⁴⁾ *M. Sims*. Ueber Ovariectomie. Deutsch von *Beigel*, Berlin, 1874.

На вскрытіи *Спенсеръ-Уэльсъ* имѣлъ случай убѣдиться, что этотъ случай вовсе не былъ такъ труденъ для операціи, какъ это ему казалось въ первый моментъ послѣ вскрытія брюшины, и весьма легко могъ бы быть оконченъ. Въ слѣдующемъ году онъ сдѣлалъ 3 полныя оваріотоміи, съ исходомъ въ выздоровленіе. Въ 1859 году—11, изъ которыхъ 7 выздоровѣли. Въ 1860—6 съ выздоровленіемъ въ 4-хъ случаяхъ, въ 1861—11 съ выздоровленіемъ въ 6-ти случаяхъ. Въ 1862 году—20 съ 15 выздоровленіями. Въ 1863 г.—31 съ 19 выздоровленіями и т. д. ¹⁾).

Свои операціи *Спенсеръ-Уэльсъ* дѣлалъ въ присутствіи многихъ врачей; результаты, какъ благопріятные, такъ и неблагопріятные, публиковалъ вполне добросовѣстно. Кромѣ того, онъ самымъ тщательнымъ образомъ изслѣдовалъ больныхъ передъ операціею, много заботясь о возможной точности діагноза и дѣлалъ заботливый выборъ случаевъ, годныхъ для операціи. Это сразу отразилось выгодно на результатахъ его оваріотомій, какъ видно изъ только что приведенныхъ цифръ, и способствовало измѣненію взглядовъ публики и врачей на нее.

Вскорѣ между хирургами нашлось много подражателей *С. У.*, а тѣ изъ оваріотомистовъ, которые бросили на время операцію (напр. *Бэккеръ-Браунъ*), или перестали публиковать ихъ, снова взялись за нее, занявшись только болѣе серьезнымъ образомъ научною разработкою дифференціальной діагностики и оперативныхъ методовъ.

Нельзя не упомянуть, что большое значеніе для оваріотоміи имѣло изобрѣтеніе клемпа, сдѣланное *Гутчинсономъ* (*Hutchinson*, 1858 г.). Инструментъ этотъ былъ измѣненъ *Спенсеръ-Уэльсомъ*, *Бэккеръ-Брауномъ*, *И. Ф. Масловскимъ* и др., и быстро вошелъ почти въ общее употребленіе. Около этого-же самаго времени (1860 г.) *Джонъ Клэй* издалъ свою извѣстную статистику оваріотомій, въ которой заключается подробный анализъ 537 опубликованныхъ до февраля 1860 г. оваріотомій. *Ч. Клэй* и *Беккеръ-Браунъ* не замедлили въ скоромъ времени послѣ этого опубликовать еще болѣе благопріятные результаты своей личной практики.

Какъ результатъ всего этого, мы видимъ, что оваріотомія въ началѣ шестидесятихъ годовъ (около 1862 г.) уже вновь успѣла быстро распространиться по Великобританіи, а отсюда во Францію, Германію, Россію, Италію, Данію и т. д. Это явленіе можно было уже предвидѣть изъ подробнаго разсмотрѣнія первоначальнаго хода развитія оваріотоміи. Идея о ней, возродившаяся такъ рано въ умахъ ученыхъ, была настолько жива, что реакція, старавшаяся искоренить ее, при всей своей солидности, оказалась безсильною для этого. Реакція могла только заглушить ее на время, могла заставить нѣкоторыхъ необузданныхъ защитниковъ оваріотоміи нѣсколько пріостановиться въ ихъ, ни на чемъ научномъ неоснованныхъ, безразсудныхъ попыткахъ. Но, свершивъ это важное дѣло, реакція должна была смолкнуть предъ цѣлымъ побѣдоноснымъ рядомъ новыхъ, разумныхъ попытокъ, которыхъ предыдущій опытъ заставилъ не выходить изъ круга мѣръ, имѣвшихъ болѣе или менѣе научное основаніе.

¹⁾ *Spencer—Wells*. Diseases of the ovaries. London, 1872, p. 402 и слѣд.

Во Францію оваріотомія была вновъ привезена въ 1861 году изъ Англіи знаменитымъ *Нелятономъ*, ѣздившимъ спеціально для того, чтобы научиться оваріотоміи, въ Лондонъ къ *Беккеръ-Брауну*. Крімъ того, здѣсь много способствовалъ перемѣнѣ общаго мнѣнія объ оваріотоміи трудъ *Жюля Вормса*, представившаго въ 1860 году подробный и безпристрастный разборъ всѣхъ извѣстныхъ оваріотомій, произведенныхъ въ Америкѣ, Англіи и Германіи. Наибольшій успѣхъ, въ отношеніи результатовъ оваріотоміи, былъ достигнутъ во Франціи въ скоромъ времени послѣ этого извѣстнымъ хирургомъ *Кёберле* (Страсбургъ). Его первая оваріотомія была произведена въ 1862 году. Въ самомъ Парижѣ операція вначалѣ постоянно давала смертельные исходы, не смотря на то, что предпринималась лучшими хирургами и при самой лучшей внѣшней обстановкѣ. Первая успѣшная оваріотомія въ Парижѣ принадлежитъ *Пеану* (1864 г.).

Всего по 1 января 1870 года во Франціи было сдѣлано 306 оваріотомій, которыя дали 57,38% смертности. Вотъ имена наиболѣе извѣстныхъ французскихъ оваріотомистовъ и результаты ихъ оваріотомій по 1 января 1870 года¹⁾:

<i>Koebleré</i>	84	вызд.	+ 36	смерт.	= 120	случ.	(30% смерт.)
<i>Péan</i> (по 1 янв. 1873 г.)	33	"	+ 12	"	= 55	"	(21,81% ")
<i>Boinet</i>	16	"	+ 9	"	= 25	"	(36% ")
<i>Nélaton</i>	9	"	+ 8	"	= 17	"	(47% ")
<i>Maisonneuve</i>	0	"	+ 6	"	= 6	"	(100% ")
<i>Demarquay</i>	1	"	+ 5	"	= 6	"	(83% ")
<hr/>							
Итого	143	"	+ 76	"	= 219	"	

Средній процентъ смертности послѣ операций этихъ опытнѣйшихъ французскихъ оваріотомистовъ = 34,70 (219 случаевъ).

Наибольшихъ успѣховъ во Франціи достигли въ настоящее время, какъ видно изъ представленной таблицы, *Кёберле* и *Пеанъ*.

Въ Германіи съ начала 60-хъ годовъ оваріотомію стали дѣлать тоже гораздо чаще, и неблагопріятный взглядъ на нее, самымъ вліятельнымъ представителемъ котораго считался *Сканцони*, мало по мало совершенно перемѣнился. Въ послѣднихъ изданіяхъ своего учебника *Сканцони* уже отказывается отъ прежняго своего неблагопріятнаго мнѣнія объ оваріотоміи²⁾. Въ новѣйшее время научною разработкою оваріотоміи въ Германіи занимается *Шпигельбергъ*. Впрочемъ, въ этой странѣ практическое примѣненіе оваріотоміи еще далеко не достигло тѣхъ размѣровъ, какіе оно имѣетъ, напр., въ Англіи. По *Грензеру* до 1870 года, включительно, въ Германіи было сдѣлано 180 полныхъ оваріотомій, изъ которыхъ 105 (59%) окончились смертію. По свидѣтельству *Бейгеля*³⁾, даже и теперь „есть хирургическія и гинекологическія кли-

¹⁾ *Gallez* I. с. p. 416.

²⁾ *Сканцони*. Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. Пер. съ нѣм. СПб. 1874 г. (стр. 183).

³⁾ *H. Beigel*. Die Krankheiten des weiblichen Geschlechts, 1874, p. 556.

ники въ такихъ городахъ, какъ Вѣна и Берлинъ, въ которыхъ оваріотомія не сдѣлана еще ни разу“.

Вотъ имена наиболѣе извѣстныхъ германскихъ оваріотомистовъ и результаты, полученные ими до конца 1869 года ¹⁾:

<i>Нуссбаумъ</i>	18	вызд.	+ 16	смерт.	= 34	случ.
<i>Штиллингъ</i>	8	„	+ 9	„	= 17	„
<i>Штигельбергъ</i>	10	„	+ 6	„	= 16	„
<i>Кившиъ</i>	2	„	+ 3	„	= 5	„
<i>Лангенбекъ</i>	3	„	+ 4	„	= 7	„
<i>Симонъ</i>	1	„	+ 6	„	= 7	„
<i>Вагнеръ</i>	1	„	+ 3	„	= 4	„
<i>Думрейхеръ</i>	2	„	+ 4	„	= 3	„
<i>Бреслау</i>	1	„	+ 2	„	= 3	„
<i>Сканцони</i>	1	„	+ 2	„	= 3	„
<i>Мартинъ</i>	2	„	+ 1	„	= 3	„
Итого	49	„	+ 53	„	= 102	„

Средній процентъ смертности у этихъ извѣстнѣйшихъ нѣмецкихъ оваріотомистовъ = 51,96.

Въ Россіи возродителемъ оваріотоміи долженъ считаться проф. *А. Я. Крассовскій*.

Послѣ несчастныхъ примѣровъ *Ванцетти* въ Харьковѣ и *Гаартмана* въ Гельсинфорсѣ, изъ которыхъ первый даже не былъ своевременно опубликованъ, а описаніе послѣдняго помѣщено было только въ финской и нѣмецкой литературѣ, операція эта въ Россіи была забыта. Въ руководствѣ проф. *Кутера* (въ 1858 г.) объ оваріотоміи хотя и говорится и описанъ довольно подробно оперативный методъ, тѣмъ не менѣе, выполненіе ея, подъ вліяніемъ общаго настроенія, господствовавшего въ то время въ Европѣ и очерченнаго нами выше, не совѣтуется. „Согласно съ мнѣніемъ Парижской Медицинской Академіи ²⁾, Французская Академія въ 1856 году постановила: во всѣхъ случаяхъ замѣнять экстирпацію простымъ проколомъ, съ впрыскиваніемъ іодовой жидкости. Съ этимъ рѣшеніемъ вполнѣ нужно согласиться на счетъ мѣшковидныхъ опухолей яичниковъ“ ³⁾. Про *Гаартмана* и *Ванцетти* во всей книгѣ ничего не упоминается.

Проф. *Крассовскій*, сдѣлавъ длинный рядъ попытокъ (около 300 случаевъ ⁴⁾ лечить кисты яичниковъ всѣми предложенными способами, пришелъ къ выводу, что экстирпація яичниковъ представляется самымъ вѣрнымъ и безопаснымъ способомъ для излеченія болѣзни.

¹⁾ *Greuser*. I. с., таблицы.

²⁾ Читаемъ мы въ учебникѣ *Кутера*.

³⁾ *Кутеръ*. Руковод. къ изученію женскихъ болѣзней. С.-Петербургъ 1858 г.

⁴⁾ Личное сообщеніе.

Не имѣя случая ни разу видѣть этой операціи на живой пациенткѣ и только продѣлавъ ее предварительно на трупахъ, онъ выполнилъ ее успѣшно первый разъ 23 декабря 1862 года въ зданіи Академической Гинекологической клиники. Больная черезъ мѣсяць выздоровѣла. Это былъ первый удачный случай оваріотоміи въ Россіи

Вслѣдъ за проф. *Красовскимъ* оваріотомія была сдѣлана въ скоромъ времени нѣсколькими русскими хирургами въ различныхъ пунктахъ Россіи: проф. *Грубе* въ Харьковѣ, д-ромъ *Икавитицемъ* въ Тамбовской городской больницѣ, проф. *Шимановскимъ* въ Кіевѣ, д-ромъ *Н. В. Склифасовскимъ* въ Одесской городской больницѣ, д-ромъ *Каде* въ Петербургѣ, д-ромъ *И. Ф. Масловскимъ* тамъ же и т. д.¹⁾

Вотъ имена всѣхъ русскихъ оваріотомистовъ и результаты, полученные ими по 1 августа 1874 года:

Проф. <i>Красовскій</i>	65 случ.	44 выздор.
„ <i>Склифасовскій</i>	15 „	12 „
„ <i>Грубе</i>	1 „	1 „
„ <i>Караваевъ</i>	1 „	0 „
„ <i>Китеръ</i>	1 „	0 „
„ <i>Гаартманъ</i>	1 „	0 „
„ <i>Шимановскій</i>	1 „	0 „
Д-ръ <i>Икавитиць</i>	1 „	1 „
„ <i>Каде</i>	1 „	1 „
„ <i>Масловскій</i>	1 „	1 „
„ <i>Горвиць</i>	4 „	1 „
„ <i>Фробень</i>	1 „	0 „

Подводя общій итогъ числу русскихъ оваріотомій, получаемъ: всѣхъ оваріотомій въ Россіи сдѣлано 93. Изъ нихъ окончились выздоровленіемъ 61, слѣдовательно смертность послѣ русскихъ оваріотомій $34,4\%$ всего ближе подходитъ къ смертности послѣ американскихъ оваріотомій.

Въ самомъ блестящемъ положеніи находится въ настоящее время оваріотомія въ Англіи. Она дѣлается тамъ такъ часто и съ такими удивительными результатами, какъ нигдѣ. Достаточно сказать, что одинъ *Спенсеръ Уэльсъ* за послѣдніе три года сдѣлалъ болѣе, чѣмъ по 50 оваріотомій въ годъ, и что число случаевъ его простиралось уже въ іюнѣ 1872 года до 500, изъ которыхъ смертельно окончились 124 ($25,30\%$ смертн.). Впрочемъ, повидимому, значеніе этихъ цифръ нѣсколько умалется

¹⁾ См. подробныя свѣдѣнія объ этихъ случаяхъ въ диссертациі д-ра *И. Ф. Масловскаго* „Оваріотомія или вырѣзываніе опухолей яичниковъ“. С.-Петербург. 1866, стр. 120—131.

тѣмъ обстоятельствомъ, что англійскіе (а также и американскіе) хирурги, позволяютъ себѣ оперировать даже тогда, когда киста почти вовсе не причиняетъ болѣе или менѣе рѣзкихъ разстройствъ въ организмъ, имѣя, напр., 8,7 или даже 6 фунтовъ вѣсу, когда, слѣдовательно, хотя шансы на благопріятный исходъ операціи сравнительно и хороши, но не существуетъ еще достаточныхъ показаній для примѣненія метода леченія, представляющаго для пациентки, все таки, значительную опасность¹⁾. Въ практикѣ проф. *Крассовскаго* есть нѣсколько случаевъ, гдѣ киста такого сѣема или даже нѣсколько большаго въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ существуетъ *in statu quo* и до того хорошо переносится больными, что совершенно противупоказуетъ, по крайней мѣрѣ до поры до времени, всякое оперативное леченіе²⁾.

Вотъ имена и результаты главнѣйшихъ англійскихъ оваріотомистовъ:

	<i>Spencer-Wells</i> (по іюнь 1872)	500—25,30 ⁰ / ₀	смертн.
	<i>Ch. Clay</i> (по январь 1870)	117—33,33 ⁰ / ₀	"
	<i>Baker-Brown</i> ³⁾ (по 1868)	119—35,29 ⁰ / ₀	"
	<i>T. Keith</i> ⁴⁾ (по 1872)	150—18 ⁰ / ₀	"
По январь 1870 ⁵⁾	<i>Bryant</i>	13—38,46 ⁰ / ₀	"
	<i>Lane</i>	13—15,38 ⁰ / ₀	"
	<i>Hutchinson</i>	12—41,56 ⁰ / ₀	"
	<i>Bird</i>	32—18,75 ⁰ / ₀	"
	<i>T. Smith</i>	21—23,80 ⁰ / ₀	"

Итого 977—27,77⁰/₀ смертн.

Итакъ, для извѣстнѣйшихъ англійскихъ оваріотомистовъ, средній процентъ смертности послѣ оваріотоміи равняется 27,77⁰/₀.

Каковы общіе результаты, даваемые оваріотоміей въ настоящее время, дать совершенно точный отвѣтъ чрезвычайно трудно. Хотя литература по этому предмету не можетъ быть уже теперь никоимъ образомъ названа скудною, но—операція, во всякомъ случаѣ, молода, въ ней есть еще очень много не окончательно установившихся научнымъ образомъ взглядовъ, масса опубликованныхъ наблюденій заставляеть весьма многого желать въ отношеніи полноты и аккуратности, чтобы можно было бы составить достаточно годныя въ научномъ отношеніи статистическія таблицы. Если взять, такъ сказать, валовое количество опубликованныхъ по 1 января 1870 г. оваріотомій, то изъ нихъ на долю Англійи выпадаетъ 1031 сл. (33,07⁰/₀ смерт.), Америки—469 (36,46⁰/₀), Франціи—306 (42,62⁰/₀), Германіи—257 (58,37⁰/₀), Россіи—93 (34,40⁰/₀), Швеціи—31 (29,03⁰/₀), Италіи—22 (77,27⁰/₀) и Даніи—15 сл. (20,00⁰/₀). Кромѣ того операція была еще дѣ-

¹⁾ Замѣчаніе, сообщенное проф. *А. Я. Крассовскимъ*.

²⁾ Личное сообщеніе.

³⁾ *On Ovarian dropsy*, sec. edit. Lond. 1868, p. 284.

⁴⁾ *Virchow's Jahresb.* за 1870 г. и 1872 г.

⁵⁾ *Gallez*, l. c. p. 531 и 532.

лаема въ Бельгіи, Голландіи, Польшѣ, Швеціи, Испаніи, Китаѣ, Новой Зеландіи, Индіи и пр.

Число всѣхъ сдѣланныхъ по 1-е января 1870 года оваріотомій, насколько его можно узнать изъ литературныхъ источниковъ, равно 2228, изъ которыхъ 41,40⁰/₀ окончилось смертію¹⁾. Само собою разумѣется, что на число это нельзя смотрѣть, какъ на выражающіе истинный процентъ смертности при оваріотоміи, вслѣдствіе неполноты, неточности и крайней разнородности матеріала, послужившаго фактической основой для вычисленія этой цифры.

Во всякомъ случаѣ, не смотря на всю неточность находящихся въ нашемъ распоряженіи числовыхъ данныхъ, легко видѣть, что оваріотомія принадлежитъ къ числу операций, которыя, съ одной стороны, вслѣдствіе абсолютной и часто весьма скорой смертельности болѣзни, для излеченія которой предпринимаются, а съ другой, по успѣхамъ, которыхъ отъ нея можно ожидать, должна быть вполнѣ признана въ настоящее время наукою и получить въ ней полное право гражданства. Господствующее мнѣніе объ оваріотоміи въ настоящее время довольно вѣрно выражено въ недавно вышедшемъ руководствѣ д-ра *М. И. Горвица*. Въ этомъ руководствѣ сказано, какъ и въ большинствѣ другихъ учебниковъ гинекологіи, что оваріотомія представляетъ какъ нельзя болѣе блестящее выполненіе одной изъ завѣтныхъ задачъ гинекологіи и что она „теперь составляетъ явленіе обыденной практики“²⁾.

Этимъ мы и должны закончить очеркъ историчеекаго хода развитіи оваріотоміи, судьба которой, какъ мы старались показать выше, въ высшей степени замѣчательна. Отъ появленія самыхъ первыхъ мыслей о ней до полного признанія наукою, она прошла, какъ мы видѣли, черезъ пять главныхъ фазисовъ, изъ которыхъ каждый послѣдующій вытекалъ изъ своего предъидущаго, какъ неизбѣжная историческая необходимость.

Нѣтъ сомнѣнія, что на результатахъ, добытыхъ понынѣ, оваріотомія не остановится. Въ ней есть много неразработанныхъ зачатковъ, которые, при дальнѣйшемъ развитіи своемъ, неминуемо отразятся весьма выгодно на результатахъ ея. Но путь, который ей предстоитъ, теперь можно предвидѣть совершенно ясно. Послѣ того какъ, вслѣдствіе болѣе двухсотлѣтней научной разработки, оваріотомія окончательно установилась въ наукѣ, ей остается только постепенно развиваться подъ вліяніемъ новыхъ научныхъ изслѣдованій и открытій. *Спенсеръ Уэльсъ*, въ компетентности котораго въ этомъ вопросѣ едва-ли кто станетъ сомнѣваться, полагаетъ, что недалеко то время, когда оваріотомія будетъ давать только 10⁰/₀ смертности, результатъ, который долженъ казаться поразительнымъ при сравненіи съ фактами, приведенными выше (Ср. періодъ третій и четвертый)³⁾.

¹⁾ Ср. *Gallez*, I. с. р. 537.

²⁾ *М. Горвицъ*. Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы, 1874 г. стр. 54.

Во второй части работы молодой авторъ останавливается на разсмотрѣніи трехъ очередныхъ вопросовъ, разработка которыхъ необходима, по его мнѣнію, для дальнѣйшаго успѣшнаго развитія ученія объ оваріотоміи.

1) *Послѣдовательное леченіе оперированныхъ*. Здѣсь особое вниманіе должно быть направлено на изученіе вопроса о дренажѣ брюшной полости. Разобравъ извѣстную работу *Симса*, посвященную этому вопросу, авторъ высказывается за широкое примѣненіе дренированія брюшной полости послѣ оваріотоміи.

2) *Распознаваніе кистъ яичника*. Для успѣха оперативнаго леченія кистъ яичника, дифференціальное распознаваніе ихъ должно быть подвергнуто тщательной разработкѣ. Кромѣ обычныхъ методовъ изслѣдованія, примѣняемыхъ съ должною тщательностію и послѣдовательностію, рекомендуется болѣе смѣлое употребленіе маточнаго зонда, пробный разрѣзъ, пробный проколъ, съ послѣдующимъ химико-микроскопическимъ изслѣдованіемъ выпущеннаго содержимаго, и изслѣдованіе черезъ прямую кишку всею рукою по *Simon'у*.

3) Въ виду несовершенства нашихъ современныхъ (1874 г.) методовъ распознаванія, рекомендуется *тщательная разработка тѣхъ операций* въ брюшной полости, къ которымъ приходится прибѣгать, по вскрытіи брюшной полости, *при сдѣланной діагностической ошибкѣ*. Сюда относятся: удаленіе почки, операціи надъ новообразованіями матки, сальника, брыжейки, печени и т. п.



Доклады на Създахъ Врачей и рѣчи проф. Г. Е. Рейна.—

Сочиненія, редактированныя проф. Г. Е. Рейномъ.



XXIX. Доклады на Създахъ Врачей и рѣчи проф. Г. Е. Рейна.

167. Объ учрежденіи курсовъ для врачей. Рѣчь, прочитанная на первомъ предварительномъ собраніи общества частныхъ преподавателей. СПб. Врачъ. 1882. № 47.
168. Объ организаціи курсовъ для врачей (Въ сотрудничествѣ съ приватъ-доцентомъ А. Якобсономъ). Докладъ, читанный въ собраніи приватъ-доцентовъ В. М. Академіи. СПб. Врачъ 1883. № 15.
169. О русскомъ народномъ акушерствѣ. Рѣчь въ общемъ собраніи III съезда русскихъ врачей. СПб. 1889.
170. Великая реформа въ современномъ акушерствѣ и хирургіи. Рѣчь, читанная на торжественномъ актѣ Университета св. Владиміра. Кіевъ, Университетскія Извѣстія. 1886.
171. Рѣчь, произнесенная при торжественномъ освященіи надстройки зданія Кіевской Акушерской Клиники. Юбилейный Сборникъ Славянскаго. СПб. 1894.

Ср. также:

- Zur Entwicklungsgeschichte der Milchdrüse. Докладъ въ анатомической секціи VI международного съезда врачей въ Лондонѣ.—Transactions of the international med. Congress. V. I. p. 175, Лондонъ. 1881. См. выше, стр. 31.
- По поводу 95 чревосѣченій. Докладъ на II създѣ русскихъ врачей въ соединенной гинекологической и хирургической секціяхъ. Труды II Съезда, стр. 76. Москва. 1887 г. См. выше, стр. 85.
- Объ асептикѣ при чревосѣченіяхъ. Докладъ въ медиц. секціи VIII Съезда русскихъ естествоиспытателей и врачей въ СПб. Врачъ 1890. № 2 и 3. См. выше, стр. 61.
- Шесть случаевъ чревосѣченія при внѣматочной беременности, съ демонстраціей препаратовъ. Докладъ въ акушерской секціи IV съезда русскихъ врачей въ Москвѣ. 1891, стр. 877. См. выше, стр. 145.
- Aseptik oder Antiseptik bei Laparotomien? Докладъ въ акушерской секціи X-го международного съезда врачей въ Берлинѣ.—Wiener medicinische Presse. 1891. № 8. См. выше, стр. 65.
- Sur la cure radicale de l'extrophie de la vessie (Exstirpation de la vessie, implantation des uretères dans le rectum). Докладъ въ акушерской секціи XI международного съезда врачей.—Atti dell' XI Congresso medico internazionale. Vol. V. 1895. См. выше, стр. 284.
- Fréquence relative et formes les plus usuelles des rétrécissements du bassin etc. Comptes rendus du congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. 2-me Session. Genève, p. 37—45 et p. 107. См. выше, стр. 190 и 296.
-

Г. Е. Рейнь.—Речь, прочитанная на первомъ, предварительномъ собраніи учредителей Общества Частныхъ Преподавателей (167). Охарактеризовавъ вкратцѣ тѣ неблагоприятныя условія, въ которыхъ находилось въ Академіи частное преподаваніе до 1882 года, авторъ обращается съ горячимъ призывомъ къ товарищамъ—частнымъ преподавателямъ—соединиться для дружеской общей работы, придать этому товарищескому союзу прочную организацію, образовавъ общество, разрѣшенное въ установленномъ закономъ порядкѣ.

По дѣйствовавшему въ то время положенію объ Академіи, приватъ-доцентамъ не представлялось почти никакихъ правъ: они не были приведены въ официальныхъ спискахъ преподавателей Академіи; въ росписаніи лекцій о занятіяхъ приватъ-доцентовъ не упоминалось не единымъ словомъ; имъ не оставлено было по росписанію ни одного свободнаго часа для лекцій изъ рабочаго дня: частный преподаватель имѣлъ право читать только въ часы, незанятые штатными преподавателями. За немногими исключеніями, частные преподаватели не имѣли въ своемъ распоряженіи ни единого больнаго, котораго они могли бы показать слушателямъ. Пользованіе средствами лабораторій и кабинетовъ нерѣдко было сопряжено съ большими трудностями. Назначеніе на диспуты и другія ученія или учебныя порученія дѣлались лишь, какъ рѣдкія исключенія; и ко всему этому званіе частнаго преподавателя, достигнутое не малыми трудами, не избавляло нѣкоторыхъ изъ приватъ-доцентовъ отъ необходимости отслуживать свои обязательные сроки въ военно-медицинскихъ должностяхъ VI разряда, т. е. такихъ, ниже которыхъ нѣтъ въ военномъ вѣдомствѣ, и притомъ вдали отъ всякихъ центровъ высшаго образованія.

Изъ краткаго сравнительнаго обозрѣнія частнаго преподаванія въ другихъ странахъ, приведеннаго авторомъ, видно, что нигдѣ частное преподаваніе не стѣснено до такой степени. Естественнымъ слѣдствіемъ такого положенія должно явиться то, что лучшія силы будутъ стремиться, какъ можно скорѣе, оставлять это неблагоприятное званіе, и, наоборотъ, элементы, присутствіе которыхъ способно привести учрежденіе къ еще большому упадку, переполняютъ его.

При существованіи же въ средѣ самыхъ частныхъ преподавателей товарищеской, разумно организованной, самопомощи, существенно выиграютъ главныя цѣли института частныхъ преподавателей—съ одной стороны, помощь студенту въ изученіи многочисленныхъ спеціальностей медицины, неизбѣжно требующихъ массы практическихъ упражненій, а съ другой—формированіе кадра опытныхъ преподавателей.

Предлагая соединиться для дружеской общей работы, авторъ полагаетъ, что основаніе общества частныхъ преподавателей не должно быть болѣе откладываемо, въ виду большого числа задачъ, требующихъ скорѣйшаго коллегіальнаго обсужденія.

Вопросы, которые, по мнѣнію автора, могли бы послужить, на первое время, предметомъ товарищескаго обсужденія, могутъ быть подведены подъ двѣ категоріи: вопросы чисто научные и вопросы административнаго характера. Въ научныхъ сообщеніяхъ, по

мнѣнію автора, недостатка, конечно, не будетъ, особенно, если заранѣе условиться, что, на ряду съ самостоятельными научными работами и открытіями, будетъ допускаться и постановка на очередь вопросовъ, если и не вполне новыхъ, то нуждающихся отъ времени до времени въ обсужденіи сообща.

Изъ числа административныхъ задачъ авторъ намѣтилъ слѣдующія группы вопросовъ:

1. Наиболѣе цѣлесообразное распредѣленіе частныхъ лекцій и другихъ занятій со студентами.

2. Вопросъ о матеріалѣ для лекцій. Въ этомъ случаѣ частному преподаванію въ больницахъ, на клиническомъ матеріалѣ, предстоитъ широкая будущность. Другой путь, могущій привести къ той-же цѣли—это учрежденіе поликлиники или, какъ въ Вѣнѣ, на средства частныхъ благотворителей, или, по соглашенію съ какимъ либо общественнымъ учрежденіемъ, напр., съ городскимъ управленіемъ и пр.

3. Организация краткихъ повторительныхъ курсовъ, преимущественно для врачей.

4. Ходатайство о пересмотрѣ нѣкоторыхъ параграфовъ временнаго положенія объ Академіи, относящихся до приватъ-доцентовъ.

5. Ходатайство объ учрежденіи особаго званія сверхштатныхъ ординарныхъ профессоровъ, въ родѣ французскихъ *agregés* и *professeurs libres*, безъ содержанія отъ правительства.

6. Ходатайство о дозволеніи обществу участвовать въ распредѣленіи суммы въ 1990 р., имѣющейся при Академіи для вознагражденія доцентовъ.

7. О назначеніи приватъ-доцентовъ для разбора диссертаций и для другихъ научныхъ и учебныхъ порученій, о допущеніи въ конференцію одного депутата отъ доцентовъ, съ правомъ голоса, по вопросамъ, касающимся доцентовъ, и пр.

Въ заключеніе, авторъ высказываетъ надежду, что съ поднятіемъ учрежденія, расширеніемъ его дѣятельности, улучшеніемъ положенія его сочленовъ, не замедлитъ образоваться и новый притокъ къ нему свѣжихъ силъ, какъ изъ Академіи, такъ и изъ заявившихъ себя научной дѣятельностью практическихъ врачей города и врачей больницъ.

Расширеніе же частнаго преподаванія, быть можетъ, будетъ способствовать, такимъ образомъ, уничтоженію, или, по крайней мѣрѣ, ослабленію той розни, которая замѣчается между больницами и факультетомъ.

Д-ръ Г. Рейнь и д-ръ А. Якобсонъ (168).—Объ организациіи курсовъ для врачей [Докладъ, читанный въ собраніи приватъ-доцентовъ (частныхъ преподавателей) В. М. Академіи].

Указавъ на настоятельную потребность въ устройствѣ курсовъ для врачей, обусловленную желаніемъ значительнаго числа врачей освѣжать отъ времени до времени свои познанія и знакомиться съ новѣйшими пріобрѣтеніями науки, тогда какъ воз-

возможность удовлетворить это желаніе поѣздкой за границу доступна немногимъ, авторы излагаютъ современное положеніе этого вопроса въ Россіи.

Профессорскіе, систематическіе курсы, читаемые для студентовъ въ университетахъ и въ Академіи, помимо того, что мало приноровлены къ потребностямъ врачей, такъ что врачъ на нихъ видитъ и слышитъ много ему извѣстнаго, значительно растянуты, прерываются многими праздниками, но представляютъ еще и чисто практическія неудобства. Такъ, сами студенты теряютъ много отъ большого количества слушателей—студентовъ, а врачъ является здѣсь еще большею помѣхой для нихъ, особенно, если онъ, пользуясь своимъ званіемъ, занимаетъ ближайшее мѣсто къ больному, къ операціонному столу и пр. Нерѣдко случается слышать жалобы студентовъ, что даже изъ-за ассистентовъ имъ ничего не видно. Лишнее говорить, что при небольшомъ количествѣ клиническаго матеріала относительно числа слушателей, всякое пользованіе этимъ матеріаломъ со стороны посторонняго врача идетъ, до извѣстной степени, въ ущербъ студентамъ. Затѣмъ, врачъ сознаетъ, что профессоръ нисколько не обязанъ заниматься съ нимъ, а потому онъ рѣдко позволяетъ себѣ задерживать и затруднять его своими вопросами.

Въ силу сказаннаго, давно уже ощущалась потребность въ частныхъ курсахъ для врачей, и такіе дѣйствительно читались профессорами Академіи по анатоміи, патологической анатоміи, фармакологіи и пр. Но курсы эти читались только по нѣкоторымъ, отдѣльнымъ предметамъ и къ тому же не были согласованы по времени между собою и, не смотря на это, врачами они встрѣчались съ большимъ сочувствіемъ. Тѣмъ болѣе могутъ надѣяться на успѣхъ правильно организованные курсы частныхъ преподавателей—курсы, на которыхъ въ теченіе $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяцевъ врачъ можетъ сдѣлать полезныя для себя пріобрѣтенія по нѣсколькимъ предметамъ. Понятно, что курсы эти должны быть доступны и студентамъ, особенно въ каникулярное время, когда они свободны отъ посѣщенія лекцій, такъ какъ есть основаніе думать, что студенты будутъ примыкать къ курсамъ для врачей.

Устройство курсовъ для врачей было бы весьма желательно и для многихъ изъ частныхъ преподавателей, такъ какъ многіе изъ нихъ не имѣютъ возможности удовлетворять своему назначенію и исполнять обязанности, требуемыя отъ нихъ уставомъ Академіи, единственно за неимѣніемъ часовъ для лекцій, вслѣдствіе того, что частные преподаватели не имѣютъ права читать въ одни часы съ профессорами и для своихъ лекцій располагаютъ только воскресеньемъ и вечерами, т. е. такимъ временемъ, которое, по справедливости, слѣдовало бы предоставить студентамъ для отдыха, чтенія и другихъ занятій. Курсы же для врачей могли бы читаться параллельно съ профессорскими лекціями. Планъ организаціи этихъ курсовъ могъ бы быть слѣдующій:

1. *Продолжительность курсовъ.* Для большинства предметовъ слѣдуетъ установить курсы приблизительно 6 недѣльные, съ 4-мя—5-ю лекціями въ недѣлю, отъ $1\frac{1}{2}$ до 2 час. каждая.

2. *Время курсовъ.* Было бы необходимо ежегодно, начиная съ этого же (1882) года, публиковать съ весны въ медицинскихъ изданіяхъ полное росписание частно-преподавательскихъ курсовъ на цѣлый годъ, чтобы слушатели могли заранѣе распредѣлить свое время. Объявленія о курсахъ должны быть вывѣшиваемы въ Академіи, всѣ вмѣстѣ на особой доскѣ, а равно и въ больницахъ и въ другихъ учрежденіяхъ, гдѣ будутъ разрѣшены лекціи частнымъ преподавателямъ. Росписание курсовъ должно составляться на общихъ собраніяхъ приватъ-доцентовъ, по взаимному соглашенію.

За единицу продолжительности курсовъ можно выбрать 6 недѣльную серію. Каждый читающій, по желанію, читаетъ или въ теченіе одной какой-либо имъ выбранной серіи, или же въ теченіе нѣсколькихъ, или всѣхъ 6-ти. При этомъ онъ или читаетъ всякій годъ и каждую серію одинъ и тотъ же предметъ, или мѣняется съ товарищами. Чтеніе же лекцій желательно начать съ будущаго учебнаго года.

3. *Курсы должны быть платные,* такъ какъ только при оплаченныхъ курсахъ лекторъ можетъ вполне точно опредѣлить число своихъ слушателей и съ нимъ собразовать необходимыя приготовленія, нерѣдко сопряженныя съ немалыми издержками, и было бы болѣе, чѣмъ странно, требовать, чтобы читающіе лекціи еще сами приплачивали за то, что посвящаютъ свое время и трудъ курсамъ.

4. Что касается *матеріала и мѣста преподаванія,* то единственнымъ исходомъ и при томъ въ высокой степени желательнымъ является обращеніе къ больницамъ, военнымъ госпиталямъ и другимъ лечебнымъ учрежденіямъ города; и, если бы Обществу частныхъ преподавателей удалось добиться до рѣшенія этого вопроса въ благоприятномъ для преподаванія смыслѣ, то этимъ оно заслужило бы себѣ почетную память за свою громадную услугу дѣлу медицинскаго образованія, не говоря уже о томъ, что успѣхъ частно-преподавательскихъ курсовъ былъ бы этимъ вполне обезпеченъ.

5. Что касается *предметовъ для преподаванія* на курсахъ для врачей, то они должны быть слѣдующіе: 1) Діагностика хирургическихъ болѣзней; 2) Хирургическая клиника; 3) Оперативная хирургія; 4) Ученіе о леченіи ранъ, съ десмургіей и механургіей; 5) Діагностика внутреннихъ болѣзней; 6) Клиника внутреннихъ болѣзней; 7) Гинекологическая діагностика; 8) Акушерская діагностика; 9) Гинекологическая и 10) Акушерская клиники; 11) Оперативное акушерство, съ упражненіями на фантомѣ или на трупѣ; 12) Гинекологическія операціи, съ упражненіями на трупѣ; 13) Клиника дѣтскихъ болѣзней; 14) Электротерапія; 15) Болѣзни мочеполовыхъ органовъ; 16) Кожныя болѣзни и сифились; 17) Офтальмоскопія; 18) Глазныя операціи; 19) Лярингоскопія; 20) Ушныя болѣзни; 21) Зубныя болѣзни; 21) Гистологическая техника; 23) Техника вскрытій и діагностика на трупѣ; 24) Патологическая гистологія; 25) Фармакологія; 26) Общая терапія; 27) Анализъ мочи и выдѣленій; 28) Способы гигиеническихъ изслѣдованій; 29) Судебно-медицинскія вскрытія; 30) Судебная психіатрія; 31) Токсикологія; 32) Эпизоотія.

Резюмируя все изложенное въ докладѣ, авторы приходятъ къ слѣдующимъ заключеніямъ.

1. Существуетъ несомнѣнная потребность въ правильно организованныхъ частно-преподавательскихъ курсахъ для врачей и студентовъ.

2. Курсы должны быть, по возможности, краткосрочные. За единицу слѣдуетъ признать 6-ти недѣльный курсъ.

3. Трудъ читающихъ долженъ оплачиваться.

4. Курсы на больныхъ должны читаться, по преимуществу, въ городскихъ больницахъ, въ военныхъ госпиталяхъ и въ другихъ врачебныхъ заведеніяхъ столицы, не эксплуатируемыхъ въ настоящее время съ учебною цѣлью.

5. Курсы имѣютъ начаться съ будущаго учебнаго года. (Дѣствительно начались и продолжались довольно успѣшно, пока не были открыты, по инициативѣ проф. *Эйхвальда*, курсы для врачей въ специально выстроенномъ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.—Реф.)

Проф. *Г. Е. Рейнъ*.—*О Русскомъ Народномъ Акушерствѣ* (169). Рѣчь въ общемъ Собраніи III Съѣзда Русскихъ Врачей. Рефер. д-ра *Θ. П. Матвѣева*.

Не смотря на скромное заглавіе статьи „о русскомъ народномъ акушерствѣ“, авторъ, помимо очень подробнаго историческаго очерка народнаго акушерства съ древнѣйшихъ временъ до послѣднихъ дней у различныхъ племенъ, населяющихъ Россію, приводитъ еще очень много интересныхъ свѣдѣній о народномъ акушерствѣ у древнѣйшихъ народовъ (Индусовъ, Китайцевъ, Персовъ, Бактровъ, Мидянъ, Грековъ, Римлянъ и др.).

Спеціальную часть авторъ раздѣляетъ на 3 отдѣла, соотвѣтственно 3-мъ главнымъ отдѣламъ физиологіи дѣторожденія: беременность, роды и послѣродовой періодъ. Главное вниманіе всюду отдается русской крестьянкѣ, какъ преобладающему элементу русскаго женскаго населенія. Что касается беременности, то въ большинствѣ случаевъ въ это время крестьянка не измѣняетъ своего обычнаго образа жизни, продолжая тяжелыя работы до самаго акта родовъ и только въ отдѣльныхъ мѣстностяхъ существуютъ воззрѣнія о необходимости оберегать беременную отъ различныхъ вредныхъ вліяній—непосильной работы и т. п.; при чемъ въ основѣ такихъ воззрѣній лежитъ вѣрованіе въ возможность происхожденія, отъ несоблюденія этого, извѣстныхъ уродствъ у плода.

Изгнаніе плода съ преступною цѣлью почти не наблюдается среди народовъ Россіи. Преступленіе это, скорѣе, замѣняется убійствомъ новорожденныхъ дѣтей въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременная желаетъ скрыть беременность и спасти свою дѣвическую честь.

Для акта родовъ, обыкновенно, избирается баня, и этотъ обычай рожденія въ банѣ, повидимому, ведетъ свое начало изъ глубокой древности. Въ Малороссіи, гдѣ нѣтъ бань, роженица нерѣдко удаляется въ какое-либо укромное мѣсто, напр., въ хлѣвъ, конюшню, комору, въ клѣтъ, порою и въ зимнее время; если же роженица остается

въ избѣ, то, по возможности, уединяется отъ всѣхъ домашнихъ. Не рѣдко случается, что роды застаютъ женщину и въ полѣ, за жатвой, и на сѣнокосѣ и т. п. При этомъ женщина обходится одна, безъ всякой помощи. У нѣкоторыхъ кавказскихъ племенъ, какъ, напр., хавсуровъ, шавовъ и тушинъ, для родовъ строится, примѣрно, въ одной верстѣ отъ селенія, особый шалашъ, въ которомъ происходятъ роды, и родильница затѣмъ остается въ немъ отъ 4—6 недѣль. Наоборотъ, у другихъ народностей, напр., у бурятъ христіанъ къ роженицѣ во время родовъ, въ особенности трудныхъ, собираются всѣ жители улуса, какъ бы для выраженія своего состраданія къ мукамъ роженицы.

Происхожденіе обычая родить втайнѣ, по всей вѣроятности, основано на идеѣ о нечистотѣ роженицы и есть обычай, заимствованный отъ другихъ народовъ древности и перенесенный въ Россію вмѣстѣ съ христіанствомъ и греческой цивилизаціей; но возможно, что онъ развился и самостоятельно, такъ какъ роды связаны съ выраженіями боли, мѣшающими другимъ членамъ семьи продолжать обычныя занятія; далѣе, родильница своими отдѣленіями можетъ загрязнить избу. Съ другой же стороны, въ основѣ этого обычая, быть можетъ, легло наблюденіе, что роды внѣ загрязненнаго жилья и при меньшемъ скопленіи постороннихъ лицъ протекаютъ болѣе благополучно. Избравъ подходящее мѣсто для родовъ, народъ въ большинствѣ случаевъ держится выжидательнаго метода. Помогаютъ при родахъ, обыкновенно, повитухи, или бабки; это—старухи и при томъ большею частью вдовы, научившіяся своему ремеслу путемъ собственнаго опыта на самой себѣ и затѣмъ провѣрившія его много разъ на своихъ односельчанахъ; онѣ же нерѣдко исполняютъ и роли знахарокъ. Часто вся роль повитухи, при правильныхъ родахъ, состоитъ въ принятіи ребенка, перевязкѣ пуповины и купаньи его; одновременно повитуха исполняетъ и хозяйскія обязанности родильницы. Въ нѣкоторыхъ же мѣстностяхъ, особенно при замедленіи родовъ, повитухи производятъ внутреннее изслѣдованіе роженицы, обыкновенно немытыми руками, при чемъ главная задача сводится на опредѣленіе—далеко ли ребенокъ; въ болѣе же трудныхъ случаяхъ повитухи рѣшаются на *расширеніе половой щели*, разрывъ оболочекъ и т. п. манипуляціи, причиняя нерѣдко роженицѣ, помимо септического зараженія, разрывы матки, промежности, вывихи и отрывы членовъ у новорожденныхъ и даже смерть ихъ. Въ нѣкоторыхъ же мѣстностяхъ, въ тяжелыхъ случаяхъ, роженицу встряхиваютъ. На Кавказѣ въ трудныхъ случаяхъ роль акушера исполняютъ пастухи, которые, съ большимъ искусствомъ, дѣлаютъ внутренній поворотъ.

Любимое положеніе роженицы въ 1-мъ періодѣ родовъ стоячее; при этомъ роженица не остается на одномъ мѣстѣ, а ходитъ по избѣ, или ее водить бабка. Этому хожденію придается народомъ какое то особенное, чуть не религиозное значеніе. Другихъ мѣръ въ первомъ періодѣ народъ почти не предпринимаетъ. Что касается положенія роженицы во 2-мъ періодѣ родовъ, то въ этомъ отношеніи русская женщина скорѣе приближается къ первобытнымъ племенамъ, нынѣ существующимъ на земномъ шарѣ и населявшимъ его во времена, предшествовавшія римской культурѣ, — это различные виды вертикальнаго положенія, начиная отъ

стоячаго до переходныхъ положеній къ лежащему, какъ-то положеніе на колѣнахъ, на корточкахъ, сидячее, полусидячее и т. д. Горизонтальное положеніе не пользуется особеннымъ сочувствіемъ среди народа. Оно считается замедляющимъ роды, а потому вреднымъ. При описаніи положеній у различныхъ народностей авторъ приводитъ много интересныхъ подробностей, между которыми попадаются и курьезныя; такъ, напр., въ Усольѣ, Пермской губерніи, роженицу, стоящую на колѣнахъ, заставляютъ перегибаться назадъ, или же укладываютъ ее въ растяжку на переломъ, на нѣсколько подложенныхъ подъ спину подушекъ, отчего брюхо поднимается кверху, а голова, грудь, ягодичная область и нижнія конечности опускаются гораздо ниже брюха. (Нѣчто подобное *Walcher*'овскому положенію.—Реф.). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ роженицу подвѣшиваютъ; подвѣшиваніе производится не только внизъ ногами, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при трудныхъ родахъ, его производятъ за ноги, внизъ головой. (Въ Пермской, Вятской, Нижегородской и Тульской губ.). Это положеніе напоминаетъ положеніе по *Тренделенбургу*.—Реф. Повсемѣстнымъ распространеніемъ пользуется въ Россіи встряхиваніе роженицы, при чемъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (Минская губернія) роль встрясателей исполняютъ евреи. Встряхиваніе иногда производится слѣдующимъ образомъ: послѣ пара въ печкѣ родильница вылезаетъ оттуда головой впередъ и руками опирается въ полъ; въ это время двое подхватываютъ ее руками подъ нижнюю часть живота, такъ чтобы она перегнулась, и въ этомъ положеніи ее нѣсколько разъ встряхиваютъ. Изъ механическихъ пособій примѣняется еще растираніе и разминаніе живота и нѣчто въ родѣ выжиманія плода по *Кристеллеру*. При затянувшихся родахъ, для усиленія дѣйствія брюшного пресса, бабка заставляетъ роженицу жилиться. При этомъ пускается повсемѣстно въ ходъ и извѣстное классическое народное средство—дутье въ бутылку. Далѣе, вызываются рвотныя движенія. Кромѣ того существуетъ цѣлый рядъ симпатическихъ средствъ: нашептанная вода, искры, настой изъ стружекъ отъ мельничной заставы и т. п. Сюда же относятся пуганіе роженицы внезапными выстрѣлами (съ цѣлю усилить схватки путемъ воздѣйствія на психику), внезапное бросаніе подъ ноги роженицы куриныхъ яицъ и т. п.

Въ періодъ выходненія послѣда народное акушерство придерживается, въ большинствѣ случаевъ, выжидательнаго метода. Въ случаѣ продолжительнаго задержанія послѣда, пуповину перерѣзываютъ и къ оставшемуся при послѣдѣ отрѣзку пуповины привязываютъ какойнибудь предметъ: лапотъ, ложку, сапогъ, или даже кирпичъ; въ нѣкоторыхъ же мѣстностяхъ, при задержаніи послѣда, примѣняютъ теплыя общія ванны и выпариванія; при этомъ дѣло не обходится безъ нашептываній, заговоровъ и т. п.; и только въ случаѣ неуспѣха вышеупомянутыхъ мѣръ повитухи рѣшаются на активное вмѣшательство—ручное удаленіе послѣда. Что касается пуповины, то въ Пермской губерніи, а иногда и въ Лапландіи ее вовсе не перевязываютъ, въ другихъ же мѣстностяхъ Россіи пуповина перевязывается тотчасъ послѣ родовъ, но обыкновенно только въ одномъ мѣстѣ, отступя пальца на 3 отъ пупочнаго кольца. Для перевязки употребляютъ скрученныя волокна конопли, суровыя нитки и т. п. У евреевъ Кіевск. губ., если ребенокъ слабъ, пуповину вовсе не перерѣзываютъ, а оставляютъ въ связи съ

дѣтскимъ мѣстомъ въ теченіи 6—8 дней, пока пуповина сама не отвалится. Самый процессъ перерѣзыванія сопровождается обрядами и повѣрьями.

Діететика послѣродового періода весьма несложна и начинается съ омовенія родильницы и новорожденного; вторая забота родильницы—это отдыхъ. Время отдыха ея различно: иногда только нѣсколько часовъ, иногда же однѣ, двое и даже трое сутокъ. Особой діеты родильницы русское народное акушерство не признаетъ; наоборотъ, почти вся первая послѣ родовъ недѣля представляетъ рядъ празднествъ: родины, крестины, изливки, отвѣдки.

Тщательно анализируя приемы, употребляемые въ народномъ акушерствѣ, авторъ приходитъ къ заключенію, что вѣковыя наблюденія народа въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказываются совершенно вѣрными, особенно при физиологическихъ родахъ, при которыхъ придерживаются болѣе выжидательнаго метода, и неблагоприятныя послѣдствія послѣ которыхъ у крестьянокъ едва-ли встрѣчаются чаще, чѣмъ у болѣе обеспеченныхъ слоевъ общества.

Картина рѣзко мѣняется при родахъ неправильныхъ, патологическихъ. Природа—мать здѣсь не выручаетъ, одинъ же эмпиризмъ, безъ здравыхъ понятій объ анатоміи и физиологіи, въ большинствѣ случаевъ, оказывается несостоятельнымъ, и начинаются мученія роженицы, инквизиторскія пытки, завершающіяся иногда смертью и матери, и младенца.

Логическимъ выводомъ изъ этого, почти безпомощнаго состояніи народа при патологическихъ родахъ, являются, по мнѣнію автора, слѣдующія мѣры: во первыхъ—возможно широкое распространеніе специальныхъ акушерскихъ свѣдѣній между врачами. Особенно должно быть обращено вниманіе на оперативное акушерство. Съ этою цѣлью при всѣхъ акушерскихъ клиникахъ и родильныхъ домахъ должны быть организованы, въ самихъ широкихъ размѣрахъ, повторительные курсы для врачей. Земскіе врачи должны быть командированы отъ времени до времени на такіе повторительные курсы, съ сохраненіемъ содержанія и съ субсидіей. Во вторыхъ—лучшая организація акушерской помощи въ населеніи, особенно сельскомъ, съ основаніемъ особыхъ родильныхъ покоевъ или акушерскихъ отдѣленій при земскихъ больницахъ, преимущественно для патологическихъ родовъ. Для физиологическихъ родовъ необходима подготовка сельскихъ повивальныхъ бабокъ изъ крестьянокъ въ самыхъ широкихъ размѣрахъ, чтобы каждая деревня имѣла свою бабку; снабженіе же деревни городскими акушерками не оказываетъ особенной пользы, такъ какъ крестьянки рѣдко обращаются къ такимъ акушеркамъ, предпочитая имъ своихъ повитухъ. Для подготовки крестьянскихъ повивальныхъ бабокъ могутъ служить, кромѣ клиникъ, родильныхъ домовъ и соответственныхъ школъ, также и упомянутые сельскіе родильные покои и акушерскія отдѣленія земскихъ больницъ. Здѣсь ученицы могутъ исполнять 1 или 2 года обязанности сидѣлокъ и прислуги, вслѣдствіе чего обученіе ихъ обойдется весьма недорого и нетрудно. (Такая подготовка крестьянскихъ повивальныхъ бабокъ производится съ успѣхомъ, въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, при Кіевской Акушерской Клиникѣ.—Реф.).

Крестьянскія повивальныя бабки должны вести только чисто физиологическіе роды, строго соблюдая безгнилостный способъ. При появленіи какихъ-либо осложнений, онѣ немедленно должны прибѣгать къ помощи врача.

Въ заключеніе, авторъ, желая подвергнуть народное акушерство тщательному изученію во всѣхъ его деталяхъ и во всѣхъ частяхъ нашей родины, обратился съ призывомъ ко всѣмъ членамъ III-го Съѣзда Врачей—сообща потрудиться надъ собираніемъ необходимыхъ матеріаловъ по этому вопросу. Для облегченія работы и для необходимаго однообразія плана изслѣдованій, авторомъ составлены, отпечатаны и розданы всѣмъ членамъ съѣзда подробные вопросные пункты, которые и помѣщены въ концѣ статьи.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—*Великая реформа въ современномъ акушерствѣ и хирургіи.* (170). Въ блестящей актовѣ рѣчи авторъ излагаетъ основы паразитарнаго ученія различныхъ заболѣваній ранъ и проводитъ аналогію между ранеными и родильницами. Далѣе, изложена исторія происхожденія *Листеровскаго* способа и приведены сравнительныя цифровыя данныя между смертностью хирургическихъ больныхъ и роженицъ—до и послѣ введенія антисептическаго способа. Изложеніе всюду строго научное и при томъ популярное, совершенно понятное для интеллигентной публики.

Проф. Г. Е. Рейнъ.—*Рѣчь, произнесенная при торжествѣ освященіе надстройкі зданія акушерской клиники въ Кіевѣ, 7 ноября 1893 года* (171).

Указавъ на важное значеніе расширеній Клиникъ, какъ въ научно-педагогическомъ, такъ и въ гуманномъ отношеніи, авторъ приводитъ цифровыя данныя, свидѣтельствующія о дѣятельности акушерской клиники въ истекшемъ десятилѣтіи (1883—1893 гг.) и указываетъ на постепенный ростъ учрежденія, благодаря которому удалось оказать врачебную помощь нѣсколькимъ десяткамъ тысячъ женщинъ изъ населенія края. (Ср. выше стр. 219). Приведена также историческая справка о возникновеніи новыхъ клиникъ, расширеніи ихъ и объ учрежденіи акушерской поликлиники.—Описана организація клиники и ея научная дѣятельность.

Въ заключеніе, высказана въ теплыхъ выраженіяхъ признательность жертвователямъ—наслѣдникамъ барона Рудольфа Васильевича Штейнгеля, давшимъ капиталъ въ 50,000 руб., на проценты съ котораго будетъ производиться содержаніе 10 кроватей во вновь учреждаемомъ отдѣленіи имени ихъ родителей



XXX. Изданія, редактированныя проф. Г. Е. Рейномъ.

-
172. **H. Fritsch.**—Основы патологии и терапии послѣродового періода. Переводъ съ нѣмецкаго. СПБ. 1885 годъ.
 173. **K. Schroeder.**—Учебникъ Акушерства. Переводъ съ 9-го нѣмецкаго изданія. Русское изданіе 4-е. СПБ. 1888 годъ.
 174. **K. Schroeder.**—Учебникъ Акушерства. Переводъ съ 12-го нѣмецкаго изданія, обработаннаго *Ольсгаузеномъ* и *Фейтомъ*. Русское изданіе 5-е. СПБ. 1895 годъ.
 175. **Doyen.**—Хирургическая техника. Введеніе. Кіевъ. 1898 годъ.
 176. **Протоколы засѣданій Кіевского Акушерско-Гинекологическаго Общества**, состоящаго при Императорскомъ университетѣ Св. Владиміра, съ **Приложеніями**. Томы I—XII, выпуски 1—23. Кіевъ. 1887—1899 годы.

Д-ръ *H. Fritsch.* — „*Основы патологии и терапии послѣродового періода*“ (172).

Приводимъ предисловіе редактора перевода, достаточно характеризующее значеніе данной книги, имѣвшей большое значеніе въ свое время, то есть при введеніи въ практику антисептической профилактики рожениць Въ предисловіи редакторъ пишетъ:

„Содержаніе небольшой книги профессора *Фрича* совершенно соотвѣтствуетъ ея заглавію. Читатель не найдетъ въ ней строго систематическаго изложенія всѣхъ послѣродовыхъ заболѣваній. О нѣкоторыхъ изъ нихъ даже не говорится вовсе или только упоминается въ скользь. Наоборотъ, въ этомъ сочиненіи данъ довольно полный сводъ всѣхъ общихъ, руководящихъ принциповъ, основаній современнаго ученія о заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, ихъ сущности, причинахъ, главнѣйшихъ формахъ проявленія ихъ, предсказаніи, профилактики и леченіи. Всѣ эти данныя изложены въ удобопонятной формѣ простаго разсказа, поясненнаго во многихъ мѣстахъ примѣрами изъ собственныхъ наблюденій автора. Авторъ, какъ извѣстно, былъ одинъ изъ первыхъ, ратовавшихъ словомъ и дѣломъ за примѣненіе строгой антисептики при родахъ. Ему, какъ редактору реферирующаго гинекологическаго журнала, неустанно слѣдившему въ теченіи послѣдняго десятилѣтія за развитіемъ современнаго ученія о происхожденіи

послѣродовыхъ заболѣваній и о примѣненіи антисептики къ родовому акту, было легче, чѣмъ кому либо другому справиться со своею задачею. Всѣ многочисленныя предложенія, появлявшіяся въ литературѣ, были имъ своевременно испытаны и провѣрены у постели больныхъ, многія цѣнныя нововведенія связаны съ его именемъ, и все оцѣнено здраво и практически; ненужное отброшено, необходимое выставлено—въ весьма энергическихъ выраженіяхъ—на первомъ мѣстѣ. Въ своей практикѣ авторъ не обнаруживаетъ снисхожденія и къ себѣ самому, наравнѣ съ другими „фанатиками антисептики“, тамъ, гдѣ они зашли слишкомъ далеко въ своемъ увлеченіи новымъ ученіемъ.

Книга прочтется, мнѣ кажется, съ пользою и начинающимъ практическую жизнь врачомъ и болѣе опытнымъ практикомъ, пожелающимъ ознакомиться со взглядами талантливаго автора и освѣжить въ своей памяти все, относящееся къ данному вопросу и разсѣянное въ многочисленныхъ журналахъ и монографіяхъ“. Кіевъ. 6-го іюня 1885 года.

Переводъ сдѣланъ ординаторами Кіевской Акушерской Клиники и другими врачами.

„Учебникъ Акушерства, со включеніемъ патологіи беременности и родильнаго періода“ К. Шредера (173). Переводъ съ 9-го исправленнаго изданія подъ ред. проф. Г. Е. Рейна (Русское изданіе 4-е). СПб. 1888.

„Учебникъ Акушерства“ К. Шредера (174). Переводъ съ 12-го изданія К. Schroeder. „Lehrbuch der Geburtshülfe, neu bearbeitet von R. Olshausen und I. Veit“, подъ ред. проф. Г. Е. Рейна (Русское изданіе 5-е). СПб. 1895. Рецензія д-ра А. А. Редлиха.

Оба эти изданія были переведены съ нѣмецкаго языка бывшими ординаторами Акушерской Клиники, первое—д-ромъ В. Г. Калюжнымъ, второе—д-рами А. Г. Боряковскимъ, Г. Г. Брюно и В. Н. Гогошкимъ и редактированы въ печати проф. Г. Е. Рейномъ. Одинъ тотъ фактъ, что руководство выдержало на нѣмецкомъ языкѣ 13 изданій, явившись въ послѣднее время въ обработкѣ профф. Ольсгаузена и Фейта, и 5 русскихъ изданій, говоритъ уже достаточно въ его пользу, какъ руководства. Переводъ его почти на всѣ европейскія языки свидѣтельствуетъ о его широкомъ распространеніи среди медицинской публики. Строго научное изложеніе предмета, иногда нѣсколько сжатое и сухое, окупается съ избыткомъ, ясностью и логичностью мысли, а проведеніе всюду принциповъ анатоміи, физиологіи, общей патологіи дѣлаетъ то, что настоящее руководство должно быть причислено къ числу классическихъ сочиненій по медицинѣ. Книга снабжена примѣчаніями къ предшествующимъ русскимъ изданіямъ проф. М. И. Горвица, обозначенныхъ буквою Г., и проф. Г. Е. Рейна—подъ буквою Р., и иллюстрирована прекрасными рисунками. Къ книгѣ приложены портреты покойныхъ Шредера и Горвица съ ихъ краткими біографіями. Біографія Шредера написана проф. Г. Е. Рейномъ, біографія Горвица—проф. Н. Н. Феноменовымъ.

Оба изданія принадлежатъ К. Л. Риккеру и не оставляютъ желать лучшаго.

Переводчики и редакторы, взявшіе на себя этотъ тяжелый трудъ, должны быть въ избыткѣ удовлетворены сознаниемъ распространенія этого классическаго сочиненія по акушерству среди русской учащейся молодежи.

Doyen. „Хирургическая техника“ (175). Переводъ съ французскаго, съ предисловіемъ проф. Г. Е. Рейна. Кіевъ. 1898 г.

„Книга заключаетъ въ себѣ только введеніе къ сочиненію извѣстнаго французскаго хирурга *Doyen*'а „Хирургическая техника“. Мотивы для перевода выражены слѣдующимъ образомъ въ предисловіи редактора:

Книга *Doyen*'а представляетъ, безспорно, выдающееся явленіе въ современной хирургической литературѣ. Нѣкоторые взгляды автора подкупаютъ читателя своею оригинальностію, красотою и новизною. Основная идея книги заслуживаетъ полного сочувствія. Настало время для современныхъ хирурговъ, такъ увлекающихся антисептикой, вспомнить и завѣты доантисептической хирургіи— оперировать быстро, красиво, хорошо.

Пока выпускается въ печать только переводъ „Введенія“. Эта часть книги, заключающая общіе взгляды автора на современную хирургію, представляетъ собою какъ бы отдѣльное сочиненіе. Желательно, чтобы весь капитальный трудъ *Doyen*'а, еще не оконченный печатаніемъ въ оригиналѣ, сдѣлался достояніемъ русской литературы“.

Протоколы засѣданій Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, состоящаго при Императорскомъ университетѣ св. Владиміра, съ Приложеніями (1886—1899) (176). Рецензія прив.-доцента Н. К. Неелова.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ Кіевѣ было учреждено въ 1886 году по инициативѣ профессора *Г. Е. Рейна* и при ближайшемъ участіи небольшого кружка врачей, группировавшихся около Акушерской Клиники. Становясь въ положеніе совершенно безпристрастнаго историка, нельзя не констатировать того факта, что съ избраніемъ профессора *Г. Е. Рейна* на Кіевскую кафедру акушерства, какъ для самой кафедры, такъ, слѣдовательно, и для Акушерской Клиники и для акушерства всего Юго-Западнаго Края началась новая эра. Молодой, энергичный, вооруженный богатымъ запасомъ знаній и одушевляемый благороднымъ желаніемъ работать, учиться, поучать и приносить пользу какъ страждущимъ, такъ и горячо любимой наукѣ,—профессоръ разбудилъ спящіе умы и, подавая самъ примѣръ, заставилъ работать.—А разъ случилось это, естественно, явилась потребность въ общеніи, въ обмѣнѣ мыслями между врачами—акушерами по разнымъ вопросамъ акушерства и гинекологіи. И вотъ, въ апрѣлѣ 1886 года устраивается первое собраніе всѣхъ врачей, занимавшихся въ то время акушерствомъ въ Кіевѣ; на этомъ собраніи была избрана комиссія для составленія

проекта устава общества; вскорѣ уставъ былъ готовъ, утвержденъ правительствомъ 2 ноября 1886 года, и 9 декабря 1886 года общество начало свое фактическое существованіе: было избрано бюро и состоялось *первое засѣданіе*. Первымъ предсѣдателемъ общества былъ выбранъ проф. *Г. Е. Рейнь*, который исполняетъ эту должность уже безсмѣнно 14-й годъ. Секретарями были: *М. А. Воскресенскій, А. И. Красковскій, А. Г. Боряковскій, Н. В. Шуварскій, Г. Ф. Писемскій* и *А. А. Редлихъ*, т. е. все штатные ординаторы Кіевской Акушерской Клиники. Значительная часть трудовъ и сообщеній также вышла изъ Акушерской Клиники (почти до 50^{0/0}), а потому тѣмъ болѣе мы считаемъ умѣстнымъ представить болѣе или менѣе подробный рефератъ о деятельности Общества въ настоящемъ изданіи.

Въ 1887 году, 13 декабря, Общество было присоединено къ университету и подъ названіемъ „Акушерско-Гинекологическое общество въ Кіевѣ, состоящее при Императорскомъ университетѣ Св. Владиміра“ существуетъ и по сей день. „Протоколы“ Общества съ приложеніями сначала печатались только въ видѣ самостоятельнаго изданія. Затѣмъ, съ присоединеніемъ Общества къ университету, они одновременно печатались и въ Университетскихъ Извѣстіяхъ, а нынѣ печатаются также въ С.-Петербургѣ, въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ Болѣзней, по особому соглашенію съ редакціей, а также въ Берлинѣ, въ *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*.

Въ настоящее время Общество состоитъ изъ 11 почетныхъ членовъ, 125 дѣйствительныхъ и 10 членовъ корреспондентовъ. Въ числѣ почетныхъ членовъ состоятъ: *Ея Императорское Высочество Великая Княгиня Александра Петровна, графиня Софья Сергѣевна Игнатьева* и профф. *Budin, Pinard, Sänger, Winckel, Waldeyer, И. П. Лазаревичъ, В. В. Пашутинъ, Н. В. Склифасовскій* и *Г. Е. Рейнь*.

За полныхъ 12 лѣтъ своего существованія Общество издало 12 томовъ „Протоколовъ“, раздѣленныхъ на 23 выпуска (24-й выпускъ на дняхъ появится въ свѣтъ).— Изданы „Протоколы“ прекрасно: хорошая бумага, печать, почти полное отсутствіе опечатокъ, многочисленныя рисунки и таблицы, — все это свидѣтельствуетъ о кропотливой и добросовѣстной работѣ редакціи изданія.— Прекрасной внѣшности вполне соотвѣтствуетъ содержаніе.—Въ третьей книжкѣ VII тома „Русскаго Архива Патологіи“ рецензентъ прив.-доцентъ *В. Груздевъ* говоритъ о „Протоколахъ“ такъ: „памятникомъ плодотворной научной дѣятельности Общества являются 22 объемистыхъ выпуска изданія, носящаго скромное названіе „Протоколовъ“ засѣданій Общества, на самомъ же дѣлѣ представляющихъ собою настоящій Акушерско-Гинекологическій журналъ“ и т. д.— Мы позволили бы себѣ нѣсколько иначе охарактеризовать изданія Кіевского Акушерскаго Общества, именно мы бы назвали его хорошимъ учебникомъ по гинекологіи и сборникомъ работъ по акушерству. Въ самомъ дѣлѣ, какъ мы увидимъ ниже, почти нѣтъ ни одного отдѣла Гинекологіи, который не имѣлъ бы своего представителя, въ видѣ докладовъ, въ Обществѣ и, слѣдовательно, въ видѣ статьи въ „Протоколахъ“. Рядомъ съ очень краткими казуистическими замѣтками и демонстраціями, нѣкоторые отдѣлы какъ по акушерству, такъ и по гинекологіи представлены такъ, что могутъ

быть, по справедливости, названы почти монографіями. Укажемъ, на примѣръ, на статьи о выворотѣ матки, о внѣматочной беремености, о промываніи послѣродовой матки и т. д. Разсматривая „Протоколы“, съ высказанной нами точки зрѣнія, мы считаемъ здѣсь умѣстнымъ перечислить полностью содержаніе вышедшихъ по сей день выпусковъ „Протоколовъ“, имѣя въ виду, что изданіе это весьма мало распространено среди читающей медицинской публики. При этомъ мы будемъ придерживаться того порядка, какой принятъ въ наиболѣе извѣстныхъ учебникахъ Гинекологіи и Акушерства.

*По анатоміи и физиологіи женскихъ половыхъ органовъ были сдѣланы слѣдующіе доклады*¹⁾:

1. Н. К. Нееловъ.—Демонстрація микроскопическихъ препаратовъ дѣвственной плевы (Протокль № 9). **127.**
2. Проф. В. В. Подвысоцкій.—Къ вопросу о созрѣваніи граафова пузырька у млекопитающихъ (Прот. № 9).
3. М. Н. Паргаминъ.—Нѣкоторыя цифровыя данныя, относящіяся къ статистикѣ половыхъ отправленій евреекъ (Прот. № 22).
4. С. В. Розовъ.—Статистическія данныя по тому же вопросу изъ матеріала Кіевской Акушерской Клиники и частной амбулаторіи профессора Г. Е. Рейна (Прот. № 22). **100.**
5. А. А. Кисель.—О положеніи матки у дѣтей (Прот. № 26).
6. И. С. Колбасенко.—Семирѣченская киргизка въ акушерскомъ отношеніи: плодовитость ея и дѣтская смертность (Прот. № 16).
7. Н. В. Шуварскій.—Къ матеріалу ученія о безплодіи (Прот. № 71). **99.**
8. В. Л. Лозинскій.—Демонстрація женщины съ добавочнымъ соскомъ (Прот. № 82). **157.**
9. Г. Ф. Писемскій.—Демонстрація микроскопическихъ препаратовъ срѣзовъ фаллопиевыхъ трубъ послѣ перевязки ихъ (Прот. № 83). **77.**

По гинекологіи сдѣланы были слѣдующія сообщенія:

I. Болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ и пороки развитія ихъ.

1. А. Г. Боряковскій.—Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ (Прот. № 2). **125.**
2. И. А. Чуевскій.—Демонстрація больной со слоновой проказой наружныхъ половыхъ органовъ (Прот. № 2). **122.**
3. Н. К. Нееловъ.—Elephantiasis vulvae. Вып. 2. Приложенія, стр. 111. **123.**
4. П. И. Финкель.—Демонстрація двухъ больныхъ съ атрезіей влагалища (Прот. № 6).
5. Н. И. Миловидовъ.—Демонстрація больной съ рѣдкими пороками развитія половыхъ органовъ (Прот. № 7). **137.**
6. А. Г. Боряковскій.—Къ казуистикѣ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ (Протокль № 8). **126.**
7. М. А. Воскресенскій.—О способѣ Lawson Tait'a зашиванія старыхъ разрывовъ промежности (Прот. № 16).
8. Ѳ. А. Савинъ.—Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ внѣ акта родовъ (Прот. № 19).
9. М. Н. Вуичъ.—Демонстрація больной съ haematocolpos unilateralis, при двойномъ влагалищѣ и двойной маткѣ (Прот. № 22). **129.**

¹⁾ Цифры, напечатанныя жирнымъ шрифтомъ, рядомъ съ заглавіемъ статьи, указываютъ № реферата въ настоящемъ изданіи.

10. Э. М. Эліасбергъ.—Случай полного отсутствія матки и рукава (Прот. № 23).
11. А. И. Красковскій.—Двухсторонняя поховая грыжа яичниковъ и двураздѣльной матки (Прот. № 23). **138.**
12. Н. К. Ващенко.—Случай elephantiasis praeputii clitoridis et labiorum parvae et magnae (Прот. № 49).
13. Ю. А. Аншелесъ.—Къ казуистикѣ пороковъ развитія женскихъ половыхъ органовъ (Протоколь № 58).
14. Д. А. Карра.—Демонстрація больной съ задержаніемъ менструальной крови въ полости одной половины двурогой матки и въ зарощенной половинѣ двойного влагалища (Прот. № 59). **130.**
15. В. Н. Гогоцкій.—Демонстрація клинической больной съ расщепленіемъ таза, выпаденіемъ матки и эктопіей мочевого пузыря (Прот. № 63).
16. Н. К. Нееловъ.—Демонстрація больной со слоновой проказой наружныхъ половыхъ органовъ (Прот. № 64).
17. Н. М. Волковичъ.—Случай порока развитія въ мочеполовомъ аппаратѣ (Прот. № 66).
18. Н. Н. Михайловъ.—Случай гангрены наружныхъ половыхъ органовъ (Прот. № 68).
19. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація анатомическаго препарата ложнаго гермафродитизма (Протоколь № 69). **119.**
20. Г. Г. Левицкій.—Демонстрація скелетированнаго женскаго расщепленнаго таза (Протоколь № 71). **83.**
21. М. А. Воскресенскій.—Два случая слоновой проказы (Прот. № 75).
22. П. Ю. Кроль.—Три случая зачаточной матки (Прот. № 76). **139.**
23. П. Ю. Кроль.—Демонстрація больной съ расщепленнымъ тазомъ и выворотомъ мочевого пузыря (Прот. № 77). **84.**
24. С. В. Петрыковскій.—Демонстрація больной съ atresia vaginae (Прот. № 91).
25. С. В. Петрыковскій.—Демонстрація больной съ atresia vaginae (Прот. № 93).
26. С. Б. Быховскій.—Случай гермафродитизма (Прот. № 94).
27. Э. А. Савинъ.—Демонстрація больной съ двойнымъ влагалищемъ и двураздѣльной маткой (Прот. № 96).
28. С. В. Жеваховъ.—Демонстрація гермафродита (Прот. № 96). **120.**
29. С. В. Жеваховъ.—Демонстрація препарата ложнаго гермафродитизма (Прот. № 98). **121.**
30. Э. А. Савинъ.—Демонстрація больной съ fistula vulvo-rectalis (Прот. № 16).
31. В. Г. Клячкина.—Демонстрація больной послѣ операциі episioleisis rectalis (Прот. № 66).

II. Болѣзни влагалища.

1. Э. А. Савинъ.—Къ вопросу объ инородныхъ тѣлахъ влагалища (Прот. № 8).
2. С. Г. Шалита.—Демонстрація больной съ искусственно произведеннымъ влагалищемъ и послѣдовательной пересадкой слизистой оболочки большихъ и малыхъ губъ (Прот. № 16).
3. Э. А. Савинъ.—Къ вопросу объ инородныхъ тѣлахъ влагалища (наблюденіе второе). (Протоколь № 21).
4. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація куска алюминіевыхъ квасцовъ, извлеченнаго изъ влагалища больной (Прот. № 21). **135.**
5. Я. П. Бѣляевъ.—Случай colpocleisis rectalis (Прот. № 24).
6. Ф. Л. Сегетъ.—Демонстрація инороднаго тѣла, извлеченнаго изъ мочевого пузыря женщины (Прот. № 41).
7. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація больной послѣ операциі искусственно образованнаго влагалища (Прот. № 56). **56.**
8. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація больной послѣ операциі искусственно произведеннаго влагалища (Прот. № 59). **57.**
9. Г. Е. Рейнъ.—Четвертый случай кольпопластики при defectus vaginae (Прот. № 69). **58.**
10. В. Н. Гогоцкій.—Демонстрація больной съ разрывомъ задняго свода, происшедшимъ при совокупленіи (Прот. № 74). **132.**

11. К. К. Кеглеръ.—Демонстрація больной съ мягкимъ шанкромъ влагалища (Прот. № 85). **134.**
12. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація больной послѣ операциі colporoësis (Прот. № 90).
13. Г. Е. Рейнъ.—Операциа colporoësis по водоизмѣненному способу (Прот. № 92). **59.**

III. Болѣзни матки.

1. А. И. Красковскій. Случай внезапной смерти послѣ удаленія подслизистой міомы матки (Протоколь № 3). **142.**
2. Г. Е. Рейнъ.—Полное вырѣзываніе раково-перерожденной матки черезъ влагалище (Протоколь № 9). **41.**
3. А. Г. Боряковскій.—Отчетъ о 16 міомотоміяхъ (Прот. № 11). **36.**
4. Г. В. Линовскій.—Отчетъ о леченіи хроническаго цервикальнаго эндометрита прижиганіями цинковыми квасцами (Прот. № 13).
5. Ф. Ф. Кѣтлинскій.—Prolapsus uteri completus cum carcinomate portiois vaginalis uteri incipienti. Extirpatio uteri, totalis (Прот. № 13).
6. Г. Е. Рейнъ.—О рѣдкой формѣ рака шейки матки, съ демонстраціей макро—и микроскопическихъ препаратовъ (Прот. № 13). **143.**
7. М. А. Воскресенскій.—Полное вырѣзываніе черезъ влагалище фиксированной раково-перерожденной матки, съ демонстраціей макро—и микроскопическихъ препаратовъ (Прот. № 14).
8. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація больной послѣ операциі ventro-fixatio uteri retroflexi fixati (Протоколь № 24). **140.**
9. Н. К. Нееловъ.—Случай ущемленія перегнутой кзади беременной матки (Прот. № 27). **104.**
10. И. С. Федоренко.—Демонстрація микроскопическихъ препаратовъ рака матки съ каріокинезомъ въ раковыхъ клѣткахъ (Прот. № 28).
11. М. М. Розенгартъ.—О вліяніи размѣровъ таза на положеніе и нѣкоторые патологическія состоянія матки (Прот. № 34).
12. И. И. Ляхницкій.—Случай радикальнаго излеченія перегиба матки кзади путемъ операциі—ventrofixatio (Прот. № 31). **141.**
13. Н. К. Нееловъ.—Къ вопросу о примѣненіи электричества при леченіи міомъ матки (Протоколь № 38). **147.**
14. Н. П. Марьянчикъ.—Къ леченію эндометрита ихтіоломъ (Прот. № 48).
15. Н. К. Нееловъ.—Случай полного выворота матки въ послѣродовомъ періодѣ (Прот. № 48).
16. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація больныхъ съ полнымъ выворотомъ матки (Прот. № 48). **63.**
17. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація больной послѣ излеченія выворота матки (Прот. № 49). **63.**
18. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація препарата удаленной путемъ чревосѣченія раково-перерожденной матки. (Прот. № 51). **144.**
19. Н. В. Шуварскій.—Случай излеченія двадцатилѣтняго выворота матки (Прот. № 51). **60.**
20. В. П. Жемчужниковъ.—Случай выворота матки (Прот. № 51). **61.**
21. Г. Н. Назаретовъ.—Случай выворота матки, съ выпаденіемъ ея и стѣнокъ влагалища, осложненный стебельчатымъ фиброидомъ дна матки (Прот. № 51). **62.**
22. Г. Е. Рейнъ.—Нѣсколько замѣчаній о леченіи выворота матки (Прот. № 51). **63.**
23. М. А. Воскресенскій.—Демонстрація макроскопическаго препарата матки съ подслизистой міомой (Прот. № 52).
24. М. А. Воскресенскій.—О полномъ вырѣзываніи матки черезъ влагалище (Прот. № 53).
25. Н. К. Нееловъ.—Къ вопросу о чужеядныхъ рака матки (Прот. № 54).
26. А. И. Красковскій.—Случай выворота матки, осложненный фиброидомъ дна матки (Протоколь № 68).
27. Н. К. Нееловъ.—Случай полного выворота матки послѣ родовъ (Прот. № 72).
28. М. А. Воскресенскій.—Демонстрація матки съ яичниками и трубами, удаленныхъ посредствомъ чревосѣченія по причинѣ міомы (Прот. № 73).
29. В. Я. Дукельскій.—По поводу одного случая hysteromyotomiae (Прот. № 73).

30. Д. А. Абуладзе.—Демонстрація больной съ полнымъ хроническимъ послѣродовымъ выворотомъ матки (Прот. № 77). **65.**

31. Н. К. Нееловъ.—Случай туберкулеза матки (Прот. № 85).

32. Б. I. Пашкевичъ.—Демонстрація больной, страдающей ракомъ матки, послѣ примѣненія жженныхъ квасцовъ съ цѣлью излеченія болѣзни (Прот. № 96).

33. А. А. Редлихъ.—Четвертый случай излеченія полного послѣродового выворота матки (Прот. 1895 г. Прилож., стр. 157). **64.**

IV. Болѣзни яичниковъ, трубъ и другихъ придатковъ матки.

1. Я. П. Бѣляевъ. Случай оваріотоміи при дермоидѣ яичника (Прот. № 3).

2. А. Г. Боряковскій.—Случай кастраціи при истерозпилепсіи (Прот. № 4). **148.**

3. Г. Е. Рейнъ.—Двусторонняя оваріотомія при органическомъ порокѣ сердца, съ благополучнымъ исходомъ (Прот. № 8). **35.**

4. Г. Е. Рейнъ.—Къ вопросу о леченіи кистомъ яичниковъ разрѣзомъ (съ демонстраціей больной и препарата) (Прот. № 11). **38.**

5. И. К. Вирскій.—Демонстрація больной съ отдѣленіемъ менструальной крови изъ рубца брюшной стѣнки, оставшагося послѣ оваріотоміи, произведенной по внѣбрюшинному способу (Протоколь № 11). **156.**

6. А. Т. Богаевскій.—*Kystoma ovarii proliferum glandulare dextrum. Ovariectomy completa duplex* (Прот. № 12).

7. Н. К. Нееловъ.—Къ вопросу о леченіи кистъ яичниковъ разрѣзомъ черезъ влагалище (Протоколь № 12). **44.**

8. М. М. Розенгартъ.—Крупозная пневмонія послѣ оваріотоміи (Прот. № 14).

9. А. А. Кисель.—Нѣкоторыя статистическія данныя о кистахъ яичниковъ въ дѣтскомъ возрастѣ (Прот. № 26).

10. С. В. Розовъ.—Демонстрація плотной опухоли яичника (Прот. № 28).

11. И. И. Федоровъ.—Нѣсколько замѣчаній къ вопросу объ оперативномъ леченіи заматочной кровяной опухоли (Прот. № 35).

12. Ф. Л. Сегетъ.—Демонстрація червовиднаго отростка, вращеннаго въ стѣнку кистомы яичника и симулировавшаго при операциі ножку кисты (Прот. № 41).

13. Г. Е. Рейнъ.—Случай влагалищной оваріотоміи (Прот. № 43). **45.**

14. Н. В. Унтиловъ.—Демонстрація препаратовъ гнойнаго скопленія въ фаллопиевыхъ трубахъ (Прот. № 46). **150.**

15. Г. Е. Рейнъ.—Обзоръ 310 чревосѣченій (Прот. № 46). **39.**

16. В. П. Образцовъ.—Демонстрація больной съ туберкулезнымъ перитонитомъ (Прот. № 67).

17. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація 6-ти-лѣтней больной съ кистой яичника (Прот. № 67). **149.**

18. Н. В. Щербаковъ.—Нѣсколько замѣчаній о леченіи бугорчатаго воспаления брюшины (Протоколь № 69).

19. Г. Е. Рейнъ.—Случай оваріотоміи у 6-ти-лѣтней больной (Прот. № 69). **149.**

20. Г. Г. Левицкій.—Оваріотомія черезъ прямую кишку во время родовъ (Прот. № 82). **113.**

21. Г. Е. Рейнъ.—Обзоръ 500 чревосѣченій (Прот. № 83). **40.**

22. I. Б. Рубинштейнъ.—Къ вопросу о причинной связи остраго общаго перитонита съ нѣкоторыми страданіями матки и ея придатковъ (Прот. № 88).

23. А. Э. Гаусманъ.—Демонстрація препарата — *trombus venae cavae inferioris* (Протоколы №№ 88 и 89). **155.**

24. Г. Е. Рейнъ.—Случай удаленія тазовой опухоли по сакральному методу (Прот. № 89). **87.**

25. С. Г. Шалита.—2 случая непроходимости кишечника при кистахъ яичника (Прот. № 90).

26. А. Э. Гаусманъ.—Къ вопросу о влагалищномъ чревосѣченіи (Прот. № 97). **46.**

27. К. М. Сапѣжко.—Демонстрація больной послѣ операциі удаленія внутритазовой опухоли (Прот. № 52).

V. Гинекологическая терапия, инструментарій, общіе вопросы, смѣсь.

1. П. А. Ракуза.—О тампонаціи брюшной полости при ляпоротоміяхъ (Прот. № 4).
2. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація усовершенствованныхъ двойныхъ наконечниковъ для промыванія матки и влагалища (Прот. № 4). **114.**
3. Г. Е. Рейнъ.—Предложеніе объ устройствѣ акушерской аптечки для примѣненія въ семьяхъ при родахъ (Прот. № 8). **163.**
4. И. И. Ляхницкій.—Новый способъ приготовления асептическихъ палочекъ tupelo (съ демонстраціей бактериологическихъ препаратовъ) (Прот. № 11). **26.**
5. В. С. Перлисъ.—По поводу четырехъ случаевъ отравленія дезинфицирующими растворами, принятыми внутрь по ошибкѣ (Прот. № 12).
6. Г. Е. Рейнъ.—О видоизмѣненіи формы отпуска изъ аптекъ сильно дѣйствующихъ дезинфицирующихъ веществъ (Прот. № 14). **164.**
7. М. А. Воскресенскій.—Къ вопросу о препаратахъ маточныхъ рожковъ (Прот. № 14).
8. Г. Г. Брюно.—Къ вопросу о дренированіи брюшной полости (Прот. № 15). **37.**
9. А. П. Яхонтовъ.—Докладъ комиссіи о примѣненіи массажа къ леченію женскихъ болѣзней (Прот. № 19). **146.**
10. О. Г. Яновскій.—Бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго дренажа брюшной полости, примѣннаго послѣ оваріотоміи (Прот. № 22).
11. В. В. Пилюгинъ.—Демонстрація индукціоннаго аппарата съ видоизмѣненнымъ прерывателемъ (Прот. № 22).
12. Г. Ф. Писемскій.—Бактеріологическое изслѣдованіе шелковыхъ лигатуръ и губокъ, употребляемыхъ при чревосѣченіи въ Кіевской Акушерской Клиникѣ (Прот. № 28). **93.**
13. А. Г. Боряковскій.—Внутриматочные наконечники новаго устройства (Прот. № 28).
14. И. С. Колбасенко.—Нѣсколько словъ о леченіи женскихъ и другихъ болѣзней естественными горячими минеральными водами у древнихъ обитателей Семирѣченской области (Прот. № 32).
15. Г. Ф. Писемскій.—Нѣкоторыя новыя данныя о примѣненіи асептики при чревосѣченіяхъ въ Акушерской Клиникѣ Университета Св. Владиміра (Прот. № 32). **27.**
16. К. М. Сапѣжко.—Способъ очистки воздуха операціонной комнаты отъ постороннихъ примѣсей (Прот. № 33).
17. Г. Ф. Писемскій.—Матеріалы къ вопросу объ асептикѣ при чревосѣченіяхъ (Прот. № 35). **94.**
18. Г. Ф. Писемскій.—Демонстрація бактериологическихъ препаратовъ (Прот. № 37). **93.**
19. С. М. Яровой.—Демонстрація ложкообразнаго зеркала (Прот. № 56).
20. Е. Г. Гуринъ.—Новая гипотеза о дѣйствіи дезинфицирующихъ веществъ (Прот. № 58).
21. А. А. Редлихъ.—Къ вопросу о примѣненіи обезпложивающаго метода при чревосѣченіяхъ въ частной практикѣ (Прот. № 60). **30.**
22. М. А. Воскресенскій.—Демонстрація гинекологическихъ инструментовъ (Прот. № 72).
23. А. М. Грингаузъ.—Демонстрація электро-медицинскихъ аппаратовъ фирмы Ch. Chardin à Paris (Прот. № 83).
24. Д. Д. Краевичъ.—Докладъ статистической комиссіи (Прот. № 13).
25. В. А. Добронравовъ.—Докладъ статистической комиссіи (Прот. № 25).
26. С. П. Томашевскій.—Докладъ комиссіи по вопросу о правахъ врачей, потерпѣвшихъ ущербъ въ своемъ здоровьи, при исполненіи профессиональныхъ обязанностей (Прот. № 37).
27. Н. К. Нееловъ.—Отчетъ Гинекологическаго отдѣленія Кіево-Кирилловской больницы съ 1-го Іюня по 1 Сентября 1891 г. (Прот. № 45).
28. И. И. Судакевичъ.—Предварительное сообщеніе о паразитѣ, найденномъ въ раковыхъ опухоляхъ (Прот. № 46).
29. Н. М. Волковичъ.—Къ казуистикѣ подбрюшинныхъ жировиковъ, выходящихъ черезъ отверстія, служащія обыкновенно мѣстомъ выходения грыжевыхъ опухолей (Прот. № 63).
30. Г. Ф. Писемскій.—Демонстрація больной съ чрезмѣрнымъ развитіемъ волосъ на необычныхъ мѣстахъ тѣла (Прот. № 64). **165.**

31. Н. М. Звинятскій.—О нагноеніи безъ микробовъ (Прот. № 67). **90.**
32. М. А. Воскресенскій.—Гинекологія въ Парижѣ (Прот. № 68).
33. М. Г. Пресницкій.—Случай подбрюшиннаго жировика, съ демонстраціей препарата (Протоколь № 77).
34. Д. А. Воробьевъ.—Докладъ комисіи по вопросу о номенклатурѣ болѣзней (Прот. № 77).
35. С. Д. Янпольскій.—О женскихъ болѣзняхъ (переводъ изъ сочиненія Сорана Эфесскаго) (Прот. № 82).
36. А. Л. Орловскій.—Демонстрація микроскопическихъ и бактериологическихъ препаратовъ гонококковъ (Прот. № 82). **92.**
37. А. Л. Орловскій.—Демонстрація чистыхъ культуръ гонококковъ *Neisser'a* (Прот. № 83). **92.**
38. В. Н. Гогоцкій.—Гинекологическая клиника въ Бреславлѣ (Прот. № 84). **160.**
39. Г. Е. Рейнъ.—Краткій обзоръ занятій II международнаго съѣзда Гинекологовъ въ Женевѣ (Прот. № 85). **159.**
40. Н. П. Марьянчикъ.—О соотношеніи между заболѣваніями половыхъ органовъ и носа (Прот. № 90). **159.**
41. Б. І. Пашкевичъ.—Демонстрація больного, страдающаго ракомъ на нижней губѣ (леченіе жженными квасцами) (Прот. № 91).
42. Студ. Бурштейнъ.—Результаты изслѣдованій надъ распространеніемъ гонококковыхъ заболѣваній среди гинекологическихъ больныхъ (Прот. № 91). **91.**
43. С. Д. Янпольскій.—О женскихъ болѣзняхъ (переводъ изъ сочиненія Сорана Эфесскаго) (Прот. № 96).
44. Е. Г. Гуринъ.—Мочеполовые болѣзни (перелой, бѣли), какъ причина послѣдовательныхъ глубокихъ поражений организма (Прот. № 98).
45. М. А. Воскресенскій.—Демонстрація больной съ истерической отрыжкой (Прот. № 16).
46. И. П. Лазаревичъ.—Демонстрація гинекологическихъ инструментовъ (Прот. № 44).

По Акушерству сдѣланы были слѣдующія сообщенія:

І. Беременность.

1. Ф. Л. Сегетъ.—Демонстрація препарата тазовой области женщины, съ коксальгическимъ тазомъ, въ концѣ 9-го мѣсяца беременности (Прот. № 4).
2. Я. П. Бѣляевъ.—Случай чревосѣченія при внѣматочной беременности (Прот. № 6).
3. М. Н. Паргаминъ.—Демонстрація шестимѣсячнаго уродливаго плода (Прот. № 17).
4. А. Э. Кронебергъ.—Случай уродства верхнихъ конечностей у новорожденнаго ребенка (съ демонстраціей рисунковъ и гипсовыхъ слѣпковъ) (Прот. № 21).
5. Н. К. Неѣловъ.—Демонстрація сплюснутаго плода (*Foetus papyraceus*) (Прот. № 23). **111.**
6. Н. К. Неѣловъ.—Случай ущемленія перегнутой кзади беременной матки (Прот. № 27). **104.**
7. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація двухъ больныхъ съ внѣматочной беременностью (Прот. № 27). **49.**
8. Г. Г. Брюно.—Случай пузырчатаго заноса (Прот. № 28). **107.**
9. Г. Е. Рейнъ.—Два случая чревосѣченія при внѣматочной беременности, съ исходомъ въ выздоровленіе (Прот. № 28). **49.**
10. Е. М. Эліасбергъ и И. К. Стржалко.—Кое-что къ вопросу о кровотеченияхъ у беременныхъ (Прот. № 31).
11. Г. Е. Рейнъ.—Случай чревосѣченія на десятомъ лунномъ мѣсяцѣ внѣматочной беременности, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода и съ полнымъ удаленіемъ плоднаго мѣшка (Протоколь № 32). **51.**
12. Ф. Ф. Кѣтлинскій.—Къ вопросу о беременности пузырчатымъ заносомъ (Прот. № 33).
13. Г. Е. Рейнъ.—Случай чревосѣченія *in extremis*, вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка при трубной беременности (Прот. № 55). **53.**

14. Г. Е. Рейнъ.—Случай брюшной внѣматочной беременности (Прот. № 41). **50.**
15. Е. Г. Гуринъ.—Новое объясненіе происхожденія эклампсіи (Прот. № 48).
16. Г. Г. Левицкій.—Демонстрація больной съ кифотическимъ тазомъ (Прот. № 56). **80.**
17. Д. А. Абуладзе.—Къ вопросу о вліяніи заболѣванія холерой на теченіе беременности (Прот. № 58). **105.**
18. А. А. Редлихъ.—Случай коренной операціи грыжи бѣлой линіи во время беременности (Прот. № 59). **102.**
19. В. Г. Клячкина.—Случай неукротимой рвоты у беременной при ущемленіи въ тазу дермоидной кисты яичника (Прот. № 60).
20. Н. К. Неёловъ.—Демонстрація уродливаго плода (Прот. № 60).
21. А. С. Игнатовскій.—Демонстрація препаратовъ: 1) 5-ти недѣльной трубной беременности; 2) ранней маточной беременности; 3) беременной матки на 5-мъ мѣсяцѣ беременности (Прот. № 61).
22. В. В. Воробьевъ.—Къ патологіи отдѣленія молока (Прот. № 63).
23. Д. С. Палиенко.—Два случая внѣматочной беременности (Прот. № 65).
24. И. С. Колбасенко.—Къ вопросу о причинахъ pruritus universalis у беременныхъ (Протоколь № 71).
25. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація препарата 3-хъ мѣсячной беременной раково-перерожденной матки, удаленной имъ черезъ влагалище вмѣстѣ съ кистой яичника (Прот. № 72). **43.**
26. М. А. Воскресенскій.—Демонстрація препарата внѣматочной беременности (Прот. № 75)
27. Г. Г. Левицкій.—Третій случай кифотическаго таза (Прот. № 80).
28. Студ. І. Б. Суховецкій.—Наблюденія надъ холерными заболѣваніями у беременныхъ (Прот. № 80). **106.**
29. С. Г. Шалита.—Демонстрація больной послѣ чревосѣченія при внѣматочной беременности (Прот. № 83).
30. Н. П. Марьянчикъ.—Демонстрація: а) пузырнаго заноса, б) дѣтскаго мѣста съ оболочковымъ прикрѣпленіемъ пуповины (Прот. № 83).
31. С. А. Тулубъ.—Демонстрація препарата распила беременной матки съ плодомъ (Протоколь № 83).
32. В. Б. Вышнепольскій.—Къ казуистикѣ беременности пузырнымъ заносомъ (Прот. № 85).
33. Н. П. Марьянчикъ.—Къ казуистикѣ двойныхъ уродствъ плода (Прот. № 89).
34. Д. А. Абуладзе.—Случай долговременнаго задержанія плода въ маткѣ при разрывѣ ея (Прот. № 90). **71.**
35. Д. А. Абуладзе.—Демонстрація патолого-анатомическаго препарата, полученнаго при вскрытіи больной, умершей отъ истощенія послѣ разрыва матки (Прот. № 91). **71.**
36. И. С. Лурье.—Демонстрація препарата molae hydatidosae (Прот. № 91).
37. Г. Каценеленбогенъ.—Случай osteomalaciae (Прот. № 94).

II. Р о д ы.

38. А. И. Красковскій.—Искусственные преждевременные роды при нефритѣ, осложненномъ отслойкой сѣтчатки на обоихъ глазахъ (Прот. № 12). **108.**
39. Г. Е. Рейнъ.—Предложеніе о выработкѣ программы для собиранія свѣдѣній о веденіи родовъ и обычаяхъ, существующихъ при родоразрѣшеніи среди населенія Россіи, по преимуществу въ Юго-Западномъ Краѣ (Прот. № 12). **169.**
40. А. Г. Боряковскій.—Шесть случаевъ примѣненія прямыхъ щипцовъ при заднемъ видѣ темянныхъ предлежаній (Прот. № 19). **110.**
41. И. С. Колбасенко.—Къ вопросу объ извлеченіи послѣдующей головки (Прот. № 21).
42. М. О. Клейнманъ.—Случай родовъ тройнями (Прот. № 26).
43. Г. Ф. Писемскій.—Нѣсколько словъ объ асептикѣ при возбужденіи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ (Прот. № 38). **28.**

44. М. М. Розенгартъ.—Нѣкоторыя литературныя данныя къ вопросу о брахиотоміи при бретомиі (Прот. № 41).
45. Г. Ф. Писемскій и А. П. Яхонтовъ.—Къ вопросу о примѣненіи безгнилостнаго метода при родахъ (Прот. № 42). **29.**
46. А. П. Яхонтовъ.—Случай разрыва матки во время родовъ (Прот. № 42). **70.**
47. Ф. Ф. Кѣтлинскій.—Къ вопросу объ операціи отнятія выпавшей ручки (Прот. № 43).
48. И. П. Лазаревичъ.—1) Обь акушерскихъ щипцахъ. 2) Демонстрація новыхъ акушерскихъ инструментовъ (Прот. № 44).
49. Ф. А. Савинъ.—Исторія родовъ съ наложеніемъ щипцовъ проф. Лазаревича (Прот. № 45).
50. Е. Г. Гуринъ.—Новая гипотеза о причинахъ наступленія родовъ (Прот. № 46).
51. Ю. О. Аншелесъ.—Къ терапіи выкидыша (Прот. № 52).
52. Ф. Ф. Кѣтлинскій.—Дѣйствительно-ли надо поддерживать промежность? (Прот. № 53).
53. М. О. Клейнманъ.—Случай влагалищной перегородки, послужившей препятствіемъ во время родовъ (Прот. № 56).
54. Студ. Гржибовскій.—Случай чревосѣченія послѣ разрыва матки во время родовъ (съ демонстраціей препаратовъ) (Прот. № 59). **66.**
55. А. И. Красковскій и Г. Ф. Писемскій.—Случай чревосѣченія послѣ разрыва матки во время родовъ у женщины съ кифотическимъ тазомъ (съ демонстраціей препаратовъ) (Прот. № 59). **67 и 82.**
56. А. И. Ивановъ.—О разрѣзахъ шейки матки во время родовъ и кровавомъ, насильственномъ родоразрѣшеніи (Прот. № 63).
57. Н. П. Діаконенко.—Случай центрального предлежанія дѣтскаго мѣста въ земской акушерской практикѣ (Прот. № 65).
58. Г. Е. Рейнъ.—Случай кесарскаго сѣченія, съ предъявленіемъ больной и извлеченнаго у ней ребенка (Прот. № 68). **72.**
59. Г. Е. Рейнъ.—Второй случай кесарскаго сѣченія, съ предъявленіемъ больной и ребенка (Прот. № 69). **73.**
60. В. Б. Вышнепольскій.—Случай безводныхъ родовъ, въ сочетаніи съ placenta praevia (Прот. № 72).
61. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація больной послѣ laparo-kelyphotomia primaria (Прот. № 72). **52.**
62. Г. Е. Рейнъ.—Третій случай полного разрыва матки во время родовъ, излеченный чревосѣченіемъ, съ демонстраціей больной и препаратовъ (Прот. № 77). **69.**
63. В. Н. Гогоцкій.—Случай посмертнаго насильственнаго родоразрѣшенія живыми двойнями (Прот. № 81). **109.**
64. Г. Е. Рейнъ.—Случай повторнаго кесарскаго сѣченія, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода (съ демонстраціей ихъ) (Прот. № 81). **74.**
65. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація препарата матки, удаленной при операціи кесарскаго сѣченія (Прот. № 85). **75.**
66. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація больной и младенца послѣ кесарскаго сѣченія при предлежаніи дѣтскаго мѣста (Прот. № 86). **76.**
67. Г. Каценеленбогенъ.—Кофеинъ при слабости потугъ (Прот. № 92).
68. С. В. Петрыковскій.—Случай родовъ тройнями (Прот. № 98).
69. П. И. Марковскій.—Два случая eviscerationis необычнымъ способомъ (Прот. № 7).
70. С. Д. Янпольскій.—Патологія родоваго акта по Сорану (Прот. № 88).

III. Послѣродовой періодъ.

71. Ф. Ф. Кѣтлинскій.—Правъ-ли Max Runge, предложившій спаиваніе пуэрперальныхъ больныхъ? (Прот. № 21).
72. Е. М. Еліасбергъ и И. К. Стржалко.—Къ казуистикѣ послѣдствій внутриматочныхъ промываній (Прот. № 23).

73. М. Н. Вуичъ.—Къ вопросу объ осложненіяхъ, наблюдаемыхъ при промываніяхъ послѣродовой матки (Прот. № 24). **115.**
74. И. С. Колбасенко.—Киргизская колыбель; нѣсколько словъ объ уходѣ за дѣтьми у киргизовъ (Прот. № 26).
75. И. С. Колбасенко.—Къ вопросу о кровотеченияхъ изъ пуповины у новорожденныхъ (Протоколь № 27).
76. И. И. Шильдкретъ.—Къ вопросу о леченіи послѣродовыхъ заболѣваній (Прот. № 27).
77. М. Н. Вуичъ.—Къ казуистикѣ осложненій при внутриматочныхъ промываніяхъ (Протоколь № 33). **115.**
78. В. П. Жемчужниковъ.—Демонстрація больной съ задержаніемъ въ полости матки костей послѣ декапитаціи (Прот. № 38). **86.**
79. Ю. О. Аншелесъ.—Приборъ для добыванія послѣродовыхъ очищеній изъ полости матки для бактериологическихъ изслѣдованій (Прот. № 50). **89.**
80. А. Н. Афанасьевъ.—Къ вопросу о микроорганизмахъ послѣродовыхъ отдѣленій (Протоколь № 58). **88.**
81. Г. Е. Рейнъ.—Демонстрація родильницы послѣ лоносъченія (Прот. № 58). **112.**
82. П. Ю. Кроль.—О дѣйствиі корнута въ послѣродовомъ періодѣ (Прот. № 64).
83. Ю. А. Гижицкій.—Случай уремии послѣ родовъ (безъ экламптическихъ судорогъ). (Протоколь № 82). **117.**
84. Г. Г. Левицкій.—Овариотомія черезъ прямую кишку послѣ родовъ (Прот. № 82). **113.**
85. К. П. Гальберштадтъ.—Тяжелый случай пуэрперальной септико-піеміи, леченный противострептококковой сывороткой (Прот. № 85).
86. Н. П. Марьяничъ.—Замѣтки о послѣродовой эклампсіи (Прот. № 86).
87. П. И. Марковскій.—Decidua какъ постороннее тѣло (Прот. № 14).
88. А. И. Красковскій.—Къ вопросу о фарадизаціи послѣродовой матки (Прот. № 7). **116.**

IV. Работы общаго содержанія:

89. В. С. Перлисъ.—Докладъ комиссіи о повторительныхъ курсахъ для повивальныхъ бабокъ (Прот. № 19).
90. И. С. Колбасенко.—Нѣкоторые киргизскіе обычаи и повѣрія, имѣющіе акушерское значеніе (Прот. № 22).
91. В. А. Добронравовъ.—Акушерская наука въ Москвѣ 50 л. тому назадъ (Прот. № 31).
92. В. А. Добронравовъ.—Опытъ составленія акушерской статистики г. Кіева по донесеніямъ практикующихъ повивальныхъ бабокъ Врачебному Отдѣленію Кіевского Губернскаго Правленія за 1888—1889 годы (Прот. № 34).
93. Предложеніе Начальника Края о разработкѣ вопроса о мѣрахъ призрѣнія безпріютныхъ дѣтей и подкидышей въ Юго-Западномъ Краѣ (Прот. № 36).
94. Г. Е. Рейнъ.—Задачи Акушерской поликлиники и возникновеніе ея при Кіевскомъ университетѣ (Прот. № 37). **95.**
95. Г. Г. Брюно.—Краткій отчетъ Кіевской Акушерской поликлиники за первое пятилѣтіе (Прот. № 37). **95.**
96. А. Г. Боряковскій и В. А. Добронравовъ.—Докладъ комиссіи о повторительныхъ курсахъ для повивальныхъ бабокъ (Прот. № 39).
97. В. Е. Черновъ.—Докладъ комиссіи, избранной Обществомъ, о мѣрахъ призрѣнія безпріютныхъ дѣтей и подкидышей въ Юго-Западномъ краѣ (Прот. № 49).
98. А. Г. Боряковскій.—Результаты акушерской статистики г. Кіева за 1891 годъ (Протоколь № 52).
99. Д. С. Палиенко.—Ташкентскій родильный покой и его задачи (Прот. № 65).
100. М. А. Воскресенскій.—Акушерство въ Парижѣ (Прот. № 66).

101. Д. А. Абуладзе.—Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія Акушерско-Гинекологической клиники Императорскаго университета св. Владиміра за 1893—1894 учебный годъ (Прот. № 73). **97.**
102. Н. П. Діаконенко.—Акушерскія замѣтки изъ земской практики 1894 года (Прот. № 75).
103. В. В. Гласекъ и Н. М. Звинятскій.—Наблюденія во время занятій въ Дрезденской Акушерской клиникѣ (Прот. № 84). **162.**
104. Н. Е. Діаконенко.—Замѣтки изъ земской акушерской практики 1895—1896 г.г. (Протоколь № 93).
105. Д. А. Абуладзе.—Краткій акушерскій отчетъ Кіевской Акушерской клиники за 1894—1897 года (Прот. № 97). **98.**
106. Проф. В. П. Образцовъ.—Къ вопросу объ этиологіи подвижныхъ почекъ (Прот. № 17).
107. Проф. А. А. Коротневъ.—Къ вопросу о раковой опухоли (Прот. № 62).

Кромѣ вышесказанныхъ докладовъ по спеціальнымъ вопросамъ, были произнесены слѣдующія рѣчи:

1. Г. Е. Рейнъ.—Юбилейный Адрессъ проф. А. Я. Крассовскому (Прот. № 79).
2. Г. Е. Рейнъ.—Некрологъ Schröder'a (Прот. № 3).
3. Г. Е. Рейнъ.—Некрологъ Л. Г. Нейгебауэра (Прот. № 16).
4. Г. Е. Рейнъ.—Некрологъ А. Я. Крассовскаго (Прот. № 99).
5. Н. К. Нееловъ.—Некрологъ И. И. Ляхницкаго (Прот. № 36).
6. А. И. Красковскій.—Некрологъ А. Г. Боряковскаго (Прот. № 65).
7. Г. Ф. Писемскій.—Некрологъ А. И. Красковскаго (Прот. № 70).

Знакомясь ближе съ содержаніемъ вышеприведенныхъ работъ Кіевского Акушерскаго Общества, мы видимъ, что въ нихъ разрабатывались вопросы: 1) чисто научные, теоретическіе; 2) практическіе (казуистика) и 3) общественные и бытовые.

Подробный разборъ всѣхъ этихъ работъ завелъ бы насъ очень далеко—да онъ же и сдѣланъ въ значительной мѣрѣ въ другихъ статьяхъ настоящаго изданія—и потому мы, въ силу необходимости, ограничимся лишь указаніемъ на нѣкоторые моменты дѣятельности Общества, по скольку они выразились въ его трудахъ.

Касаясь научной дѣятельности Общества, надо отмѣтить, что оно чутко слѣдило за всѣми возникавшими вопросами въ нашей спеціальности. Въ свое время, напр., дебатировали объ асептикѣ, о чужеядныхъ рака матки, объ электричествѣ въ гинекологіи и акушерствѣ, о влагалищной оваріотоміи, о леченіи узкаго таза, о внѣматочной беременности и т. п.

Былъ представленъ рядъ докладовъ, въ которыхъ сообщались въ высшей степени интересныя наблюденія надъ примѣненіемъ асептики или, точнѣе, обезпложивающаго способа (по *Рейну*) въ Кіевской Клиникѣ во время большихъ операцій и во время родовъ (Доклады *Г. Ф. Писемскаго* и *А. П. Яхонтова* и др.).

Когда покойный профессоръ *И. И. Судакевичъ*, первый въ Россіи, заговорилъ о своихъ изслѣдованіяхъ надъ чужеядными рака и сдѣлалъ первое свое сообщеніе объ этомъ въ Кіевскомъ Акушерскомъ Обществѣ, то вскорѣ, въ томъ же Обществѣ, былъ сдѣланъ докладъ о чужеядныхъ рака вообще (проф. *А. А. Коротневъ*) и рака матки въ частности (*Н. К. Нееловъ*).

Призванное къ жизни, въ качествѣ сильнаго терапевтическаго агента, французскими

врачами (*Apostoli*)—электричество было тщательно, при строго клинической обстановкѣ, примѣняемо въ Кіевской Клиникѣ, и результаты наблюденій, показавшіе, что этому новому лечебному агенту придавали слишкомъ большое значеніе,—были доложены Обществу (*Н. К. Нееловъ*).

Терапія узкаго таза и внѣматочной беременности, столь суровая до послѣдняго времени по отношенію къ ребенку—частыя перфорациі головки живого плода (проф. *И. И. Федоровъ*) и взглядъ на плодовмѣстилище при внѣматочной беременности, какъ на злокачественную опухоль (*Werth*)—въ трудахъ Акушерскаго Общества значительно смягчается: при узкихъ тазахъ рекомендуется широкое примѣненіе кесарскаго сѣченія, лоносѣченіе, а при суженіи таза опухолью—удаленіе самой опухоли; при внѣматочной беременности—стремленіе щадить жизнь и матери и плода (проф. *Г. Е. Рейнъ*, *Г. Г. Брюно*), удавшееся проф. *Г. Е. Рейну* въ двухъ случаяхъ. Тутъ будетъ умѣстно замѣтить, что вообщемъ въ Обществѣ красной нитью проходитъ стремленіе къ консервативнымъ методамъ леченія. Указывается на сакральный методъ, который представляетъ значительное обогащеніе не только хирургіи, но и гинекологіи и акушерства и который можетъ дать значительныя приобрѣтенія для терапіи родовъ при узкихъ тазахъ (проф. *Г. Е. Рейнъ*). Операциі искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, дающей столь блестящіе результаты при обезпложивающемъ способѣ, отводится почетное мѣсто въ терапіи узкаго таза.

Вообщемъ, можно сказать, что всякій вопросъ, стоявшій въ ученоемъ мірѣ на очереди, былъ предметомъ докладовъ, горячо обсуждался, и что-нибудь новое, свое вносилось въ общую сокровищницу науки.

Что касается вопросовъ чисто практическихъ, то, какъ уже было сказано выше, въ „Трудахъ“ общества, какъ въ любомъ учебникѣ, читатель можетъ найти отвѣтъ почти на каждый случай изъ практики и можетъ ознакомиться съ новѣйшими воззрѣніями по интересующему его вопросу.—Остановливаясь на отдѣльныхъ случаяхъ, нельзя не указать на доклады по вопросу о выворотѣ послѣродовой матки. Въ короткое, сравнительно, время было сдѣлано семь докладовъ, посвященныхъ этому вопросу (*Д. А. Абуладзе*, *В. П. Жемчужниковъ*, *Н. К. Нееловъ*, *Н. И. Назаретовъ*, *А. А. Редлихъ* и *Н. В. Шуварскій*). Всѣ семь случаевъ окончились выздоровленіемъ, всѣ пользовались по одному методу (тампонады).—Такой блестящій результатъ не могъ получиться случайно, и, дѣйствительно, сообщая, удалось подмѣтить нѣкоторую закономерность въ дѣйствиі тампона и выработать теорію его дѣйствія при данномъ заболѣваніи.

Большой интересъ представляютъ доклады проф. *Г. Е. Рейна*, посвященные предложенному имъ способу образованія искусственнаго влагалища при его отсутствіи. Попытки образовать искусственное влагалище дѣлались давно, и въ Кіевскомъ Обществѣ не разъ дѣлались по поводу этого вопроса доклады (*Шалита*, *Самъжко*). Въ большинствѣ случаевъ эти попытки ни къ чему не вели, и отъ вновь сдѣланнаго влагалища, по истеченіи короткаго времени, ничего не оставалось. Проф. *Г. Е. Рейнъ* имѣетъ 7 наблюденій, изъ коихъ послѣднія два со вполне удачными результатами; такъ, объ одной

больной сообщается, что черезъ годъ послѣ операциі она продолжала имѣть правильныя половыя сношенія и была, какъ сама, такъ и мужъ вполнѣ довольны своимъ состояніемъ. Прилагаемый къ сему изданію стереоскопическій снимокъ доказываетъ, что у другой больной такой же блестящій результатъ констатируется черезъ 2 года послѣ операциі.

Особенно часто обсуждался вопросъ о чревосѣченіяхъ, при самыхъ различныхъ показаніяхъ. Между прочимъ въ одномъ изъ засѣданій Общества, при участіи приглашенной Акушерской секціи Пироговскаго съѣзда, былъ доложенъ проф. *Г. Е. Рейноль* отчетъ о 500 чревосѣченіяхъ, съ чрезвычайно благопріятными результатами, доказывающими, что этотъ важный отдѣлъ практической гинекологіи подвергся въ Кіевѣ весьма тщательной разработкѣ.

Изъ возникавшихъ въ Обществѣ вопросовъ общественной и бытовой жизни надо отмѣтить труды Общества объ огражденіи публики отъ отравленія часто теперь употребляемыми сильно-дѣйствующими антисептическими веществами; труды эти увѣнчались полнымъ успѣхомъ, такъ какъ Медицинскій Департаментъ издалъ распоряженіе объ обязательномъ отпускѣ изъ аптекъ сильно-дѣйствующихъ веществъ въ посудѣ особой формы, при чемъ даже и ночью, въ темнотѣ, легко избѣжать ошибки у постели труднаго больного.

Въ 1892 году, по предложенію бывшаго тогда Начальника Края, графа *А. П. Игнатъева*, Общество избрало комиссію для разработки вопросовъ о призрѣніи подкидышей и безпріютныхъ дѣтей въ Юго-Западномъ краѣ. Выработанный комиссіей докладъ „О мѣрахъ призрѣнія безпріютныхъ дѣтей и подкидышей въ Юго-Западномъ краѣ“, былъ Обществомъ одобренъ и представленъ г. Начальнику Края.

Въ 1890 году Общество выработало и представило на IV Пироговскій Съѣздъ докладъ: „Объ улучшеніи положенія врачей, потерпѣвшихъ ущербъ въ своемъ здоровьи, при исполненіи своихъ профессиональныхъ обязанностей“.

Въ разработкѣ и разрѣшеніи всѣхъ этихъ вопросовъ принималъ постоянное и непосредственное участіе предсѣдатель Общества, профессоръ *Г. Е. Рейноль*, не пропустившій почти ни одного засѣданія. Редактированіе трудовъ Общества всецѣло лежало на предсѣдателѣ, и онъ никогда не поручалъ этого важнаго дѣла исключительно секретарямъ. Пишущему эти строки хорошо извѣстна вся внутренняя жизнь Кіевскаго Акушерскаго Общества съ момента его возникновенія, и онъ не можетъ не засвидѣтельствовать, что ни одна печатная строка „Трудовъ“ не прошла безъ самаго строгаго обсужденія редакторомъ.

Но заслуги профессора *Г. Е. Рейна* передъ Акушерскимъ Обществомъ не исчерпываются его дѣятельностью въ качествѣ безсмѣннаго предсѣдателя и въ качествѣ редактора „Трудовъ“ Общества. Развитіе и процвѣтаніе Общества шло почти параллельно съ ростомъ и развитіемъ Акушерской Клиники. Если мы обратимъ вниманіе на тотъ матеріалъ, который послужилъ основаніемъ для научныхъ и казуистическихъ докладовъ въ Обществѣ, то увидимъ, что большая и наиболѣе интересная и цѣнная часть его была доставлена Кіевской Клиникой и что докладчиками являлись или ди-

ректоръ клиники, или его ассистенты или, наконецъ, врачи, работающіе или работавшіе въ Клиникѣ.

За 12 лѣтъ существованія Общества было сдѣлано 272 доклада и демонстраціи; изъ нихъ 126 сдѣланы изъ Кіевской Акушерской Клиники. Слѣдовательно, почти половина докладовъ сдѣлана на матеріалѣ клиники.

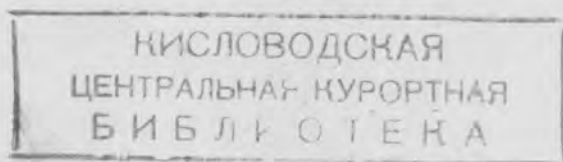
Всѣ 12 лѣтъ Клиника, во главѣ съ ея директоромъ, и Акушерско-Гинекологическое Общество, во главѣ съ его предсѣдателемъ, шли рука объ руку; все, что дѣлалось въ клиникѣ—разработка стоящихъ на очереди вопросовъ въ акушерствѣ и гинекологіи, новыя операціи, интересный казуистическій матеріалъ—все это дѣлалось достояніемъ Общества; въ немъ докладывалось, обсуждалось и, замѣтимъ кстати, обсуждалось *sine ira*, ибо за 12 лѣтъ существованія Общества не возникло ни одного крупнаго недоразумѣнія между его членами; съ другой стороны и возникавшіе въ Обществѣ вопросы подвергались разработкѣ и провѣркѣ на богатомъ клиническомъ матеріалѣ.

Памятникомъ этой совмѣстной дѣятельности являются 12 томовъ „Трудовъ“ Общества, и, по всей справедливости, предсѣдатель Общества и директоръ Акушерской Клиники, профессоръ *Г. Е. Рейнъ*, можетъ считать эти „Труды“ своимъ дѣтищемъ и гордиться ими.

Въ знакъ признательности за столь плодотворную дѣятельность передъ Обществомъ и за научныя заслуги, Общество въ ноябрьскомъ засѣданіи 1899 года избрало проф. *Г. Е. Рейна* своимъ почетнымъ членомъ.



Кіев № 8006 м



Алфавитный указатель по предметамъ.

А.	СТР.
Абортъ при ущемленіи перегнутой кзади беременной матки.	236
Актъ оплодотворенія	39
Акушерская аптечка для примѣненія въ семьяхъ при родахъ	299
— Клиника въ Кіевѣ	XXII
— — въ Бреславлѣ	297
— — въ Парижѣ	298
— — въ Дрезденѣ	299
Акушерское Общество при университетѣ св. Владиміра	337
Акушерскій отчетъ о первомъ пятилѣтніи Кіевской клиники и поликлиники	216
— — Кіевской акушерской клиники за 1883—1893 годы	219
— — — — — за 1893—1894 годъ	221
— — — — — за 1894—1897 годы	223
Акушерская помощь, организациі ея въ населеніи Россіи	333
Акушерство. Учебникъ Шредера. Переводъ съ нѣмецкаго языка, подъ редакціей проф. Г. Е. Рейна	336
— народное, рѣчь проф. <i>Г. Е. Рейна</i>	330
— преподаваніе его въ Кіевскомъ университетѣ	LXXIII
Амаврозъ при нефритѣ во время беременности	239
Ампутація матки по поводу новообразованій ея	7
— — беременной взамѣнъ кесарскаго сѣченія	9
— — надвлагалищная (въ отчетѣ о шестнадцати міотоміяхъ)	89
— — посредствомъ чревосѣченія	277
— — въ обзорѣ 310 и 500 чревосѣченій	98, 112
— сальника, пораженнаго ракомъ	95
Аномаліи развитія наружныхъ половыхъ органовъ	253
— — влагалища и матки	266
— — влагалища и матки съ одновременными пороками развитія грудной железы и руки	266
— — матки	271
Антисептика въ примѣненіи къ акушерству	59
— при чревосѣченіяхъ	XXVIII, 70, 85, 89
Асептика при чревосѣченіяхъ	61, 66, 74, 101, 103, 215
— при возбужденіи преждевременныхъ родовъ	75
— при родахъ и въ послѣродовомъ періодѣ	76, 220, 221, 223
— бактериологическія изслѣдованія въ Кіев. Акушер. Клиники	64, 68, 208, 212, 213, 214, 215

	СТР.
Бактеріологическія изслѣдованія послѣродовыхъ отдѣленій	208
— — — — — содержащаго дрежажа	64
— — — — — бужей при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ	76
— — — — — воздуха	75
— — — — — шелковыхъ лигатуръ и губокъ, употребляемыхъ въ Кіевской Акушерской Клиникѣ при чревосѣченіяхъ	215
— — — — — результаты ихъ надѣ распространеніемъ гонококковыхъ заболѣваній среди гинекологическихъ больныхъ	214
Бактеріальные тромбы сосудовъ, выдѣлившася изъ полости матки куска стѣнки ея, при metritis dissecans	253
Безкровное вырѣзываніе беременной матки	9, 16, 21
Бесплодіе, матерьялы къ ученію о немъ	229
Беременность, осложненная грыжей бѣлой линіи	235
— — — — — кистой яичника (овариотомія при беременности)	98, 236
— — — — — заболѣваніемъ холерой	237
— — — — — эхинококкомъ сальника	232
— — — — — ущемленіемъ перегнутой кзади беременной матки	236
— — — — — внѣматочная	116
— — — — — многоплодная	224, 241
— — — — — продолженіе ея въ маткѣ съ перерѣзанными крестцовыми и симпатическими проводниками	44
— — — — — трехъ-мѣсячная, осложненная раковымъ пораженіемъ матки (удаленіе матки черезъ влагалище)	108
— — — — — первичная брюшная внѣматочная	119, 135, 146
Брыжеечный узелъ, вырѣзываніе его	46
Бугорчатая слоновая проказа наружныхъ половыхъ органовъ	261
Бугорчатка яичниковъ и брюшины	99
Бѣлая линія, грыжа ея во время беременности	235

В. (V).

Великая реформа въ современномъ акушерствѣ и гинекологіи	334
Вентиляціи Кіевской Акушерской Клиники	LII
Ventrofixatio, радикальное излѣченіе этой операціей перегиба матки кзади	274
Веретено въ яйцѣ млекопитающихъ	39, 40
Влагалище, пороки развитія его	266, 271
— — — — — искусственное образованіе	149
— — — — — травматическія поврежденія	267
— — — — — — — — — — sub coitu	268
— — — — — пораженное мягкимъ шанкромъ	268
— — — — — инородныя тѣла	269
Влагалищные двойные наконечники	247
Влагалищная овариотомія	110
Влагалищное чревосѣченіе	104, 105
Внезапная смерть при удаленіи подслизистой міомы матки	275
Внѣматочная беременность, матерьялы къ ученію о ней	116
— — — — — первичная брюшная	135
— — — — — межсвязочная на 10-мъ лунномъ мѣсяцѣ, съ удаленіемъ живого плода и мѣшка	137
— — — — — трубная 30-ти недѣльная при живомъ плодѣ, удаленномъ путемъ чревосѣченія	140
— — — — — трубная съ разрывомъ плоднаго мѣшка, излеченіе ея посредствомъ чревосѣченія in extremis	143
Внѣматочная беременность. Шесть случаевъ чревосѣченія при ней	145
Воспалительные выпоты въ тазовую клѣтчатку, леченіе ихъ массажемъ	278

	стр.
Волосатость ненормальная у женщины	301
Врачи, повторительные курсы для них	327, 333
Выворотъ матки	159
— — съ выпаденіемъ ея и стѣнокъ влагалища, вслѣдствіе стебельчатого фиброида дна матки	161
— — леченіе его массажемъ	278
— — теорія леченія его посредствомъ тампонады	163
Выворотъ мочевого пузыря при расщепленномъ тазѣ	199, 284
Выкидышъ, благодаря ущемленію перегнутой къзади беременной матки	236
Вылушеніе міомъ изъ стѣнки матки	5, 90, 98
— — интралигаментарныхъ	89, 98
Вырѣзываніе черезъ влагалище 3-хъ мѣсячной беременной раково-перерожденной матки	108
— — — — — беременной матки съ наложеніемъ жгута	19
— — — — — безкровное, техника его	9

Г. (G).

Haematocolpos unilateralis при двойномъ влагалищѣ и двойной маткѣ	266
Гинекологическая клиника въ Бреславлѣ	297
— — — — — въ Парижѣ	298
— — — — — въ Дрезденѣ	299
Гермафродитизмъ ложный	255
Гистероміотомія, исторія ея	2
— — — — — съ цѣлью удаленія фиброміомъ матки	19
Гисторопексія	95, 102, 274, 293
Гистерозпилепсія (см. въ обзорахъ 500 чревосѣченій)	103
— — — — — случай кастраціи при ней	250
Гонококковыя заболѣванія среди гинекологическихъ больныхъ Кіевск. Акушер. Клин.	214
Гонококки, чистыя культуры ихъ	215
Гнойное скопленіе въ фаллопиевыхъ трубахъ, развившееся на туберкулезной почвѣ	281
Графическое изображеніе сокращенія матки при внѣматочной беременности	176
Графическій методъ въ экспериментальной физиологіи матки	41
Graviditas extrauterina (см. Внѣматочную беременность).	
Грыжа бѣлой линіи во время беременности	235
— — — — — радикальная операція	235
— — — — — яичниковъ паховая при двураздѣльной маткѣ	271, 272

Д. (D).

Движеніе амбулаторныхъ больныхъ въ Акушерской клиникѣ за 55 лѣтъ	XLIV, LXXV
— — — — — родовъ	LXI
Двойни живые при насильственномъ посмертномъ родоразрѣшеніи. Эклямпсія	241
Двойное влагалище и двойная матка	266
Двойные наконечники маточные и влагалищные	248
Двураздѣльная матка и двухсторонняя яичниковая паховая грыжа	272
Двухсторонняя яичниковая паховая грыжа	271
Defectus vaginae, искусственное образованіе влагалища	149
Дрезденская акушерская клиника	299
Дренажъ брюшной полости послѣ міомотоміи	90
— — — — — при чревосѣченіяхъ	64, 91
— — — — — при леченіи кистомъ яичниковъ разрѣзомъ	93
— — — — — въ обзорѣ 500 чревосѣченій	103

Дренажъ брюшной полости при вѣматочной беременности	123
— — — какъ терапія тазовыхъ нагноеній	291
Дѣвственная плева. Демонстрація препаратовъ ея	265
— — — кровотеченіе при разрывѣ ея sub coitu	263

Е.

Еврейки, статистика половыхъ отправленій ихъ по даннымъ Кіевской Акушерской Клиники и амбулаторіи проф. Г. Е. Рейна	230
Elephantiasis genitalium	259, 260, 262

Ж.

Железа молочная, исторія зародышеваго развитія ея	31
— — — пороки развитія ея	271, 290
Живчиковое ядро	40

З.

Задержаніе плода въ маткѣ при разрывѣ ея	178
— головки плода въ маткѣ послѣ декапитациі	202
Задній видъ теменныхъ предлежаній, наложеніе щипцовъ при нихъ	242
Зарощеніе влагалища съ накопленіемъ крови въ немъ при существованіи двойной матки и не заросшаго другого влагалища	266
Запущенные роды, операція безкровнаго вырѣзыванія беременной матки при нихъ	19
Зачаточная матка три случая	272
— — — двухсторонняя яичниковая паховая грыжа при ней	271
Зашиваніе брюшной раны (лучшій способъ) (см. въ обзорѣ занятій второго международнаго съѣзда гинекологовъ въ Женевѣ)	291

И.

Импрегнація	39
Иннервація матки	44
Иностранное тѣло въ женскомъ мочевомъ пузырьѣ	283
— — — во влагалищѣ	269
Искусственное кровообращеніе и графическій методъ въ примѣненіи къ экспериментальной фармакологіи и физиологіи матки	41
Искусственное образованіе влагалища	149
— — — по видоизмѣненному способу проф. <i>Г. Е. Рейна</i>	155
Искусственные преждевременные роды	239
Исторія зародышеваго развитія молочной железы	35

К. (С).

Каналь цервикальный, бактериологія его	208
Cancer uteri см. ракъ матки.	
Кесарское сѣченіе, замѣна его вырѣзываніемъ беременной матки	9, 16, 22
— — — показанія	23, 188
— — — по поводу суженія опухолью малаго таза	181
— — — при предлежаніи дѣтскаго мѣста	186
— — — повторное	184, 188
— — — удаленіе міомъ по типу кесарскаго сѣченія	98

	СТР.
Кисты яичниковъ, удаленіе ихъ посредствомъ чревосъченія	3, 91, 93, 95, 102
— лечение ихъ разрѣзомъ черезъ влагалище	109
Киста яичника, удаленная черезъ влагалище вмѣстѣ съ трехъ мѣсячной беременной раково-перерожденной маткой	108
Кифотическій женскій тазъ	193
— — — осложненный рахитомъ	193
— — — нерахитическій	194
— — — съ разрывомъ матки во время родовъ	195
Клиника гинекологическая въ Бреславлѣ (замѣтки и впечатлѣнія 1896 г.)	297
— въ Парижѣ (замѣтки и впечатлѣнія 1896 г.)	298
— въ Дрезденѣ (наблюденія 1896 г.)	299
— акушерская въ Кіевѣ	XXI
Клиторъ, поврежденіе его слоновою проказою	260
— разрывы въ его области	262
Крестецъ, резекція его при вырѣзываніи тазовой опухоли	205
Крестцовый методъ, какъ способъ лечения узкаго таза во время родовъ	207
Кольпейринтеръ при леченіи выворота матки	160, 161, 167, 171, 172
Кольпопластика (Colporoësis)	149, 155
Кольпотомія (Colpocoeliotomia)	104, 105
Консерватизмъ при леченіи выворота матки	163
Corona radiata	37
Костныя опухоли таза	202, 205
Кровотеченіе послѣдовательное послѣ чревосъченія	102
— при выворотѣ матки послѣ родовъ	159
— при разрывѣ матки	173, 175, 177
— — — трубной беременности, чревосъченіе in extremis	143
Краниотомія	260
Круглая маточная связка, саркома ея, удаленіе посредствомъ чревосъченія	102
Кускованіе міомъ	6, 114

Л.

Laminaria, обезпложенныя	73
Laparokelyphotomia primaria	140
Лапаротомія (см. чревосъченія)	
Лекарственныя сильнодѣйствующія вещества, о видоизмѣненіи формы отпуска ихъ изъ аптекъ	300
Лимфангіектатическая фибро-міома	6, 8
Литотрипсія у женщинъ	283
Лоносъченіе на роженицѣ	243

М.

Массажъ при леченіи женскихъ болѣзней	278
Матка, физиологія и фармакологія ея	41
— иннервація ея	44
— основное сплетеніе ея	52
— пороки развитія ея	271
— перегибъ ея кзади	274
— — — , леченіе его хирургическимъ путемъ	274, 293
— ущемленіе перегнутой кзади беременной матки	236
— выворотъ ея	159
— — — осложненный стебельчатымъ фиброидомъ дна ея	161
— — — леченіе его массажемъ	168

	СТР.
Матка, разрывъ ея во время родовъ. Чревосъченіе	173, 174 176
— — — — — у женщины съ кифотическимъ тазомъ	174
— — — — — терапия его	174
— — — — — статистика его	174
— — — — — излеченный чревосъченіемъ	176
— — — — — съ задержаніемъ плода въ ней	178
— фарадизация ея послѣ родовъ	250
— осложненія, наблюдаемая при промываніи ея послѣ родовъ	249
— трехмѣсячная, беременная, раково-перерожденная, удаленная черезъ влагалище вмѣстѣ съ кистой праваго яичника	108
— поражение ея раковымъ процессомъ	105, 276
— — — — — хрящевиковой миксомой	24
— — — — — фиброміомами	1, 100, 275
— міомы ея, леченіе ихъ электричествомъ	279
Международный конгрессъ врачей въ Лондонѣ	290
— — — — — акушеровъ въ Женевѣ	291
Менструальная кровь изъ рубца въ брюшной ранѣ, оставшагося послѣ оваріотоміи	289
Metritis dissecans puerperalis	252
Миотомія, отчетъ о 16, произведенныхъ въ Кіевской Акушерской Клиникѣ	89
— — — — — показанія къ ней	6, 103
— — — — — статистика смертности до 1876 г.	5
— — — — — въ гинекологіи	5
— — — — — въ обзорѣ 310 и 500 чревосъченій	98, 102
— — — — — случай внезапной смерти послѣ производства ея	275
Миомы матки, влагалищное чревосъченіе при нихъ	114
Миксо-міома матки	6
Миксома шейки матки	24
Многоплодная беременность	224, 241
Молочная железа, пороки развитія ея	271
— — — — — исторія зародышеваго развитія ея	31
Монгомерово тѣло, исторія развитія его	34
Мочевой пузырь, выворотъ его	198, 284
— — — — — инородное тѣло въ немъ	283
Мочеточниково брюшной свищъ послѣ оваріотоміи	282
— — — — — экстирпация почки послѣ него	284
Мочеточникъ, пересадка его въ прямую кишку	285
Мягкій шанкръ влагалища	268

Н.

Нагноеніе безъ микробовъ	213
Надвлагалищная ампутация матки	90
Наложеніе шипцовъ, шесть случаевъ примѣненія ихъ при заднемъ видѣ темянныхъ предлежаній	242
Наружные половые органы, пороки развитія ихъ	255
— — — — — слоновая проказа ихъ	259
— — — — — травматическія поврежденія ихъ	262
Насильственное посмертное родоразрѣшеніе живыми двойнями при эклямпсіи	241
Нервы матки, перерѣзка ихъ	46, 47, 48
Нефректомія	102, 284
Нефритъ у беременной, осложненный отсложкой сѣтчатки на обоихъ глазахъ. Искусственные преждевременные роды	239
Новообразованія костныя таза	202, 205

О.

	СТР.
Обезпложивающий способъ, какъ необходимое условие успѣха чревосѣченій	101
— — — при чревосѣченіяхъ въ частной практикѣ	78
Общесуженный плоскій, рахитическій тазъ карлицы	199
Овариотомія, два случая	80
— по поводу кисты яичника у 6-ти лѣтней дѣвочки	280
— при гистеро-эпилепси	280
— въ обзорѣ 310 и 500 чревосѣченій	95, 102
— отчетъ о тринадцати —	81
— — о тридцати —	81
— двухсторонняя съ органическимъ порокомъ сердца	87
— влагалищная	110, 113
— во время беременности	236
— черезъ прямую кишку во время родовъ	245
— очеркъ историческаго развитія ея	303
— отдѣленіе менструальной крови изъ рубца въ брюшной стѣнкѣ, оставшагося послѣ нея	289
— статистика ея исходовъ	82, 86, 95, 97, 104, 304
Операция Рейнъ—Мюллера	23
Операционная комната Кіевской Акушерской Клиники	LI, 62
Оплодотвореніе яйца млекопитающихъ	39
Организація акушерской поликлиники	216
— акушерской помощи въ населеніи Россіи	333
— занятій ординаторовъ клиники	LXVI
— повторительныхъ курсовъ для врачей	327
— преподаванія акушерства и женскихъ болѣзней	LXXIII
Осложненія во время родовъ по отчетамъ Кіевской Акушерской Клиники	220, 222, 224
— наблюдаемыя при промываніи послѣродовой матки	249
Основное сплетеніе матки	44
Отдѣленія послѣродовыя, микроорганизмы ихъ	208
Отслоивающее послѣродовое воспаленіе матки	252
Отслойка сѣтчатки на обоихъ глазахъ во время родовъ и нефритъ у беременной, вызваніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ	239
Отсутствіе влагалища и искусственное образованіе его	149
— — — и матки съ одновременными пороками развитія грудной железы и руки	271
Отчетъ о 13 овариотоміяхъ	81
— о 16 міомотоміяхъ	89
— о 30 овариотоміяхъ	81
— о 310 чревосѣченіяхъ	95
— о 500 чревосѣченіяхъ	102
— о первомъ пятилѣтніи акушерской поликлиники и возникновеніи ея при Кіевскомъ университетѣ	216
— объ Акушерской Клиникѣ 1883—1893 гг.	219
— объ акушерскомъ отдѣленіи Кіевской Акушерской Клиники 1893—1894 гг.	221
— акушерскій Кіевской клиники за 1894—1897 гг.	223

П.

Перегибъ матки кзади, случай радикальнаго излеченія его путемъ операции ventrofixatio	274
— — — и ущемленіе ея на четвертомъ мѣсяцѣ беременности	236
— — — леченіе его хирургическимъ путемъ въ обзорѣ занятій Второго Международнаго Съѣзда въ Женевѣ	293

Перегибъ мочеточниковъ при низко наложенномъ и оставленномъ à demeure эластическомъ жгутѣ	99
Перевязка и перерѣзка фаллопиевыхъ трубъ съ цѣлью предупрежденія зачатія послѣ кесарскаго сѣченія	181
Перекручиваніе матки вокругъ ея продольной оси, въ обзорѣ 310 чревосѣченій	99
— ножки кисты въ обзорѣ 310 чревосѣченій	98
Пересадка лоскутовъ при colpороësis	150, 151, 153, 156
Plexus hypogastricus magnus	50
Плодъ, долгое время задержаніе его въ маткѣ при разрывѣ ея	178
— продолжительное задержаніе головки его въ полости матки послѣ декапитаци	202
Плоскій тазъ карлицы, общесуженный, рахитическій	199
Повивальныя бабки крестьянскія	LXIX, 333
Поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ	262
Повторительные курсы для врачей	327
Повторное чревосѣченіе, въ обзорѣ 310 чревосѣченій	95
— — — въ обзорѣ 500 чревосѣченій	102
— кесарское сѣченіе по поводу фиброзной опухоли малаго таза	183, 188
Поликлиника, возникновеніе ея при Кіевскомъ университетѣ и первые пять лѣтъ ея существованія	216
Половые отправления евреекъ, статистическія данныя о нихъ изъ матерьяла Кіевской Акушерской Клиники и амбулаторіи проф. Г. Е. Рейна	230
Полюсное тѣло	38, 39
Послѣродовое отслоивающее воспаленіе матки (Metritis dissecans puerperalis)	252
Послѣродовой выворотъ матки	159
Послѣродовое отдѣленіе, микроорганизмы его	208
Послѣродовой періодъ, асептика и антисептика въ немъ	59
— — — осложненія, наблюдаемыя при промываніи матки въ немъ	249
— — — въ отчетахъ Кіевской Акушерской Клиники	222, 225
— — — основы патологіи и терапіи его. Д-ра Н. Fritsch'a. Изданіе, редактированное проф. Г. Е. Рейномъ	335
Пороки развитія наружныхъ половыхъ органовъ	253
— — — влагалища и матки	266
— — — — съ одновременными уродствами молочной железы и руки	271
— — — матки съ двухсторонней яичниковой паховой грыжей	271
— — — (три случая зачаточной матки)	272
Постороннее тѣло влагалища (кусокъ квасцовъ)	269
— — — мочевого пузыря (головная шпилька)	283
Почка, вырѣзываніе ея	102, 284
Предлежаніе дѣтскаго мѣста, кесарское сѣченіе при немъ	186
Преждевременные искусственные роды	262
— — — при нефритѣ, осложненномъ отслойкой сѣтчатки на обоихъ глазахъ	239
— — — роды, асептика при возбужденіи ихъ	75
Преждевременное прерываніе беременности	223
Преподаваніе акушерства и гинекологіи въ Кіевскомъ университетѣ	LXXIII
Пристройки къ Акушерской Клиникѣ	XXXVI, XXXIX
Противогнилостное леченіе ранъ	57
Протоколы засѣданій Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ 1886—1899 гг.	337
Прямая кишка, оваріотомія черезъ нее во время родовъ	245
Ruocolpos et ruometra при atresia vaginalis congenita	266

P. (R).

Развитіе зародышевое молочной железы	31
Разрывъ матки во время родовъ. Чревосѣченіе	173, 174, 177

Разрывъ матки во время родовъ у женщины съ кифотическимъ тазомъ, чревосъченіе при немъ	174
— — — — — полный, излеченный чревосъченіемъ	173, 176
— — съ долговременнымъ задержаніемъ плода въ ней	178
— самопроизвольный кисты	98
— задняго свода при совокупленіи	268
Разстройство зрѣнія во время беременности	239
Раково-перерожденная матка, случай полного удаленія ея черезъ влагалище	105
— — — — — полное удаленіе ея путемъ чревосъченія	277
Раковые переносы и кахексія	96
Ракъ шейки матки	276
Расщепленный тазъ и выворотъ мочевого пузыря	199, 284
Расширеніе Кіевской Акушерской Клиники	XXX, XXXIX
Рахитическій общесуженный, плоскій тазъ карлицы	199
Rectum см. прямая кишка	
Рецидивъ миксомы	25
Retroflexio см. Перегибъ матки кзади.	
Роды преждевременные, асептика при возбужденіи ихъ	75
— при перерѣзкѣ всѣхъ нервныхъ приводовъ матки	46
— искусственные преждевремен. при нефритѣ, осложненномъ отслойкой сѣтчатки на обоихъ глазахъ	239
— посмертные насильственные живыми двойнями при эклямпсіи	241
— разрывъ матки при нихъ	173
— примѣненіе безгнилостнаго способа при нихъ	76
— по отчетамъ Кіевской Акушерской Клиники	222, 223
— (роды) запущенные, безкровное вырѣзываніе беременной матки при нихъ	19
— оваріотомія при нихъ черезъ прямую кишку	245
— число ихъ въ Акушерской Клиникѣ Кіевского университета съ 1844 по 1898 г.	LXI
Рука, уродство ея съ одновременными пороками развитія матки, влагалища и грудной железы	271
Рукавъ см. влагалище.	
Русское народное акушерство (рѣчь въ общемъ собраніи III съѣзда Русскихъ врачей)	330
Рѣчь, прочитанная на первомъ предварительномъ собраніи учредителей общества частныхъ преподавателей	326
Рѣчь, произнесенная при торжествѣ освященія надстройки зданія Акушерской Клиники въ Кіевѣ 1893 г.	334

С. (S).

Сакральный способъ удаленія тазовой опухоли	205
Сальпинготомія въ обзорахъ 310 и 500 чревосъченій	95, 102
Саркома брыжейки удаленіе ея посредствомъ чревосъченія	102
Самозараженіе	101
Свищъ мочеточниково-брюшной послѣ оваріотоміи	283
— влагалищно-кишечный (recto-vaginalis)	267
Sectio Caesarea см. кесарское сѣченіе.	
Симпатическіе нервы матки	46, 53
Слоновая проказа наружныхъ половыхъ органовъ	259
Смертность въ акушерскомъ отдѣленіи Кіевской Акушерской Клиникѣ	XXIV, 220, 223, 225
Смерть внезапная при удаленіи подслизистой міомы матки	275
— матери при эклямпсіи съ искусственнымъ посмертнымъ родоразрѣшеніемъ живыми двойнями	241
Созрѣваніе и оплодотвореніе яйца млекопитающихъ	35
Сосокъ третій добавочный	290
— исторія развитія его	32, 33
Статистика удаленія фиброидовъ матки и ея придатковъ до 1876 года	5
— смертности родильницъ	XXIV, 60, 220, 223, 225

	стр.
Статистика чревосъченій	86, 101, 103
— узкихъ тазовъ въ Россіи	190
— суженій таза въ различныхъ странахъ свѣта	295
Статистическія данныя о половыхъ отправленияхъ евреекъ, изъ матерьяла Кіевской Акушерской Клиники и амбулаторіи проф. Г. Е. Рейна	230
Строительная комиссія для пристройки 1900 г.	XL
Стерилизація и приготовленіе ляминарій	73
Съѣздъ международный гинекологовъ первый въ Брюсселѣ	291
— — — — — второй въ Женевѣ	291
— — — — — врачей въ Лондонѣ	290

Т.

Тазъ карлицы общесуженный плоскій, рахитическій	199
— съ новообразованиями	202, 205
Тазы узкіе, статистика ихъ въ Россіи	190
— относительная частота и форма наиболѣе часто встрѣчающихся суженія ихъ въ различныхъ странахъ свѣта, въ обзорѣ занятій Второго Международнаго Съѣзда Гинекологовъ въ Женевѣ	295
— запруженные опухольями	243
— кифотическіе	193, 194
— остеоалатическіе, частота ихъ въ Россіи	190
— расщепленные	198, 284
Тазовыя нагноенія въ обзорѣ занятій Второго Междун. Съѣзда Гинек. въ Женевѣ	291
Тампонада влагалища, какъ терапия выворота матки	160
Телангіектатическая міо-саркома	6
Терапія разрывовъ матки	175
Травматическія поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ	262
Тромбозъ <i>venae cavae inferioris</i>	288
Трубная беременность 30-ти недѣльная при живомъ плодѣ, удаленномъ путемъ чревосъченія	140
— — — — — съ разрывомъ плоднаго мѣшка и чревосъченіемъ <i>in extermis</i>	143
— — — — — шесть случаевъ чревосъченія при ней	145
Туберкулезъ фаллопиевыхъ трубъ	281
Тупело обезпложенныя, приготовленіе ихъ	73

У. (U).

Узкіе тазы, см. Тазы.	
<i>Ulcus molle vaginae</i>	268
Уродства, см. Пороки развитія.	
Уремія послѣ родовъ безъ явленной эклампсіи	251
Учебникъ акушерства К. Шредера. Изданіе, редактированное проф. Г. Е. Рейномъ	336
Ущемленіе перегнутой кзади беременной матки	236

Ф.

Фаллопиевы трубы, перерѣзка и перевязка ихъ при кесарскомъ съченіи	181
— — — — — пораженіе ихъ туберкулезнымъ процессомъ	281
Фарадизація послѣродовой матки	250
Фармакологія экспериментальнаа матки	43
<i>Fibromyoma uteri lymphangiectodes</i>	5
Фиброидъ дна матки при выворотѣ ея	161
Фиброзная опухоль малаго таза, кесарское съченіе по поводу нея	181
— — — — — удаленіе этой опухоли по сакральному методу	205
Физиологія и фармакологія матки	41
— иннерваціи матки	44
Фильтрованіе воздуха въ операционной Кіевской Акушерской Клиники	LII, 97

X.

	СТР.
Хирургическая техника Doyen'a. Переводъ съ французскаго языка съ предисловіемъ проф. Г. Е. Рейна	337
Хирургическое леченіе перегибовъ матки кзади	274, 293
Хлороформъ при чревосъченіи	100
Холера, вліяніе ея на беременность	237
Хрящевиковая миксома шейки матки	24

Ч.

Частота узкаго таза въ Россіи	190
— — — въ различныхъ странахъ свѣта	295
— различныхъ формъ суженія въ Россіи	190
Чревосъченіе по поводу удаленія фиброміомъ матки	1
— асептика при нихъ	61, 74, 85, 215
— асептика при нихъ въ частной практикѣ	78
— 95 случаевъ его	85
— 310 — —	95
— 500 — —	102
— влагалищное	105
— вторичное при внѣматочной беременности	116
— in extremis при внѣматочной беременности	143
— при внѣматочной беременности съ живымъ плодомъ	137
— по поводу внѣматочной беременности	140
— — — разрыва матки	173, 174, 176
— повторное	184, 188
— первичное при внѣматочной беременности	146
— при беременности	98, 236

Ш.

Шанкръ мягкій влагалища	268
Шейка матки, хрящевиковая миксома ея	24
— — — пораженіе ея раковымъ процессомъ	276

Щ.

Щипцы, шесть случаевъ примѣненія ихъ при заднемъ видѣ темянныхъ предлежаній	242
---	-----

Э.

Эклампсія и насильственное посмертное родоразрѣшеніе живыми двойнями	241
— по отчетамъ Кіевской Акушерской Клиники	224
— леченіе ея въ обзорѣ занятій Второго Междун. Съѣзда Гинекологовъ въ Женевѣ	295
— отсутствіе явленій ея при уреміи послѣ родовъ	251
Эксплораторные разрѣзы	86, 95, 102, 103
Экстирпация матки по поводу межуточныхъ и множественныхъ міомъ ея	7, 114, 277
— — — — — раковаго перерожденія ея	105, 277
— — — — — влагалищная, см. влагалищное чревосъченіе.	
— — — — — почки вслѣдствіе мочеточниково-брюшнаго свища	102, 284

	СТР.
Еластическій жгутъ при операціи вырѣзыванія беременной матки	22
— — при вылученіи міомъ матки по типу кесарскаго сѣченія	90, 98
— — при ампутаціи матки по поводу фиброида ея	277
Электричество при леченіи міомъ матки	279
Эмбриологія молочной железы	31
Эпилепсія—истеро, кастрація при ней	280
Эхинококкъ сальника, осложненный беременностью	232
Эхинококкотомія	102

Я.

Яйцо млекопитающихъ, созрѣваніе и оплодотвореніе его	35
Яичниковая паховая грыжа двухъсторонняя и зачаточная матка	271
Яичниковыя опухоли	99
Яичники, удаленіе ихъ, см. Овариотомія.	



Алфавитный указатель авторовъ.

(Авторы, цитированные въ описаніи клиники, здѣсь не приведены).

А.					
Абуладзе	171, 178, 186, 221, 223, 237, 349	Bradford	309	Видаль-де Кассисъ	315
Аншелесъ	212, 340	Бракстонъ-Гиксъ	290	Вирскій	289
Apostoli	279, 290, 298, 349	Браунъ	16, 59, 133, 315, 316, 320	Вирховъ	28, 30
Аппертъ	59	Брейскій	60, 265	Witte	214
Артемьевъ	192	Breslau	241, 318	Wittmaack	34
Atlee Walter	19, 309	Brieger	67	Withe	160
Atlee Вашингтонъ	308	Bröse	214	Воейковскій	310, 313
Ауербахъ (Auerbach)	35	Брюно	91, 117, 216, 217, 238, 336, 349	Вознесенскій	XXX
Афанасьевъ	87, 208	Bryant	320	Wölfler	62, 67, 74
Ahlfeld	75	Бурштейнъ (студ.)	214	Волковичъ	340, 343
Б. (B).					
Баландинъ	75, 76	Budge	47	Вормсъ	317
Бальбиани (Balbiani)	36	Bouchard	59	Воробьевъ	344, 345
Бантокъ (Bantock)	57, 58, 59, 69, 70, 89, 294	Bouchner	68	Воскресенскій	110, 193, 217, 236, 338, 339, 340, 341, 343, 344, 347
Barnes	296	Бѣляевъ	134, 340, 342, 344	Вуичъ	249, 266
Барри (Barry)	35	Бэръ (K. Э. von Baer)	35	Высоковичъ	262
Баттей	290	Бэккеръ-Браунъ	315, 316	Вышнепольскій	345, 346
Baudelocque	245	Бючли (Bütschli)	35	Г. (G).	
Бейгель	317	Byers	295	Гаартманъ	310, 318, 319
Белль Джонъ	305, 307	Budin	248	Гавенъ	305
Bennet	309	Быховскій	257	Hawkins	314
Бёрдъ (Bird)	311, 314, 315	В. (VW).			
Bernaus	188	Вагнеръ	318	Галензовскій	310
Бернсъ	290	Waldeyer	32, 35, 40, 59	Halberstma	295
Бёрнемъ	2	Valne	311	Гальберштадтъ	347
Bigelow	89	Ванцетти	310, 318	Harris	140, 143
Биль	32	Ванъ-Бенеденъ (Van Beneden)	36, 37	Гаусманъ	59
Бильротъ	18	Вассежъ (Wasseige)	16, 19	Гаусманъ А. Э.	112, 88
Bird	320	Вастенъ	185	Гаetano-Эмилиони	208
Birnbaum	185	Ващенко	340	Гегаръ (Hegar)	59, 89, 378
Бишофъ (Bischoff)	35, 38, 60	Вейль (Weil)	35	Гегенбаузръ	31, 383
Богаевскій	342	Veit	277, 295	Гей-Люссакъ	259
Boinet	317	Вельпо (Velpeau)	265, 313, 315	Гензенъ (Hensen)	39
Боряковскій	89, 242, 262, 263, 267, 280, 284, 336, 338, 343, 347	Wells-Spencer	2, 58, 94, 305, 315, 316, 319, 320, 321	Генле (Henle)	52
Bouilly	291	Вельнъ	315	Неноке	52
		Вертъ (Werth)	117, 129, 140, 147, 349	Гертвигъ (Hertwig)	36
				Hervieux	60
				Гижицкій	176, 251
				Гисъ (Heath)	2
				Гласекъ	299
				Глишинскій	185

	СТР.
Glück	286
Говкинсь (Hawkins)	314
Гогоцкій 186, 241, 245, 268, 297, 336, 340	
Goltz	51
Hofmeier	108
Honstoun	306
Горвиць 319, 321, 336	
Grawitz	66
Гренвиль 2, 311	
Грензеръ	317
Гржибовскій (студентъ) 173, 177	
Грингаузъ	343
Грубе 2, 319	
Груздевъ	338
Губаревъ	192
Гунгеръ 305, 311	
Гуринъ 343, 344, 345	
Гуссеровъ (Gusserow)	60
Гуссъ 31, 32	
Гутчинсонъ (Hutchinson) 316, 320	
Гюге (Hugier)	315

Д. (D).

Дашкевичъ 186, 252, 298	
Деляпортъ 305	
Demarquay 317	
Джифрисонъ (Jeaffreson)	311
Джонъ 308	
Діаконенко 346, 348	
Диффенбахъ 2, 312	
Д'Ишье (d'Ischier) 306, 313	
Добронравовъ 144, 343, 346, 347	
Долерисъ (Doleris) 59	
Dohrn 214, 265, 296	
Doyen 337	
Дукельскій 341	
Думрейхеръ 318	
Dunlap 309	
Душъ 59	
Duffin 309	

Ж.

Жеваховъ 257, 262, 268	
Желтухинъ 191	
Жемчужниковъ 161, 163, 166, 167, 168, 169, 202, 349	
Жоберъ-де-Ламбаль 315	
Жюленъ 36	

З. (S).

Заяицкій 131	
Звизятскій 213, 299, 344	
Зеленка (Selenka) 36	
Земмельвейсъ 59	
Зенгеръ (Sänger) 175, 291	
Зиминъ 192	

	СТР.
Змигородскій	140
Зоммеръ (Sommer) 185, 214	

И. (I).

Ивановъ 346	
Игнатовскій 345	
Iessor 129	
Iesser 17	
Икавитцъ 319	
Иноевсъ 192	

К. (C).

Cavallini 17	
Каде 319	
Калюжный 336	
Capitan 59	
Караваевъ 319	
Каревскій 59	
Карра 267	
Каценеленборенъ 345, 346	
Квиттенбаумъ 309	
Кёберле (Koeberlé) 2, 70, 92, 317	
Kehrer 35, 45, 52	
Кеглеръ 268	
Keith 2, 89, 92, 279, 320	
Кёлликеръ 31	
Kelly 143, 291	
Кивишъ 310, 318	
Kilian 52	
Кимболь (Kimball) 2, 309	
Кисель 281, 339, 342	
Китеръ 318, 319	
Klebs 51	
Клей Джонъ (Clay J.) 316	
Клей Чарльсъ (Ch. Clay) 2, 19, 311, 315, 316, 320	
Клейнманъ 345, 346	
Klien 194	
Клячкина 340, 345	
Knowsley-Thornton 58	
Koerner 52	
Колбасенко 339, 343, 345, 346	
Koch 52, 59	
Konstein 55	
Коротневъ 348	
Кость (Coste) 35	
Краевичъ 343	
Красковскій 174, 195, 239, 250, 272, 275, 291, 341	
Крассовскій 1, 2, 8, 23, 25, 60, 75, 86, 185, 202, 318, 319	
Krause 45, 76	
Creighton 33	
Криспъ 311	
Кроль 199, 272, 347	
Кронебергъ 266, 344	

	СТР.
Крювелье (Cruveilhier)	315
Kufferath 296	
Куперъ 31	
Küstner 156, 286, 292, 297	
Кѣтлинскій 341, 344, 346	

Л. (L).

Lawson-Tait 70, 89, 143	
Лазаревичъ . LXV, 145, 202, 290, 344	
Лангенбекъ 318	
Лангеръ (Langer) 31, 32, 214	
Landau 292	
La-Torre 294	
Latzko 295	
Лебедевъ 192, 202, 281	
Левицкій 174, 175, 193, 198, 199, 245, 345	
Ли (Lee Robert) . 52, 311, 313, 314, 363	
Leopold 75, 125, 299	
Lister 58, 59, 66	
Лизарсъ 2, 307, 308, 310, 311	
Линовскій 341	
Липинскій 192	
Литцманъ (Litzmann) 22, 140	
Лозинскій 290, 339	
Ломонье (L'Aumonier) 306, 313	
Louschka 265	
Löffler 59	
Löhlein 186	
Lusk 296	
Лурье 345	
Лэнъ (Lane) 311, 315, 320	
Лэуренсъ (Lawrence) 314	
Ляхницкій 73, 274	

М.

Майргоферъ 59	
Maisonneuve 21, 317	
Макъевъ 192	
Малиновскій 206	
Мальгенъ 315	
Mangiagalli 295	
Марковскій 346, 347	
Martin 90, 318	
Marmorek 225	
Марьяничъ 341, 345, 347	
Масловскій 316, 319	
Матвѣевъ А. П. 169, 217	
Матвѣевъ О. П. . XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, 330	
Мерингъ 87	
Мечниковъ 67	
Микуличъ 58	
Миллеръ 18, 20, 21, 23	

	СТР.
Миловидовъ	271
Минхъ	125, 257, 276, 278
Мироновъ	78
Михайловъ	154, 185, 340
Михаелисъ (Michaelis)	17, 18, 185
Моранъ (Morand)	305
Moreau	52
More-Madden	290
Муратовъ	192
Мэкъ-Дауэлль (Mac-Dowell)	307, 308

Н. (N).

Назаретовъ	161, 163, 164, 167, 169, 349
Неёловъ	91, 109, 236, 242, 260, 265, 279, 339, 340, 342, 343, 344, 345, 348, 349
Нейгебауеръ	194
Нейссеръ	234
Нелятонъ	317
Нёнелли	1
Нечаевъ	68
Nissen	68
Нитовскій	121
Noutall	68
Novago	286
Нуссбаумъ	318

О.

Образцовъ	342, 348
Oetler	185
Ольсгаузенъ (Olshausen)	59, 336
Онуфриевъ	192
Oppenheim	214
Орловскій	215
Оттъ	108, 175, 191, 192

П. (P).

Rawlick	286, 296
Павловскій	64, 68, 213
Палиенко	345, 347
Паргаминъ	339, 344
Пастёръ (Pasteur)	59
Pate	160
Патенко	28, 30
Пашкевичъ	342, 344
Пеанъ (Péan)	2, 6, 16, 19, 317
Перлисъ	341, 343, 347
Персиваль	305
Pestalozza	296
Петрыковскій	340, 346
Пилюгинъ	343
Писли (Peaslee)	303, 308, 309
Pinard	21, 298

	СТР.
Pincus	47
Писемскій	64, 68, 74, 76, 117, 174, 188, 195, 215, 301, 348
Подвысоцкій	64, 157, 339
Polk	293, 294
Poll	52
Porro	16, 19, 21
Pozzi	293, 298
Potin	103
Поттъ	305
Пресницкій	344
Price	143
Prouden	68

Р. (R).

Ракуза	343
Рахмановъ	177
Редлихъ	78, 102, 170, 235, 349
Рейнъ	1, 9, 24, 31, 35, 41, 44, 57, 59, 61, 65, 79, 80, 81, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 102, 105, 108, 109, 110, 116, 134, 138, 140, 143, 145, 148, 149, 151, 155, 163, 175, 176, 179, 181, 183, 185, 187, 190, 192, 198, 205, 208, 212, 216, 218, 219, 224, 225, 229, 230, 231, 232, 236, 243, 249, 250, 255, 257, 263, 266, 269, 274, 275, 276, 277, 280, 283, 284, 289, 290, 291, 294, 296, 299, 300, 303, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348
Реклингаузенъ	59
Remak	52
Renault	29
Риккеръ	336
Риттеръ	309
Роде	185
Розенгартъ	341, 342, 346
Розовъ	230, 339, 342
Rosthorn	296
Röhrig	50
Рудневъ	1, 3, 8
Рубинштейнъ	342
Рымша	190

С. (S).

Савинъ	339, 340
Савостицкій	2
Садовень	179
Sänger	291, 292
Samuel	47

	СТР.
Сапѣжко	67, 68, 71, 149, 150, 155, 156, 203, 342, 349
Sawier	19
Сегетъ	135, 340, 342, 344
Segond	291, 298
Симонъ	286, 314, 315, 318
Sims	75, 309
Siredey	60
Сканцони	314, 317, 318
Склифосовскій	2, 319
Смитъ Альбанъ	308, 320
Смитъ Натанъ	308
Снегиревъ	149
Snow-Beck	52
Sonnenburg	286
Спенсеръ-Уельсъ	2, 58, 94, 305, 315, 316, 319, 320, 321
Стореръ	1, 16, 19
Страсбургеръ (Strassburger)	35
Стржалко	344, 346
Субботинъ	79
Судакевичъ	343, 348
Сутугинъ	60, 169
Суховецкій (студ.)	237

Т. (T).

Talma	33
Тарнье (Tarnier)	140, 290
Тархановъ	45
Terillon	69
Тиде	24
Тиндаль	59
Tiedemann	52
Толочинъ	XXVII
Томашевскій	269, 343
Топорскій	248
Трейбъ (Treub)	145, 296
Тритшель	110
Thomas	309
Thornton	69
Тулубъ	345
Тюмень (Thumin)	306

У. (U).

Унтиловъ	281
Уэльнъ (Walne)	311

Ф. (F).

Fankourt Barnes	296
Федоренко	341
Федоровъ	342
Фейтъ (Veit)	336
Фелейзенъ	59
Фелингъ (Fehling)	21

